



MINISTERIO DE SALUD

INFORME DE LABORES

2011-2012

INFORME DE LABORES

Ministerio de Salud

2011-2012

Autoridades

Dra. María Isabel Rodríguez
MINISTRA DE SALUD

Dr. Eduardo Antonio Espinoza
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD

Dra. Elvia Violeta Menjívar
VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD

Prohibida la reproducción parcial o total con fines lucrativos

Diseño editorial: Pablo Benítez

Diseño de portada: Edwin López Morán

Diagramación general: Boris Gabriel Ciudad Real

Diseño general: Boris Gabriel Ciudad Real y Edwin López Morán

Primera edición, junio de 2012

Ministerio de Salud de El Salvador

Editorial del Ministerio de Salud

Ministerio de Salud de El Salvador

Calle Arce n.º 827, San Salvador, El Salvador, América Central

Teléfono: (+503) 22 05 70 00

Sitio electrónico: <http://www.salud.gob.sv>

Correo electrónico: editorial@salud.gob.sv

CONTENIDO

Mensaje de la Ministra de Salud	[4]
Resumen ejecutivo	[6]
Objetivo de la política de salud y principios que guían la Reforma de Salud	[8]
Capítulo 1. Plan de trabajo y metas 2011-2012	[10]
Capítulo 2. Perfil epidemiológico	[20]
Capítulo 3. Presupuesto institucional y cuentas en salud	[30]
Capítulo 4. Desarrollo de la infraestructura sanitaria	[46]
Capítulo 5. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	[58]
Capítulo 6. Desarrollo de recursos humanos	[74]
Capítulo 7. Medicamentos y vacunas	[82]
Capítulo 8. Participación social, intersectorialidad e intrasectorialidad	[90]
Capítulo 9. Programas prioritarios	[104]
Capítulo 10. Abordaje de emergencias y desastres	[114]
Capítulo 11. Sistema Único de Información en Salud	[122]
Capítulo 12. Regulación y legislación en salud	[128]
Capítulo 13. Investigación en salud y emergencias médicas	[132]
Capítulo 14. Salud ambiental	[138]
Capítulo 15. Dimensión internacional	[144]
Capítulo 16. Transparencia y atención ciudadana	[158]
Resumen del Boletín Epidemiológico 2011-2012	[163]



LA REFORMA DE SALUD SIGUE AVANZANDO LOS SUEÑOS PUESTOS A PRUEBA

Al finalizar el tercer año de la gestión del Señor Presidente de la República de El Salvador al frente del Gobierno del Cambio, podemos decir con satisfacción que la Reforma de Salud ha obtenido logros relevantes que requieren aún de un proceso de consolidación y de un análisis que permita identificar las brechas que persisten. De lo realizado en el periodo 2011-2012 damos cuenta en este informe.

Los sueños puestos a prueba frente a la realidad concreta empezaron a rendir sus frutos durante el periodo 2010-2011 pese a la severa crisis económica a que se ha enfrentado el país en el contexto de una crisis internacional de

grandes proporciones. El proceso de Reforma ha logrado continuar su desarrollo en buena parte gracias al esfuerzo sostenido de personal de salud profundamente comprometido y la participación de comunidades organizadas y conscientes, a lo cual se han unido las diferentes formas de cooperación internacional.

Envolver a todo el personal de salud en la concepción de salud como un derecho humano que permita a todo ciudadano el acceso al sistema de salud en sus diferentes niveles para recibir una atención equitativa, solidaria y de calidad, tal como lo concibió la meta de Salud para Todos y su estrategia de Atención Primaria de Salud, no es tarea fácil, en especial cuando el personal se ha desempeñado en un sistema fragmentado y desigual. De ahí que el desarrollo del personal a través de un programa de educación continua es una de las tareas fundamentales en marcha.

Entre los logros sustanciales que podemos anotar en este periodo se encuentra el avance continuo en la cobertura de los servicios, aun cuando la proporción es menor en relación con el año anterior, ya que esa continuidad ha permitido que el funcionamiento de las redes integrales e integradas de salud se vayan consolidando, sin abandonar su estrecha integración con organismos de la comunidad como son los comités locales de salud y consejos intersectoriales de salud, entre otros.

Cabe hacer notar el impacto de las acciones generadas en los diferentes ejes y programas de la Reforma que van incidiendo en los diferentes niveles de las redes, contribuyendo a su enriquecimiento y consolidación, así como también al desarrollo y fortalecimiento de programas prioritarios de que carecía el Sistema como el programa de Salud Mental. Esto representa una nueva visión del campo y de la atención integral del ser humano, incorporado a partir de las unidades del primer nivel de atención y hospitales de segundo y tercer nivel. En igual forma asistimos en este período a la integración, a partir del Instituto Nacional de Salud, de las áreas de investigación y formación, y el importante componente de desarrollo de los laboratorios de salud, generando cambios sustanciales en el desarrollo integral del Sistema.

Los esfuerzos realizados para fortalecer y elevar la calidad en todo el Sistema, en particular de aquellas unidades, programas, campos de conocimiento o grupos de personal altamente prioritarios, recibieron especial atención en este año 2011-2012. Estos refuerzos no pueden detenerse y deben ser realizados con el concurso de todos los grupos que deban ser involucrados y al igual que todo el proceso de Reforma requiere conocimientos, comprensión y compromiso de todos.

De nuevo invitamos a toda la población salvadoreña, a todas las fuerzas vivas de la Nación, a unirnos en un esfuerzo que permita llevar la salud integral para todos los salvadoreños.

María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud

RESUMEN EJECUTIVO

Durante el tercer año de gestión, el avance en la implementación de la Reforma de Salud ha sido de gran relevancia. El presente informe de labores expone no solamente metas y logros alcanzados en cada uno de los grandes ejes de la Reforma durante el periodo de junio de 2011 a mayo de 2012 (capítulo 1), pone además al alcance de la población, con total transparencia, la información más importante concerniente a la conducción y administración del Ministerio de Salud, desde el manejo del presupuesto hasta los datos epidemiológicos que permiten conocer más de cerca el perfil del país en el campo de la salud.

Uno de los principales logros que se reporta en cuanto al perfil epidemiológico del país (capítulo 2) es la reducción de la mortalidad materna, de 71.2 por 100,000 nacidos vivos en el año 2006 a 50.8 por 100,000 nacidos vivos en el año 2011, lo que supera el objetivo del milenio 5 de Naciones Unidas, cuya meta establecida para el 2015 es de 52.8.

En lo que respecta al gasto nacional en salud (capítulo 3), se mantiene su tendencia creciente con relación al producto interno bruto, el que ha pasado del 1.9 % en el 2008 al 2.4% en el 2011.

La organización y desarrollo de las RIIS (capítulo 4) también presenta valiosos avances. Se han instalado 450 Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados (Ecos) en 153 municipios. Se llevó a cabo la contratación de nuevo personal de salud de diferentes disciplinas para reforzar Ecos y hospitales. Al mismo tiempo, el mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento (capítulo 5) ha permitido ampliar la cobertura, acortar los tiempos de espera y fortalecer la capacidad resolutive. El MINSAL ha capitalizado los recursos gubernamentales y de otras fuentes de financiamiento para fortalecer los 3 niveles de atención, con la construcción, reparación o ampliación de 42 UCSF, 25 de estas entregadas en este periodo

y 17 más en etapa de ejecución. Igualmente, se ha invertido en la red hospitalaria, se logró la finalización de la reconstrucción del hospital de Zacatecoluca y la ampliación y mejoramiento del hospital de Chalchuapa. También se ha financiado la adquisición de equipo de alta tecnología, como la resonancia magnética (TAC) que se entregó oficialmente al Hospital Rosales. Del mismo modo, se comenzó la construcción del nuevo Hospital Nacional de Maternidad, que una vez inaugurado brindará una atención adecuada y de mayor calidad a las mujeres salvadoreñas.

Paralelamente, el MINSAL ha invertido en la formación y capacitación permanente del personal de salud, para mejorar su motivación y efectividad (capítulo 6). El monitoreo del Plan Nacional de Formación y Capacitación permitió disminuir la verticalidad de la formación y contribuir a su descentralización regional, así como a una priorización de temáticas, de acuerdo con las necesidades detectadas.

En lo que concierne a medicamentos y vacunas (capítulo 7), la aprobación de la Ley de Medicamentos (impulsada por el MINSAL) representará, sin duda, una mejora histórica en el acceso a medicamentos de calidad para la población. Otro logro importante es la aprobación de la Ley de Vacunas, que garantiza a cada ciudadano una inmunización adecuada de enfermedades prevenibles. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) encaminó acciones dirigidas a lograr coberturas útiles de vacunación, mayores al 95%.

La participación social, otro de los ejes de la Reforma de Salud, se ha fortalecido con el trabajo territorial que ha desarrollado el Foro Nacional de Salud (FNS) y con el empoderamiento de los comités de salud en las comunidades, formados por líderes y lideresas de las comunidades que trabajan coordinados con organizaciones sociales, ADESCOS, FNS y Ecos. Otros aspectos importantes han sido la creciente participación de la ciudadanía en la

elaboración de las políticas públicas de salud y la consolidación y ampliación de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), como expresión de trabajo intersectorial e intrasectorial, donde participan 44 instituciones públicas, autónomas, gremiales y privadas (capítulo 8).

En cuanto a programas prioritarios de salud, en el programa de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles se ha implementado un nuevo paradigma de abordaje de la salud renal, mediante la investigación clínico-epidemiológica. La atención a la seguridad alimentaria y nutricional fomenta la lactancia materna, la fortificación de alimentos y la vigilancia del estado nutricional de la población. En cuanto al programa de ITS-VIH-sida se ha fortalecido la prevención y la atención integral del VIH-sida; al tiempo que se trabajó en el registro, monitoreo, análisis e interpretación de la información referente a la enfermedad. La respuesta nacional al VIH ha valido a El Salvador el liderazgo regional y mundial, con la Presidencia de la Junta Coordinadora de ONUSIDA, en Ginebra, para 2011, y del Mecanismo de Coordinación Regional de VIH para Centroamérica y República Dominicana (capítulo 9).

En El Salvador –considerado por el PNUD como el país más vulnerable del mundo–, el abordaje de emergencias y desastres constituye un aspecto fundamental para la gestión del Ministerio encargado de garantizar la salud integral de la nación. En este campo, se han elaborado lineamientos técnicos para la preparación, respuesta y rehabilitación de los servicios básicos de salud en emergencias y desastres. Durante la depresión tropical 12 E, el MINSAL lideró la Comisión Técnica Sectorial de Salud que coordinó la atención sanitaria de la población; participó además en la organización de todos los albergues a escala nacional, evaluando las condiciones sanitarias en todos ellos y manteniendo una asistencia médica, de salud mental, así como acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y comunicación permanente a la población para evitar epidemias. La puesta en línea del Módulo de Desastres, con amplio acceso interinstitucional, respondió a la demanda de información necesaria para la toma de decisiones oportuna (capítulo 10).

Una herramienta fundamental para modernizar la administración institucional y los servicios de salud ha sido el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), cuyas acciones incrementarán la calidad, calidez y agilidad de los servicios y facilitarán la toma de decisiones oportunas, eficaces y eficientes en todo nivel. El SUIS fue reconocido como sistema de información insignia por el Sistema Nacional de Protección Civil,

debido a su eficacia y a su estabilidad (capítulo 11).

Otra área importante en la cual existen resultados plausibles es regulación y legislación en salud. Se formularon participativamente con más de 400 actores relevantes seis nuevas políticas; se revisaron y actualizaron más de sesenta instrumentos técnicos jurídicos, todos en consonancia con la Reforma de Salud (capítulo 12).

Para la generación y difusión de conocimientos científicos y tecnológicos que colaboren en la solución de los principales problemas de salud se creó en el año 2010 el Instituto Nacional de Salud (INS), que ha centrado su labor en el desarrollo y fortalecimiento de las redes de laboratorios clínicos, la vigilancia de salud pública y los bancos de sangre. Ha apoyado la investigación en temas prioritarios, como enfermedad renal crónica y salud sexual y reproductiva. En las tareas de puesta funcionamiento del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), se reporta la firma de dos convenios con la PNC que permitirán contar con un Centro Coordinador, en estrecha relación con el Sistema de Seguridad 911 (capítulo 13).

En el campo de salud ambiental, el MINSAL hizo aportes relevantes durante este año de labores. Ha vigilado la calidad del agua y el seguimiento a empresas que manipulan químicos peligrosos. Para evitar el riesgo de enfermedades zoonóticas, impulsó la vacunación de animales y participó en el diseño del plan nacional contra el dengue (capítulo 14).

El MINSAL ha incrementado su participación en foros y en diversos ámbitos del campo de salud internacional, logrando apoyo para el proceso de Reforma y una mejor efectividad y aprovechamiento de la cooperación, además de ganar espacio creciente en el debate internacional relacionado con el desarrollo y la soberanía sanitaria. Se han redoblado esfuerzos para que los acuerdos logrados internacionalmente avancen de manera oportuna en el alineamiento efectivo de los recursos de cooperación (capítulo 15).

Finalmente, se facilitó la comunicación entre ciudadanía y MINSAL mediante la creación de la Unidad por el Derecho a la Salud, que responde a las demandas ciudadanas y proporciona información relativa a la buena atención de pacientes. La Oficina de Información y Respuesta (OIR) se encuentra en funcionamiento desde noviembre de 2011, en cumplimiento a la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP). La Unidad de Comunicaciones continúa ofreciendo información clara y ágil en diversos medios y en las redes sociales sobre el accionar de la institución. El Programa Editorial ha estimulado el debate nacional en torno a la salud mediante la publicación de una revista especializada y la apertura de dos colecciones de libros: *Salud para todos* y *Zoé* (capítulo 16).

OBJETIVO DE LA POLÍTICA DE SALUD

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.

PRINCIPIOS QUE GUÍAN LA REFORMA DE SALUD

Transparencia

Decisiones de cara a la población y rendición de cuentas como premisas de buen gobierno, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad

Solidaridad

Colaboración y redistribución para el bien común, unidad de intereses y propósitos

Compromiso

Dar prioridad a la salud de los salvadoreños

Universalidad

En el acceso a los servicios y bienes en el marco de un sistema de protección social universal para todos los salvadoreños

Equidad

Para que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud por medio del acceso a todos los recursos del sistema de salud

Gratuidad

Derecho a recibir atención en los servicios de salud del sistema público sin tener que pagar por prestación

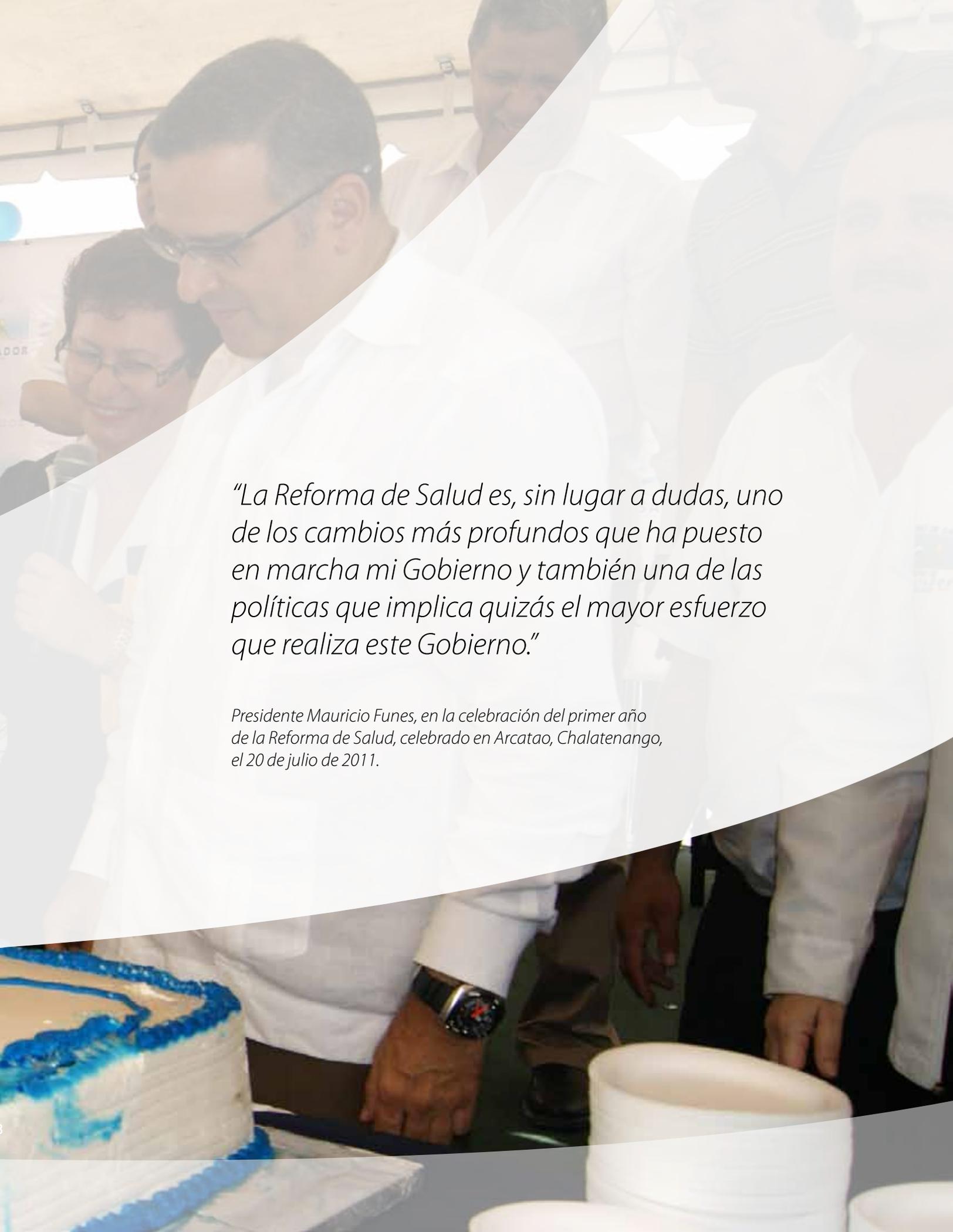
Intersectorialidad

Teoría y práctica de la salud y sus determinantes como asuntos interdisciplinarios e intersectoriales

Participación Social

Potenciar el poder de decisión de la población como fuente de soberanía e iniciativa políticas en los asuntos de su salud y en la rendición de cuentas



A photograph of President Mauricio Funes and other officials in white shirts gathered around a large cake decorated with blue frosting. The scene is set outdoors under a tent. A large white diagonal graphic is overlaid on the right side of the image, containing text.

“La Reforma de Salud es, sin lugar a dudas, uno de los cambios más profundos que ha puesto en marcha mi Gobierno y también una de las políticas que implica quizás el mayor esfuerzo que realiza este Gobierno.”

Presidente Mauricio Funes, en la celebración del primer año de la Reforma de Salud, celebrado en Arcatao, Chalatenango, el 20 de julio de 2011.

CAPÍTULO 1



“La Reforma más trascendental que hemos iniciado es la creación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta es una iniciativa revolucionaria, un cambio profundo que llevará atención médica a cada uno de los salvadoreños.”

*Presidente Mauricio Funes,
acto solemne de Independencia,
15 de septiembre de 2010*

PLAN DE TRABAJO Y METAS 2011-2012



PRINCIPALES METAS DEL MINISTERIO DE SALUD

Principales metas para quinquenio 2009-2014

Avances en la reducción de la mortalidad. a) Reducción de la mortalidad materna, b) reducción de la mortalidad infantil, c) reducción de la mortalidad por neumonías por neumococo en niños menores de cinco años, d) reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino diagnosticado en los establecimientos del MINSAL, e) disminución sustancial de la letalidad producida por enfermedades transmitidas por vectores, en especial Dengue.

Hacia la erradicación de enfermedades transmitidas por vectores. a) Interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus*, uno de los vectores más importantes que transmite la enfermedad de Chagas (ya logrado y acreditado internacionalmente en el 2010 gracias a un trabajo iniciado varios años atrás por el país), b) erradicación de la malaria autóctona (a lograr al fin del quinquenio, gracias a un esfuerzo sostenido de varias décadas por el país).

Rectoría. Al fin del quinquenio el MINSAL tendrá fortalecida su capacidad de Rectoría, entre otros, en los siguientes aspectos: a) Consejo Nacional de Salud reuniéndose periódicamente y enfocado a promover algunos aspectos de la integración del sistema público, con un plan de largo plazo, b) gestión compartida de por lo menos dos hospitales entre MINSAL e ISSS, c) elaboración conjunta y compartida de normas de atención a la salud en todos los niveles del sistema, d) Sistema de Emergencias Médicas intersectorial establecido, e) Sistema Único de Información alimentado por todo el sistema (incluyendo el inicio del reporte del sector privado).

Financiamiento. El MINSAL ha sido fortalecido con un aumento significativo de su participación en el PIB, mejor al histórico 1.7% o 1.8%.

Cobertura de los servicios de salud. a) Se logrará cubrir a la población salvadoreña no cubierta por otros prestadores de servicios de salud en la red de servicios del MINSAL en todo el país; b) con ello y el nuevo modelo de atención se logrará la protección de la familia contra las consecuencias del daño a la salud y la enfermedad; c) eliminación de las barreras económicas y geográficas que limitan el acceso a la salud; d) reducción de la inequidad de género en la atención a la salud.

Capacidad resolutive de los servicios de salud. Los servicios de salud aumentarán su capacidad de resolver los problemas de salud en toda la red y un sistema de referencia y contrarreferencia apropiado permitirá que los niveles de mayor complejidad resuelvan las referencias desde los niveles de menor complejidad. El primer nivel de atención logrará una resolutive de hasta el 95% de los problemas de salud de la población hacia el fin del quinquenio en el territorio nacional.

Calidad y calidez. El esfuerzo por aumentar la cobertura de los servicios públicos de salud está siendo acompañado de un esfuerzo igual para la mejora de la calidad y la calidez en toda la red de servicios. El aumento de la calidad repercutirá en el logro de los objetivos sanitarios del sistema (tanto en cuanto a la reducción de la mortalidad como de la morbilidad); la mejora en la calidez redundará en mejores niveles de satisfacción de la población con los servicios de salud y en el estímulo a la participación social para

permitir la consolidación de los logros alcanzados y la rendición de cuentas a la sociedad.

Medicamentos. a) Aumento del abastecimiento sostenido de medicamentos, b) reducción de los tiempos de adquisición, c) incremento de la competitividad y transparencia en los procesos de adquisición de medicamentos, vacunas e insumos médico-quirúrgicos, d) revisión y depuración del listado oficial de medicamentos en cada nivel de atención y de acuerdo a la oferta de servicios en cada nivel.

Vacunas. Llegar al 95% de la cobertura sostenida de vacunación para niños menores de cinco años, tercera edad y grupos vulnerables.

Infraestructura sanitaria. Será el Gobierno que habrá realizado la mejora más importante en la historia de El Salvador en la infraestructura sanitaria, que se expresa en: a) reconstrucción total y equipamiento de 4 hospitales (San Vicente, San Miguel, Usulután y Zacatecoluca), b) construcción de dos hospitales (Maternidad y La Unión), c) reconstrucción parcial y ampliación de cinco hospitales (Saldaña, Rosales, Bloom, Chalchuapa, San Bartolo), d) construcción/reconstrucción/ampliación y equipamiento de alrededor de 300 unidades de salud, e) Nuevo Laboratorio Central Max Bloch construido y funcionando en nuevo terreno.

Equipamiento. Reducción sustancial de la brecha en equipamiento en todos los niveles del sistema.

Contratación de personal de salud. El Salvador es uno de los países de desarrollo medio-bajo con la tasa más baja de personal de salud por habitante. Al fin del quinquenio se tiene proyectado contratar alrededor de 14,000 nuevos profesionales y técnicos que permitirán cerrar una parte importante de la brecha existente.

Instituto Nacional de Salud. 1) Red de Laboratorios: a) Nuevo sistema de gestión de las redes de laboratorios con la mayor cobertura que haya tenido el país, b) nuevo laboratorio central construido y funcionando, c) red de laboratorios clínicos ampliada y fortalecida con equipos y personal altamente capacitado. 2) Escuela de Gobierno: a) Programa de Educación Permanente para todo el personal de salud que garantice la actualización, desarrollo y ad-

quisición de competencias técnicas específicas para desarrollar su trabajo, b) desarrollo sostenido de la capacidad gerencial y de gestión entre los cuadros de conducción del sistema en todos sus niveles, c) fortalecimiento de un sistema de residencias médicas y estudios de postgrado en salud. 3) Investigación para la toma de decisiones: Establecidas y funcionando áreas de investigación por lo menos en a) salud sexual y reproductiva, b) enfermedad renal, c) determinantes sociales de la salud, etc.

Sistema de Emergencias Médicas. Construcción del SEM que permitirá una atención oportuna y eficaz a las emergencias médicas, lo que redundará en una reducción importante de la mortalidad y de las discapacidades producidas por ellas.

Sistema Único de Información en Salud. Construcción del SUIS con participación de todos los subsectores y apoyando la toma de decisiones.

Intrasectorialidad e intersectorialidad. En la primera, coordinación en la prestación conjunta de servicios de salud con el ISSS y otras instancias de la seguridad social en, al menos, tres hospitales y en diez municipios para el primer nivel de atención. En cuanto a la intersectorialidad, institucionalización de CISALUD (esto ya está vigente a los dos años de gestión) y constitución y funcionamiento pleno de los comités intersectoriales departamentales en todos los departamentos del país; avances significativos en la coordinación intersectorial (por ejemplo Educación y Salud) para el abordaje de temas prioritarios de salud (por ejemplo salud sexual y reproductiva, enfermedades transmitidas por vectores, alertas sanitarias por epidemias, etc.).

Participación y contraloría social. a) Formulación participativa de todas las políticas (hasta ahora se ha logrado en las áreas de Medicamentos, SSR, salud dental y lactancia materna), b) Foro Nacional de Salud funciona en todo el país y ejerce a pleno, c) comités locales de salud participan y ejercen contraloría (hasta ahora se han formado 458 comités locales de salud y se llegará a alrededor de 1,500 al final del quinquenio), d) Oficina por el Derecho a la Salud del MINSAL resuelve efectivamente los casos presentados espontáneamente por la población o por alguna institución y plantea alternativas cuando existen limitantes institucionales para su adecuada atención.

Prioridades de la Reforma de Salud y metas para tercer año de gestión 2011-2012

El 15 de septiembre del año 2010 el Presidente Mauricio Funes anunció a la ciudadanía: "La Reforma más trascendental que hemos iniciado es la creación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta es una iniciativa revolucionaria, un cambio profundo que llevará atención médica a cada uno de los salvadoreños, empezando por los que nunca la recibieron, que son los más pobres y excluidos... para decirlo de modo directo: la Salud es la prioridad de mi Gobierno". Y cinco días más tarde, el 20 de septiembre, lanzó oficialmente la Reforma de Salud.

En esta cruzada, el esfuerzo de la población se ha conjugado con la voluntad política de este Gobierno por construir las condiciones para una garantía efectiva del derecho a la Salud. Es un empeño de largo plazo para revertir las inequidades en salud y avanzar solidariamente hacia la cobertura universal, no como una dádiva, sino como un derecho por tener una salud de la más alta calidad y calidez.

La Reforma de Salud se basa en ocho ejes prioritarios: 1) Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS); 2) Servicio de Emergencias Médicas; 3) Medicamentos y Vacunas; 4) Instituto Nacional de Salud; 5) Foro Nacional de Salud; 6) Trabajo Intersectorial e Intrasectorial; 7) Planificación e Información Estratégica en Salud; 8) Recursos Humanos en Salud. Estos ejes generarán las condiciones políticas e institucionales claves para asegurar su construcción, fortalecimiento y sostenibilidad.

Cumplimiento de las metas de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)

La Reforma de Salud planificó la construcción de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) para garantizar una atención integral en salud. Las RIISS conforman un nuevo concepto de servicios de salud, concebidos en torno a las personas, la comunidad, la familia y el ciclo completo de la vida. Supone, además, una nueva cultura organizacional para la atención sanitaria, basada en los determinantes de la salud, con enfoque democrático y participativo, así como la planificación, monitoreo y evaluación de acciones. El cumplimiento de las metas del año fue el siguiente:

- *Meta: Funcionamiento del 100% de los Consejos de las RIISS.* Actualmente están funcionando 74

Micro redes municipales e intermunicipales, 16 Redes Departamentales, 5 Redes Regionales y la Red Nacional. Dichas redes funcionan mediante Consejos de gestión, donde se integran los tres niveles de atención y otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. Existen espacios de participación y coordinación, como los comités locales de salud, consejos intersectoriales municipales, el Gabinete de Gestión Departamental, el Foro Nacional de Salud y CISALUD. En ellos se aborda la prestación integral de servicios de salud en el ciclo de vida; la referencia, retorno e interconsulta; la calidad de la atención; y el abastecimiento de medicamentos e insumos.

- *Meta: Ampliar la cobertura de Ecos de las RIISS al 27% de los municipios.* Se lograron instalar 222 Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos) y 14 Ecos Especializados en 73 nuevos municipios, con lo que se logró ampliar la cobertura actual, alcanzando un total de 153 municipios del país, en los que se atienden a una población de 1, 651,796 personas, con un total de 450 Ecos -422 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados-.
- *Meta: Acortamiento de los tiempos de espera en Cirugía y Especialidades.* En 25 hospitales, la lista de espera para las 4 especialidades básicas (Medicina Interna; Cirugía General; Pediatría y Ginecología y Obstetricia) se mantuvo hasta un máximo de dos meses, lo que supera los cánones internacionales; teniendo en cuenta que, en 2010, unas 8,500 cirugías tuvieron listas de espera de hasta 2 años. También se lograron disminuir las listas de espera en especialidades y fueron atendidas 32,500 consultas externas en todos los hospitales que venían pendientes desde hace varios años. No obstante se mantienen pendientes algunas sub-especialidades -como otorrinolaringología, cardiología, alergología, oncología, nefrología, ortopedia y oftalmología- por la complejidad de las causas.
- *Meta: Fortalecer la capacidad resolutive de las RIISS.* Se ha construido, ampliado y remodelado la infraestructura sanitaria en los tres niveles de atención. En la red hospitalaria fue entregado en este periodo el hospital "Santa Teresa" de Zacatecoluca; se amplió la segunda planta del Hospital Rosales; se amplió la Unidad de Cuidados Intensi

vos del Hospital Rosales y 4 hospitales más fueron reconstruidos y equipados con nuevos servicios -Chalchuapa, Saldaña, San Bartolo y San Rafael. Se inició la construcción del Hospital Nacional de Maternidad y la rehabilitación de las áreas de patología del Hospital Rosales y San Juan de Dios de Santa Ana. Además se adquirió equipo médico e industrial para mejorar la capacidad resolutive de los nosocomios y UCSF. En el primer nivel, se concluyeron 42 UCSF y se encuentran en ejecución 17. Se equiparon 247 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados, al tiempo que se invirtió en ambulancias, furgones y vehículos para el funcionamiento de los Ecos.

- *Meta: Revisión y actualización de la normativa institucional de las RIISS.* Se elaboraron más de 60 protocolos, lineamientos y guías clínicas de atención en las especialidades más demandadas. Se actualizaron normativas como la de atención integral e integrada a todas las formas de violencia y los manuales para el control de la citología que contribuyen al funcionamiento de las Unidades Móviles, así como a la organización y funcionamiento de las RIISS. Los lineamientos técnicos sirvieron para la referencia, retorno e interconsulta; manejo de suministros en Almacenes del MINSAL; o para la atención integral de todas las formas de violencia. Además se oficializaron las Guías Clínicas de: Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Ortopedia, Pediatría, Psiquiatría, para la atención del neonato y Lineamientos técnicos para la mejora continua de los hospitales, entre otros.

Sistema Nacional de Emergencias Médicas

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM) es una de las apuesta de este gobierno para garantizar una asistencia sanitaria a todas las personas que por su condición sean consideradas como una emergencia médica; cuyo diagnóstico o tratamiento requiera atención inmediata y alta complejidad, por considerarse con riesgo grave para la vida o produzca secuelas graves y permanentes para la misma.

La Comisión Nacional del Sistema de Emergencias Médicas (CONASEM), la integran: el Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa, Fosalud, Policía Nacional Civil, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Cruz Roja Salvadoreña.

Para el funcionamiento del Sistema de Emer-

gencias Médicas (SEM) se conformaron 5 subcomisiones: Pre-Hospitalaria; Hospitalaria; Auditoría; Rehabilitación y Desarrollo de Recursos Humanos. La implementación del SEM se ha dividido en 4 etapas, la primera de ellas iniciará en 9 municipios del área metropolitana de San Salvador.

- *Meta: Lograr el financiamiento para el funcionamiento del SEM.* El presupuesto del SEM tiene tres fuentes de financiamiento: GOES, Fosalud y préstamo del BID. La principal fuente de financiamiento para poner en marcha el SEM, es el BID, dentro del Programa Integrado de Salud (PRIDES/BID)
- *Meta: a) Firma de Convenios con la PNC para materializar el Centro Coordinador del SEM.* El 17 de septiembre de 2011, se suscribió el primer Convenio de Cooperación Institucional entre el Ministerio de Salud y la Policía Nacional Civil, firmados por la Ministra de Salud, Dra. María Isabel Rodríguez y el Dr. Carlos Ascencio, respectivamente. El objetivo es articular planes y acciones conjuntas para el establecimiento de un Centro Coordinador del SEM en estrecha relación con el Sistema de Seguridad 911. *b) Firma del segundo Convenio con la PNC, para el uso del Tercer Nivel del Edificio 3 de la Sub Dirección de Tránsito terrestre.* Fue firmado por la Ministra, Dra. María Isabel Rodríguez y el Director General de la Policía Nacional Civil, General Francisco Salinas. La instalación del Centro Coordinador del SEM y la entrega oficial de las instalaciones ha sido en mayo 2012. Igualmente se ha elaborado el diseño de las plantas arquitectónicas, hidráulicas, eléctricas y de redes informáticas de las bases asistenciales y del anteproyecto del Centro Coordinador del SEM.
- *Meta: Formación del recurso humano para la atención de emergencias.* El primer trimestre de 2012, representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales involucradas en la atención Pre-hospitalaria y Hospitalaria: Fosalud, Sistema 911, Comandos de Salvamento, Cruz Roja Salvadoreña, Cruz Verde, Cuerpo de Bomberos, Protección Civil, Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Glasswing International, COMURES, MINSAL, ISSS, Batallón de Sanidad Militar y Ministerio de Relaciones Exteriores, iniciaron un proceso de capacitación para mejorar el manejo de emergencias.

Medicamentos y vacunas

Sin duda dos grandes logros del periodo han sido la aprobación de la Ley de Medicamentos y la Ley de Vacunas, ambas leyes propiciarán el acceso, disponibilidad y calidad de los medicamentos y vacunas para toda la población.

- *Meta: Lograr la aprobación de la Política y Ley de Medicamentos.* Mediante acuerdo ejecutivo, el 20 de septiembre de 2011 se oficializó la Política de Medicamentos con el fin de garantizar a la población salvadoreña la calidad, seguridad, eficacia, uso racional y acceso a los medicamentos. Mientras que por Decreto Legislativo 1008, del 22 de febrero de 2012, las y los legisladores aprobaron la Ley de Medicamentos, que retoma los pilares fundamentales de la propuesta de Ley impulsada por el MINSAL en el sentido de crear una única autoridad reguladora nacional sin conflictos de interés. Garantiza el establecimiento de un mecanismo efectivo de regulación de precios en la red privada de dispensación, y mecanismos efectivos de control de calidad de acuerdo a las recomendaciones internacionales vigentes; así como la regulación y gestión integral en toda la cadena del medicamento, incluyendo su uso racional y farmacovigilancia en el sector público y privado.
- *Meta: Mantener los niveles de abastecimiento al menos del 80% en las RISS.* Los niveles de abastecimiento en el año 2011 fueron del 81.2 % en promedio nacional en la red de servicios del MINSAL. Para lograr esto, el MINSAL ha establecido estrategias para mejorar el acceso a medicamentos. La modificación de los términos de referencia para las compras conjuntas institucionales persigue ampliar la participación de oferentes nacionales y extranjeros. En el marco de COMISCA, se incluyeron 11 medicamentos negociados; se concretó la compra de una lista de 7 para el ejercicio fiscal 2011 y se trabaja en la propuesta de Ley Marco Regional para la adquisición de medicamentos críticos, que complementará los marcos normativos nacionales para superar las dificultades que enfrentan las instituciones/país en la adquisición de medicamentos. Otro avance es el proceso de implementación del Sistema Nacional de Abastecimientos (SINAB), específicamente el Módulo de Almacenes en los 30 Hospitales y en las 5 Direcciones Regionales de Salud, de tal forma que

todos los Almacenes de Medicamentos, a la fecha están conectados y cuentan con información en tiempo real de las existencias a nivel nacional.

- *Meta: Mantener una cobertura de vacunación del 95% en la población meta.* El país tiene coberturas útiles de vacunación del 95% o más, excepto Rotavirus en niños menores de 1 año de edad; los niños menores de 5 años tienen esquemas completos de vacunación en un 98%, según un estudio realizado por la OPS a finales de 2011. La Ley de vacunas fue aprobada el 29 de febrero de 2012, mediante Decreto Legislativo y publicada en el Diario Oficial el 23 de marzo del mismo año. Esta Ley tiene por objeto garantizar a la población una adecuada inmunización de las enfermedades infecciosas prevenibles a través de la regulación y promoción de mecanismos que garanticen, en el sistema nacional de salud, la adquisición de vacunas, su abastecimiento, disponibilidad, distribución, conservación, aplicación y prescripción. El Esquema Nacional de Vacunación incluye 16 vacunas: BCG, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, H. Influenzae b, Poliomiélitis, Rotavirus, Neumococo 13 valente, Sarampión, Rubéola, Paperas, Influenza, Neumococo 23 valente, Rabia y Fiebre Amarilla.

Instituto Nacional de Salud

El Instituto Nacional de Salud (INS) es una organización científico-técnica subordinada al Ministerio de Salud que conduce procesos de generación, transmisión y difusión de conocimientos científicos y tecnológicos, para la solución de los principales problemas de salud. Lo conforman las redes de laboratorios especializados, Escuela de Gobierno e investigación en Salud.

- *Meta: Reforma y adecuación de redes de laboratorios del INS del MINSAL.* En el periodo que se reporta se logró conformar: la Red de laboratorios de vigilancia en salud, la red de laboratorios clínicos, la red de bancos de sangre y el laboratorio nacional de referencia. El objeto es incrementar la cobertura e integrar los laboratorios en las RISS.
- *Meta: Diseño del plan estratégico de la Escuela de Gobierno del INS-MINSAL (2012-2014).* La Escuela de Gobierno es la instancia del MINSAL encargada de la formación de recursos humanos estraté-

gicos para la implementación de la Reforma de Salud. Se han iniciado cursos gerenciales para la red de servicios de los tres niveles de atención, dirigidos al personal directivo y jefaturas del Ministerio de Salud.

- *Meta: Gestión de recursos financieros para el INS-MINSAL (2012-2014).* Se logró la asignación de recursos financieros de cooperación no reembolsables de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), de la cooperación brasileña -mediante la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz)- y de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), entre otros.

Participación social

La participación social es una de las principales apuestas en la actual Reforma de Salud. Ha permitido en este periodo potenciar en la población la identificación de sus necesidades sanitarias, el empoderamiento en la toma de decisiones, así como soberanía e iniciativa política.

- *Meta: Fortalecer la articulación del trabajo territorial del FNS con las RI/ISS.* La Participación Social en Salud ha sido canalizada a través de los Comités de Salud, aglutinados en el Foro Nacional de Salud (FNS) y los organizados por los Ecos Familiares. Actualmente se encuentran funcionando más de mil Comités Locales de Salud, conformados por personal voluntario de las comunidades. Se han realizado diversas reuniones entre personal del FNS y MINSAL para definir los mecanismos de coordinación en el trabajo territorial.
- *Meta: Fomentar la participación social en la formulación de políticas públicas de Salud.* Se han conformado equipos técnicos y comités consultivos que aglutinan diferentes instituciones y organizaciones sociales para la formulación de políticas tales como: medicamentos, salud mental, lactancia materna, salud sexual y reproductiva, seguridad y salud ocupacional, salud bucal y bancos de sangre, entre otras.
- *Meta: Promover la contraloría social.* El FNS realizó dos estudios de percepción sobre el trabajo de los Ecos Familiares, uno de alcance nacional

y otro en el departamento de Morazán, dichos estudios fueron presentados a representantes de las comunidades, así como a las autoridades y el personal del MINSAL. Igualmente junto al FNS se ha participado en la elaboración del estudio sobre el impacto a la salud en las comunidades aledañas al relleno sanitario ubicado en el municipio de Nejapa. El estudio ha permitido hacer un abordaje integral de saneamiento ambiental y epidemiología; así como de percepción de la población respecto a los efectos para la salud de las comunidades circunvecinas.

Trabajo Intersectorial e Intrasectorial

Los esfuerzos de articulación efectiva intersectorial han avanzado con la consolidación y ampliación de las instituciones que integran la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD). Asimismo el trabajo intra-sectorial se ha fortalecido entre las instituciones que conforman el sector Salud, manteniendo coordinaciones periódicas con el ISSS, Fosalud, ISBM, COSAM, ISRI, ONG's, Universidades formadoras de recursos humanos en salud y organismos de cooperación en salud, entre otros.

- *Meta: Consolidación y ampliación de la CISALUD.* CISALUD está conformada por 44 instituciones gubernamentales, no gubernamentales, autónomas, gremiales, privadas e internacionales, así como una representación de la comunidad a través del Foro Nacional de Salud, bajo la coordinación del Ministerio de Salud. Es un espacio valioso para el abordaje de las diferentes problemáticas que aquejan o amenazan la salud de la población. Fomenta la participación interinstitucional e intersectorial de manera sostenible y efectiva. Mantiene una responsabilidad compartida de diferentes instituciones y sectores para la prevención y control de enfermedades; así como el abordaje de emergencias en el país. En el año 2011, se realizaron 21 reuniones de CISALUD: 11 de la comisión técnica y 10 de la comisión política. Se mantiene el nivel de convocatoria de las reuniones y una asistencia del 85% de las instituciones.
- *Meta: Desarrollar una experiencia piloto de integración en la prestación de servicios de salud entre el MINSAL y el ISSS en el municipio de San Martín.* Con el trabajo conjunto MINSAL-ISSS se ha logrado la mejora en el acceso a los servicios de la salud

de la población del municipio de San Martín, obteniendo una cobertura del 90%; lo que significa un 30% más de cobertura de la existente antes del trabajo integrado. Se han optimizado los recursos, evitando la duplicidad de esfuerzos, y avanzando en la reducción de las inequidades tradicionales entre las personas que acceden a servicios brindados por el ISSS y aquellos que acceden al Ministerio de Salud. La experiencia del proceso de integración entre el MINSAL y el ISSS en el municipio de San Martín, con una población de más de cien mil habitantes, ha sido la integración de los Prestadores de Servicios de Salud. El Municipio cuenta con: una Unidad Comunitaria de Salud Familiar y Especializada, cinco Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos-Familiares) del MINSAL; una Clínica Comunal del ISSS y cinco Equipos Básicos de Salud.

- *Meta: Participación permanente en los espacios intersectoriales municipales, departamentales y nacionales.* El MINSAL participa en 153 Consejos Intersectoriales Municipales, en los 14 Gabinetes de Gestión Departamental, así como en las Comisiones Comunales, Municipales, Departamentales y Nacional de Protección Civil. En la Prevención y Mitigación de Desastres, que se activan en situaciones de emergencia y desastre, el MINSAL coordina la Comisión Técnica Sectorial de Salud (CTSS), conformada por representantes de 19 instituciones gubernamentales, no gubernamentales e internacionales.

Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Este es un eje estratégico de la Reforma de Salud, y está concebido como una herramienta fundamental para contribuir a la modernización de la administración institucional y los servicios de salud. El SUIS contribuye a la aplicación idónea de las políticas de salud, incrementa la calidad, calidez y agilidad de nuestros servicios y facilita la toma de decisiones oportunas, eficaces y eficientes en todo nivel.

- *Meta: Impulsar la implementación del Sistema Integral de Atención del Paciente en el 50% de los establecimientos hospitalarios.* Con la implementación de este sistema se ha logrado tener Expediente Clínico electrónico en línea, instalado actualmente en 19 hospitales y 6 UCSF. Dicho sistema integra los módulos de: Archivo, citas, consulta, far-

macía, laboratorio clínico, imagenología médica. En función de la disponibilidad de equipamiento de cómputo dichas áreas se irán informatizando mediante este sistema. Están en construcción los módulos de: gestión de quirófanos, hospitalización, emergencia y patología.

- *Meta: Adquirir un 40% más de equipo de cómputo mediante el uso de software libre.* El uso de esta tecnología permite hacer una inversión óptima de los fondos disponibles para la adquisición de equipo de cómputo a iguales capacidades. Así, con el presupuesto para equipo procedente del Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS), Fondo de Actividades Especiales (FAE) y Fondo Global, se ha adquirido un 40% adicional de equipo de cómputo, utilizando para ello los fondos que de otro modo habrían tenido que invertirse en pagar licencias de uso de software privativo.
- *Meta: Reconstruir las redes locales de datos del 70% de los establecimientos hospitalarios.* La infraestructura de red local, necesaria para el funcionamiento de los módulos del SUIS, ha sido mejorada con los fondos PEIS y Fondo Global. Esto permitió la reconstrucción de las redes locales de los establecimientos hospitalarios, el Laboratorio Central y otras dependencias administrativas. La red local de datos de más de 30 establecimientos ha sido completamente reconstruida bajo estándares de calidad.
- *Meta: Generalización de la Vigilancia Epidemiológica al Sistema Nacional de Salud.* Por medio del desarrollo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, VIGEPES, se han consolidado los reportes semanales de 1,173 unidades notificadoras con la participación del 100% de establecimientos del MINSAL, ISSS, Sanidad Militar, Fosalud, Centros Penales, ISBM, algunas alcaldías, ONGS e instituciones privadas de salud. Esto ha permitido la detección temprana y el control de brotes epidémicos y alzas de enfermedades emergentes, realizando así la toma oportuna de decisiones en respuesta a dichos eventos.

Recursos humanos en salud

Los Recursos Humanos constituyen el elemento fundamental para lograr los objetivos en el actual proceso de Reforma de Salud del Sistema.

El sistema necesita personal calificado y al mismo tiempo comprometido al servicio de la población salvadoreña.

Las metas para el tercer año fueron:

1. *Fortalecer la formación y educación continua del personal de salud de las diferentes disciplinas y niveles de atención.* Para su cumplimiento se mejoró el proceso de planificación y monitoreo del plan Nacional de formación y capacitación, implementado por primera vez en el 2011, lo que ha permitido disminuir de forma significativa la verticalización de los procesos de capacitación y contribuido a su descentralización; en este proceso se reportan 4,695 eventos realizados en con personal de los tres niveles de atención y de diferentes disciplinas, los grupos seleccionados como prioritarios son los promotores de salud contratados para los Ecos Familiares, que están siendo formados con el curso de Salud Integral en la Comunidad, iniciado en la Región Paracentral de Salud; además los equipos multidisciplinarios de los Ecos ha recibido el curso de Salud Sexual y Reproductiva, participación social, enfoque de derechos y determinantes sociales de salud; 72 médicos del primer nivel de atención recibieron el curso de Principios Básicos de Epidemiología para el control de enfermedades(MOPECE) y actualmente 39 médicos Gineco Obstetras, procedentes de los Ecos Especializados y de hospitales de las RIISS, están siendo formados en Competencias Básicas de Ultrasonografía.
2. *Avanzar en mejorar la gestión del trabajo, especialmente en el diseño del manual de puestos*

con el propósito de actualizar las funciones del personal de salud y administrativo con el desarrollo de los ejes del proceso de Reforma. A través de un proceso participativo con todas las disciplinas e instancias del MINSAL y las representaciones de las diversas asociaciones y sindicatos de trabajadores de la salud, se ha finalizado la propuesta del manual de puestos, que no era actualizado desde 1993, ordenando los mismos por disciplinas, agrupando los puestos según su función, proceso que se ha realizado en coordinación y apoyo de la Sub Secretaría de Gobernabilidad y Modernización; la definición de los nuevos perfiles de puestos permitirá identificar y contratar a recursos humanos con las competencias acorde a la función.

3. *Avanzar en la coordinación con las instituciones formadoras de RRHH.* Se han presentado al 100% de las instituciones formadoras los resultados del estudio de competencias de médicos y enfermeras en servicio social, que ha demostrado las brechas entre la formación y la práctica profesional en los servicios de salud, a partir de las conclusiones del estudio, las instituciones han iniciado una revisión de los contenidos curriculares. Se ha actualizado la norma de servicio social a través de un proceso de consenso con las instituciones formadoras, realizando además la distribución de plazas remuneradas de médicos y odontólogos según los resultados obtenidos en la prueba de conocimientos y se ha avanzado en el proceso de residencias médicas, estableciendo por consenso procesos únicos para todas las Universidades que ofertan formación de especialistas.

CAPÍTULO 2



La organización de las RIIS ha permitido incrementar tanto las atenciones preventivas como las curativas. Así mismo, se reporta un aumento en la capacidad resolutive con el incremento de las cirugías.

Estos cambios se enmarcan en la reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria de salud.



A close-up photograph of a woman with dark hair, wearing a red and white checkered top, holding a baby. The woman is looking down at the baby with a gentle expression. The baby is wearing a white blanket and a yellow bib with a cartoon character. The background is slightly blurred, showing a white wall and a framed picture.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 2011-2012

Perfil de país

El Salvador tiene una extensión territorial de 21,040 km², una población de 6,274,563 y una densidad poblacional de 298 habitantes por km², concentrándose en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) el 27.2% del total de habitantes del país. Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2010, el 58.5% de la población es menor de 30 años, la tasa de analfabetismo a nivel nacional fue de 13.7% con marcadas diferencias geográficas y de género (8.41% mujeres; 5.26 % hombres; 8.83% urbana y 22.15% rural). De igual manera el promedio nacional de escolaridad que es 6.1 años, refleja también estas inequidades en el acceso a la educación según el área geográfica de origen (8.2 años en la capital, 7.2 años urbana y 4.2 años rural).

La Población Económicamente Activa (PEA) para el área urbana es del 67.0% y la rural es del 33.0%. La tasa de desempleo específica por género, revela que el desempleo es mayor entre los hombres, con una tasa de 8.4%, en tanto la tasa de desempleo entre las mujeres es de 5.1%.

En relación a las viviendas para el área urbana el 58.4% de los hogares habitan en viviendas con piso de ladrillo de cemento, mientras que un 17.0% el piso es de cemento. El área rural muestra una situación contraria, pues en su mayoría los hogares residen en viviendas con piso de tierra (40.1%) y en menor cantidad los hogares cuentan con piso de cemento (30%).

El 92.9% de los hogares del área urbana cuentan con acceso al agua por cañería, de los cuales el 84.1% se abastecen por cañería domiciliar y el resto por mecanismos comunitarios como cantareras. Solo una pequeña porción se abastece por medio

de pozos (4.2%) u otros medios (2.9%). En contraste, en el área rural solo el 63.9% de los hogares cuenta con acceso al servicio de agua por cañería (50.7% por cañería domiciliar y 13.2% por cañería comunitaria); mientras que el 18.2% se abastece con agua de pozo y el 17.9% por otros medios. No obstante, a pesar de la alta proporción de acceso a nivel urbano de agua por cañería, la regularidad con la que llega el servicio es muy deficitaria, el número de horas diarias de servicio de agua es pequeño, lo que origina un desabastecimiento y por lo tanto una acumulación del vital líquido por parte de las poblaciones favoreciendo -entre otras cosas- la proliferación de mosquitos y consecuentemente el aumento potencial de enfermedades como de dengue.

A nivel nacional el 4.0% de los hogares no disponen de servicio sanitario, lo que varía para el área urbana (0.7%) y rural (10.5%). El 75.2% de los hogares del área urbana cuenta con servicio de drenaje municipal, el 18.5% la queman y la entierran, el 5.6% la depositan en cualquier lugar, el 0.3% poseen servicio de recolección domiciliar privada y el resto mediante otros medios. Sin embargo, en el área rural sólo el 6.8% de los hogares se deshacen de la basura por medio de drenaje municipal, la gran mayoría la queman (69.5%), la depositan en cualquier lugar (18.1%) o la entierran (5.1%), con una minoría que posee servicio privado de recolección domiciliar (0.2%).

A nivel nacional un 36.5% de los hogares se encuentran en pobreza; de los cuales el 25.3% se encuentran en pobreza relativa y el 11.2% en pobreza extrema. Nuevamente encontramos diferencias entre la pobreza urbana que es del 33.0% de los hogares (con un 9.1% de pobreza extrema) y la pobreza rural con un 43.2% de hogares pobres pero con un alarmante 15.1% de hogares en pobreza extrema.

Estas disparidades en las condiciones de vida reproducen igualmente marcadas brechas entre la salud de la población: entre el área urbana y rural; entre hombres y mujeres; entre población con mayor y menor escolaridad; entre pobres y no pobres. Esto pone en evidencia la necesidad de reducir la distribución injusta, sistemática y evitable de las relaciones de poder que condicionan el proceso desigual de enfermarse en El Salvador.

Así, la EHPM 2010 reporta que el 13.6% (839,424 personas) del total de la población del país tuvo alguna enfermedad o accidente, siendo el 44.4% hombres y el 55.6% mujeres. En la zona urbana el 11.9% de la población reportó haberse enfermado y en el área rural lo hizo el 16.3%. El 69,7% consultó en la red de establecimientos del MINSAL, 14.5% en clínicas particulares, 12% en el ISSS y 3.9% en ONG u otros.

La respuesta institucional

El MINSAL es responsable de brindar atención a más del 75% de la población, para lo cual se ha organizado en redes integradas e integrales de servicios de salud. Esto ha permitido un incremento de todas las atenciones brindadas por establecimientos de salud en relación al año 2008. Para el caso de las atenciones preventivas el aumento es de un 16,5% en promedio (18.3% en el primer nivel); por otro lado, las atenciones curativas han aumentado en un 18.6%, con un aumento de las atenciones de emergencia del 26.6% y de las consultas ambulatorias en un 17.8%. Así mismo, las estadísticas institucionales reportan un aumento en la capacidad resolutoria con el incremento de las cirugías menores en un 17.1% y mayores en un 17.3%. Este cambio en la cantidad

y calidad de los servicios se enmarca en la reorientación del Sistema de Salud hacia la Atención Primaria de Salud lo que está crecientemente contribuyendo a mejorar la salud de la población salvadoreña, reduciendo la morbilidad y mortalidad. (Tabla 1)

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

En los últimos años las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) han generado en la red de servicios de salud una creciente demanda, que se vincula a determinantes sociales de la salud como el uso indiscriminado de plaguicidas en monocultivos, uso irracional de medicamentos, acceso a agua segura y condiciones inadecuadas de protección laboral, así como a factores de riesgo, tales como: estilos de vida no saludables, sedentarismo, malos hábitos alimenticios; entre otras, que condicionan la aparición de un mayor número de enfermos y muertes atribuibles a las ECNT.

Las ECNT ocupan un lugar importante en la morbilidad y mortalidad, registrada por el MINSAL, tanto en las atenciones ambulatorias como en los egresos hospitalarios. Según la tendencia de las ECNT durante el período 2007 - 2011, exceptuando 2008, se observó, un incremento sostenido en el número de consultas y egresos por diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, cáncer y Enfermedad Renal Crónica.

En 2011 se notificaron 311 nuevos casos de Insuficiencia Renal Crónica en el país a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES). El 78% de los casos son masculinos y el grupo de edad más afectado fue el de personas de 60 años o más, con una proporción del 44%, seguido del grupo de 40 a 59 años con un 39%. Los departamentos en orden decreciente de procedencia son: Usulután 42%,

TABLA 1. Resumen de atenciones brindadas en la red de establecimientos del MINSAL, 2008-2011.

TOTAL ATENCIONES				
TIPO	2008	2009	2010	2011
Cirugías menores	171,975	180,518	184,781	201,414
Cirugías mayores	99,188	106,693	108,094	116,326
TOTAL CONSULTAS CURATIVAS	9,199,883	10,779,871	11,101,894	10,908,767
<i>Consultas ambulatorias</i>	8,398,573	9,905,758	10,153,459	9,894,387
<i>Consultas de emergencias</i>	801,310	874,113	948,435	1014,380
CONSULTAS PREVENTIVAS	2,041,275	2,269,334	2,284,465	2,378,728

Fuente: Sistema de Producción de Servicios-SEPS y Sistemas de Morbimortalidad en Línea –SIMMOW



San Miguel 22% y Sonsonate 19%; y de estos departamentos, los municipios con más casos son: Jiquilisco 35%, San Miguel 7% y Acajutla 5%. El incremento de la notificación de casos en estos departamentos está directamente relacionado con las estrategias de búsqueda, detección temprana y seguimiento de los casos de manera integral implementada por el MINSAL a través de los ECOS en coordinación con la intervención de otras instituciones como ANDA, Fuerza Armada, MAG, ISSS y gobiernos locales.

Consultas por enfermedad

Dentro de las primeras 10 causas específicas de consulta ambulatoria brindadas en la red de servicios del MINSAL para el 2011 se encuentran: rinofaringitis aguda, hipertensión arterial, faringitis aguda, no especificada, infección de vías urinaria, otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores, gastroenteritis, diabetes, parasitismo intestinal y vaginitis aguda. El 66.5% de las consultas fueron hechas por mujeres (tabla 2).

Hospitalizaciones

Tres de las diez primeras causas de egreso hospitalario están relacionadas a las atenciones a la mu-

jer (50.5% de las 10 primeras causas y 13.5% de los egresos totales): el parto único espontáneo, sin otra especificación, falso trabajo de parto y el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice. Las neumonías y diarreas ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente, afectando en su mayoría al sexo masculino (tabla 3).

La necesidad de mejorar la calidad de las estadísticas vitales

El MINSAL ha desarrollado estrategias interinstitucionales para fortalecer el registro de los hechos vitales: a) desde 2011 se contabilizan las muertes registradas en las alcaldías, lo que permite disponer del total de defunciones registradas a nivel nacional; b) incorpora la muerte materna como evento de notificación obligatoria de tipo individual, al reporte de vigilancia epidemiológica para ser registrado en el VIGEPES; c) envía por correo electrónico un mensaje de alerta a titulares, encargados de programas y directores con cada muerte materna registrada en la red de hospitales a través del Sistema de Morbilidad y Mortalidad en Línea (SIMMOW) para iniciar la investigación y reforzar las medidas de prevención; d) desde febrero



de 2012 se implementó el registro nominal en línea de todos los nacimientos atendidos en la red de hospitales del MINSAL consignando el lugar de residencia de la madre para poder dar seguimiento al binomio madre-hijo; e) se estandarizó el formulario para el registro de nacimientos y nacidos muertos y se ha elaborado la normativa de estadísticas vitales en correspondencia con la LEPINA y en coordinación con la DIGESTYC; f) se ha fortalecido la vigilancia a nivel comunitario con el fin de disminuir el sub-registro de defunciones.

Mortalidad general

En 2011 la red de hospitales del MINSAL certificó 10,140 muertes, siendo la tasa de mortalidad de 161.6 por 100.000 habitantes. Al comparar las defunciones del 2011, se evidenció poca variación con respecto a los dos años anteriores. De las 10 primeras causas de muertes, 6 corresponden a enfermedades no transmisibles. Las cinco primeras causas de muerte fueron: infarto agudo, neumonía, insuficiencia renal, septicemia y traumatismos. Las causas de muerte que predominaron en las mujeres fueron infarto agudo de miocardio, neumonías, septicemia y

diabetes, mientras que en el sexo masculino las principales causas de muerte fueron insuficiencia renal terminal, traumatismos, infarto agudo de miocardio y las neumonías (tabla 4).

Salud materna

En noviembre de 2011, un grupo de expertos hizo una revisión de las defunciones registradas en el VIGEPES durante el período 2006 - 2011, tomando de base 2005, año en el cual se realizó una investigación para establecer la línea de base de mortalidad materna en la cual se utilizó la metodología RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey). Dicha línea de base permitió estimar la mortalidad materna en 71.2 x cada 100,000 nacidos vivos y desde entonces se ha continuado monitoreando este indicador en el VIGEPES con la misma metodología. La revisión realizada en 2011 por los expertos tuvo como objeto determinar y estandarizar el número absoluto y la distribución de las causas de muerte. Durante la revisión de bases de datos año por año se identificaron fortalezas y algunas debilidades que se requiere corregir como es el proceso de registro, notificación y análisis de datos de mortalidad materna en el desarrollo

TABLA 2. Principales causas de consulta utilizando la lista de morbilidad por causa específica desgregada por sexo en los servicios del MINSAL y FOSALUD, enero-diciembre 2011.

N.º	CAUSAS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1	Rinofaringitis aguda [resfriado común] (J00)	395,943	560,462	956,405
2	Hipertensión esencial (primaria) (I10)	157,397	554,947	712,344
3	Faringitis aguda, no especificada (J02.9)	237,995	372,358	610,353
4	Infección de vías urinarias, sitio no especificado (N39.0)	109,333	406,794	516,127
5	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores (J06.8)	198,407	311,055	509,462
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	129,768	172,453	302,221
7	Examen médico general (Z00.0)	95,974	182,917	278,891
8	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación (E11.9)	42,999	152,002	195,001
9	Parasitosis intestinal, sin otra especificación (B82.9)	72,510	118,361	190,871
10	Vaginitis aguda (N76.0)	0	142,635	142,635
	DEMÁS CAUSAS	2,218,775	4,279,677	6,498,452
	TOTALES	3,659,101	7,253,661	10,912,762

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW, 2011

TABLA 3. Principales causas de egreso utilizando la lista de morbilidad por causa específica desgregada por sexo en los servicios del MINSAL y FOSALUD, enero-diciembre 2011

N.º	CAUSAS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación (O80.9)	0	44,268	44,268
2	Neumonía, no especificada (J18.9)	6,623	5,619	12,242
3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	6,041	5,810	11,851
4	Apendicitis aguda, no especificada (K35.9)	4,530	4,324	8,854
5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado (N39.0)	1,843	4,826	6,669
6	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación (O47.0)	0	5,738	5,738
7	Asma, no especificada (J45.9)	2,218	2,551	4,769
8	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis (K80.2)	591	3,937	4,528
9	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (O80.0)	0	4,099	4,099
10	Insuficiencia renal crónica, no especificada (N18.9)	2,911	1,186	4,097
	SUBTOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	24,757	82,358	107,115
	DEMÁS CAUSAS	116,219	176,899	293,118
	TOTALES	140,976	259,257	400,233

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW, 2011

TABLA 4. Lista de mortalidad por causa específica desgredada por sexo, reportadas por MINSAL, enero-diciembre 2011

N.º	CAUSAS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación (I21.9)	235	241	476
2	Neumonía, no especificada (J18.9)	214	218	432
3	Insuficiencia renal terminal (N18.0)	321	110	431
4	Septicemia, no especificada (A41.9)	196	228	424
5	Traumatismo intracraneal, no especificado (S06.9)	258	70	328
6	Insuficiencia renal crónica, no especificada (N18.9)	165	85	250
7	Hemorragia gastrointestinal, no especificada (K92.2)	132	88	220
8	Traumatismos múltiples, no especificados (T07)	172	47	219
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación (E11.9)	45	116	161
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] sin otra especificación (B24)	112	47	159
	DEMÁS CAUSAS	3,727	3,313	7,040
	TOTALES	5,577	4,563	10,140

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW, 2011

del Plan Estratégico 2011-2014 de Reducción de la Mortalidad Materna. Adicionalmente se realizaron coordinaciones con la DIGESTYC, a fin de homologar cifras oficiales.

La razón de mortalidad materna entre los años 2005 a 2011 disminuyó de 71.2 a 50.8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. De las muertes maternas registradas en 2011, la mayoría (57,8%) fueron por causas directas (entre las cuales las principales son los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias e infecciones asociadas al embarazo).

Es importante destacar que El Salvador tiene la más alta tasa de embarazo adolescente y que el 11% de las muertes maternas ocurrió en mujeres adolescentes. Igualmente durante la epidemia de influenza AH1N1, la mayor parte de las muertes ocurrió en adolescentes embarazadas y la mayor parte de los niños que murieron por la epidemia eran también hijos de madres adolescentes, el embarazo adolescente es también un factor asociado al aumento de suicidios en este grupo poblacional. Todo ello obliga a considerar el embarazo adolescente como un problema prioritario que requiere un abordaje intersectorial más allá de los servicios de salud, que

considere una política nacional de educación sexual y reproductiva y mayores esfuerzos para reducir la brecha de género en el acceso a la educación formal.

De nuevo la inequidad rural – urbana se manifestó en la mortalidad materna (69% de las muertes maternas fueron en el área rural). A pesar del aumento de la cobertura en las atenciones preventivas, el 23% de las muertes ocurridas en 2011 no tuvieron control prenatal y en más de la mitad de las que sí lo tuvieron este control fue tardío, es decir que casi las tres cuartas partes de las muertes o no tuvieron control o el control prenatal fue tardío, lo que refuerza la necesidad de profundizar el cambio de modelo de atención en los municipios que aún no han sido intervenidos. Además se identificaron factores de riesgo adicionales como multiparidad, cesárea previa, adolescente, embarazo no deseado y patologías previas por lo que se debe reforzar el control prenatal y la planificación familiar.

Del total de defunciones maternas registradas a nivel nacional en el 2011, el 19% fueron a nivel comunitario y el resto a nivel institucional. La mayoría de muertes se dieron después del parto (64%) siendo catalogadas la casi totalidad de casos (91%) como

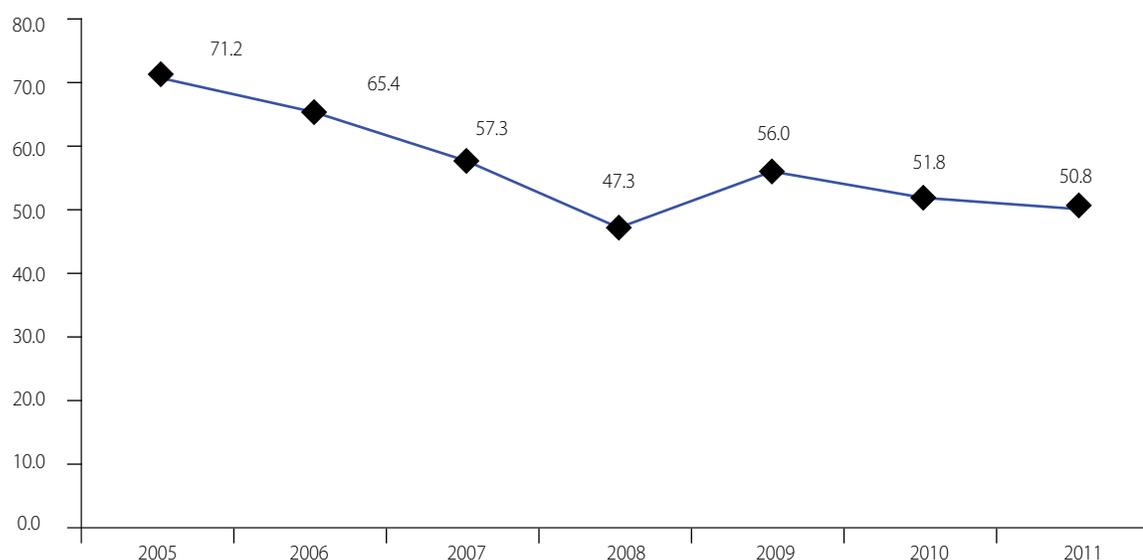
muerres prevenibles o potencialmente prevenibles, por lo que es importante fortalecer los cuidados obstétricos esenciales, las estrategias comunitarias, especialmente en cuanto al manejo de morbilidades obstétricas, el cumplimiento de lineamientos de prenatal, parto y postparto, así como el plan de parto.

También es necesario promover los círculos educativos para adolescentes embarazadas.

Salud de la niñez

La diferencia en los registros de mortalidad infantil emitidos por la encuesta FESAL, DIGESTYC y las publicadas por el MINSAL en años anteriores condicionó la revisión de la construcción de estos indicadores, evidenciándose que en algunos casos se utilizaban datos exclusivamente institucionales tanto en el numerador como en el denominador,

GRAFICO 1: Tasa de mortalidad materna en mujeres de 10 a 49 años de edad, 2005-2011



Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSAL, 2011

—◆— Razón de mortalidad

TABLA 5. Tasa de Mortalidad en menores de cinco años registradas en la red del SNS, 2005-2011.

DESCRIPCIÓN DE INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
INDICADORES DE MORTALIDAD							
Tasa de mortalidad en Menores de 5 años x 1,000 nacidos vivos	9.9	10.2	10.2	8.8	8.4	7.9	9.3
Tasa de mortalidad en Menor de 1 año x 1,000 nacidos vivos	8.5	8.2	8.9	7.7	7.1	6.9	7.9
Tasa de mortalidad Neonatales (< de 28 días) x 1,000 nacidos vivos	5.8	5.3	5.9	5.0	4.5	4.5	5.2
Tasa de mortalidad Neonatal temprana (< 7 días) x 1,000 nacidos vivos	4.4	4.5	4.9	4.2	3.7	3.6	4.0
Tasa de mortalidad Neonatal tardía (de 7 a 28 días) x 1,000 nacidos vivos	1.3	0.8	1.0	0.8	0.7	0.8	1.3
Tasa de mortalidad Perinatal x 1,000 nacidos	11.9	11.0	12.9	11.6	10.3	9.8	10.6
TASA DE MORTALIDAD FETAL GENERAL (NACIDOS MUERTOS) X 1,000 NACIDOS	7.6	6.6	8.1	7.5	6.6	6.2	6.7

Fuente: Sistema Estadístico del SNS

otros no incluían los datos de nacidos muertos en la tasa de mortalidad perinatal. Debido a lo anterior se revisaron los datos registrados de 2005 a 2011 y se reconstruyeron los indicadores tomando en cuenta las muertes notificadas por las instituciones del SNS y las proyecciones poblacionales emitidas por la DIGESTYC, combinándose con la mejoría en el registro de estadísticas vitales citadas anteriormente.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que las defunciones infantiles registradas entre 2005 a 2011 muestran una reducción consistente, desde una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 9.9 a una de 9.3 por 1.000 nacidos vivos (n.v.), respectivamente. Para el 2011, con un mejor registro de las estadísticas vitales, la tasa de mortalidad infantil (menor de un año) se estimó en 7.9 por 1.000 n.v., a predominio de la mortalidad neonatal con una tasa de 5.2 por cada mil n.v., lo que representa el 66.1% de las muertes de niños menores de 1 año. Se debe hacer notar que la mortalidad perinatal (fetal más neonatal temprana) llega a 10.6 por mil n.v., predominando la mortalidad fetal (6.6 por mil n.v.). En la etapa perinatal la mortalidad fetal constituye entonces un importante problema (62.8% de las muertes perinatales), por lo que se deberán redoblar esfuerzos por mejorar la calidad de la atención peri-neonatal para reducir drásticamente la mortalidad infantil.

Es importante consignar que el incremento de todas las tasas de mortalidad infantil en 2011 con respecto a 2010 no corresponde a un incremento real de la mortalidad, sino a una reducción del subregistro que hasta 2010 prevaleció en la recopilación de los datos (ver las consideraciones sobre el numerador y el denominador de las tasas al inicio de este apartado). (Tabla 5)

El 76,1% de los neonatos que murieron lo hicieron en la etapa neonatal temprana (primeros 7 días de vida) y de éstos el 68% fallecieron en las primeras 24 horas de vida, siendo las principales causas de defunción en este último grupo: inmadurez/prematurez (33%) y malformaciones congénitas (31%), principalmente cardiovasculares y del sistema nervioso central. Para disminuir la mortalidad asociada a estas causas se requiere por parte de los servicios, estrechar la vigilancia en las primeras 48 horas de vida

y fortalecer la capacidad resolutoria de los hospitales en el diagnóstico, tratamiento médico y corrección quirúrgica de esas patologías.

En ese sentido, se realizaron durante el año 2011 diferentes estrategias como la implementación de Hogares de Espera Materna, la apertura del Centro Nacional de Capacitación de Habilidades Obstétricas y la extensión de cobertura de control prenatal, postnatal e infantil con los Equipos Comunitarios de Salud con el objetivo de contribuir a una mayor disminución de las tasas de mortalidad perinatal y fetal.

A través de la reforma, se ha logrado que el porcentaje de inscripciones precoces en niños menores de un año pase de 72.7% en el 2005 a 81.2% en el 2011, y se alcance una cobertura de inscripción infantil del 92%. Asimismo, la proporción de mujeres inscritas al control prenatal antes de cumplir 12 semanas de embarazo, mejoró 20 puntos porcentuales, pasando de un 44,1% en el 2005 a 64,3% en el 2011. La cobertura de inscripción prenatal en mujeres de 10 a 49 años de edad pasó de un 52.4% -en el 2005- a 90.7 % en el 2011. En cuanto a los partos institucionales se ha registrado un incremento de 43,9% en el 2005 a 87,7% en el 2011, de los cuales el 99% fueron atendidos por personal capacitado. Además se logró un incremento del 12.3% para el 2011 en los controles post-parto en comparación a los registrados en el 2005.

No obstante lo anterior, una revisión sistemática de las encuestas de salud familiar (FESAL) desde 1998, muestra que los riesgos atribuibles a la mortalidad infantil en orden decreciente corresponden a: 1) nivel de ingreso de la madre; 2) nivel educativo de la madre; 3) área geográfica de procedencia; 4) peso al nacer y 5) prematurez. De lo anterior se infiere que las intervenciones más relevantes para reducir la mortalidad infantil tienen que ver con la toma de control de las determinantes sociales de las inequidades en salud, más que en los factores puramente biológicos que son los controlables desde los servicios de salud. Esto supondría entre otros factores, fortalecer las políticas contempladas por el actual gobierno en el Sistema de Protección Social Universal, especialmente las encaminadas a incrementar la permanencia de la población infantil en las escuelas y la reducción de las brechas de género en ingresos, educación y salud.

CAPÍTULO 3



“Tenemos por delante un panorama optimista, a pesar de las dificultades que estamos enfrentando. Pero para que ese escenario favorable se haga realidad no podemos volver a un Estado patrimonialista al servicio de unos pocos privilegiados, en detrimento del cumplimiento de sus obligaciones esenciales.”

*Presidente Mauricio Funes,
balance de daños por lluvias,
31 de octubre de 2011*



A photograph of an office environment with several people working at computer workstations. The scene is viewed through a semi-transparent text overlay. In the foreground, a woman with long dark hair and glasses is seated at a desk, looking towards the right. Behind her, two other women are visible, also working at their desks. The desks are equipped with computer monitors, keyboards, and various office supplies. A decorative flower-shaped object is visible on the desk in the lower right. The background shows blue curtains and a window.

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL Y CUENTAS EN SALUD

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL

Evolución del presupuesto total durante el periodo 2006-2012

Con el objetivo de dimensionar la tendencia del presupuesto total disponible del MINSAL, incluyendo todas las fuentes de financiamiento, se presenta en la tabla 1 la evolución, en cifras nominales, del presupuesto modificado, durante el período 2006-2012 y la tasa de crecimiento anual del mismo.

La tabla 1 indica que el presupuesto total de Salud pasó de US\$ 368.4 millones en 2006, a US\$ 586.98 millones en 2012¹. El año en el que se experimentó una tasa de crecimiento mayor fue 2009 (14.9%); seguido por el año 2011 (13.9%). Para 2012, la tasa de crecimiento del presupuesto refleja una variación positiva del 6% en las asignaciones.

Debe hacerse notar que con este incremento del 6% ha sido posible financiar el incremento al escalafón, las aportaciones a FOSALUD, así como la adquisición de materiales de ortopedia para 18 hospitales nacionales.

En relación a la estructura o composición del presupuesto, según las diversas fuentes de financiamiento, se destaca que el fondo general ha constituido, durante todo este período, la principal fuente de recursos financieros, incrementando su importancia relativa durante 2011 y 2012 hasta el 88% y el 90% del total de recursos, respectivamente.

En cuanto a los préstamos externos, hay que destacar que de constituir el 16% del total del presupuesto de 2009, pasaron a representar durante 2011/2012 el 7% en ambos años, debido a que el proyecto RHESSA llegó a su finalización y el nuevo préstamo PRIDES-BID está en su primer año de ejecución. El resto de las fuentes de financiamiento (donaciones, recursos propios y fondos de actividades especiales) han ido perdiendo

paulatinamente su importancia relativa, en especial los ingresos que proceden de los recursos propios.

Desde la óptica de la distribución del presupuesto modificado, según los principales rubros de gasto, el comportamiento de este se presenta en la tabla 2².

A lo largo de este período, sin considerar lo relacionado a inversión, el rubro de remuneraciones ha absorbido entre el 60% (2006) y el 68% (2012) del presupuesto total; mientras que los montos destinados a medicamentos e insumos médico-quirúrgicos han representado entre el 19% (2007) y el 22% (2009) del presupuesto modificado destinado a gastos de funcionamiento.

Es importante resaltar la distribución interna del presupuesto de medicamentos, diferenciando entre medicamentos propiamente dichos y vacunas. En el gráfico 1 se presenta la evolución de ambos rubros para estos años.

Se observa la importancia que han ido adquiriendo, no sólo las asignaciones para compra de medicamentos; sino, especialmente, las asignaciones para la compra de vacunas, cuyo presupuesto pasó de US\$ 4.57 millones en 2007 a US\$ 18.77 millones en 2011.

Por otra parte, para el rubro de inversión, los montos disponibles han experimentado un significativo crecimiento, pasando de US\$49.2 millones (2006) a US\$73.6 millones y US\$87.7 millones, durante 2011 y 2012 respectivamente (tabla 2). En términos relativos, los montos para inversión en 2012 han representado una tasa de crecimiento, respecto a 2006, del 78.3%. Condición que ha posibilitado el mejoramiento en la infraestructura y equipamiento del Ramo de Salud durante estos años.

El mejoramiento en el financiamiento disponible para gastos de capital queda reflejado en la tabla 3, en la que se presenta la composición del presupuesto, según la clasificación económica del gasto.

1. Información a marzo de 2012, sujeta a variación en el transcurso del ejercicio fiscal

2. En esta tabla se reflejan todas las fuentes de financiamiento (fondo general, préstamos externos, donaciones, recursos propios y FAE).

Es importante, en función de las políticas de salud, identificar el comportamiento de las asignaciones destinadas a la red de establecimientos de salud según los diferentes niveles de atención. En la tabla 4, se presenta tal distribución.

Como se puede observar, desde 2009 se registra una importante inyección de recursos financieros para el primer nivel de atención, como pilar de la reforma de salud. De hecho, el presupuesto destinado al primer nivel de atención en 2012 es de US\$178.28

TABLA 1. Presupuesto modificado total, incluye todas las fuentes de financiamiento (en cifras absolutas y relativas), periodo 2006/2012

TOTAL PRESUPUESTO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	En millones de US\$						
Fondo General (GOES)	296.0	307.1	329.4	328	384.4	488.3	525.6
Prestamos Externos	38.84	41.4	40.2	105.1	76.2	38.5	41.8
Donaciones	12.7	6.7	13.2	8.2	12.8	13.3	7.1
Recursos Propios	19.6	14.8	14.8	15.5	11.3	11.5	10.7
Fondos de Actividades Especiales	1.3	1.4	1.7	1.7	1.7	2.3	1.8
TOTAL PRESUPUESTOS MODIFICADO	368.5	371.4	399.3	458.9	486.4	553.9	586.9
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL		0.8%	7.5%	14.9%	6.0%	13.9%	6.0%
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	En porcentajes						
Fondo general (GOES)	80%	83%	82	72%	79%	88%	90%
Prestamos externos	11%	11%	10%	23%	16%	7%	7%
Donaciones	3%	2%	3%	2%	3%	2%	1%
Recursos propios	5%	4%	4%	3%	2%	2%	2%
Fondos de actividades especiales	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.4%	0.3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Unidad Financiera Institucional

(*): Las cifras 2010 y 2011 han sido ajustadas de acuerdo al cierre contable definitivo, por lo que varían respecto a las presentadas en el Informe de Labores 2010/2011. Las cifras relativas a 2012 están cerradas a marzo de 2012, siendo por tanto preliminares.

(p): preliminares a marzo 2012

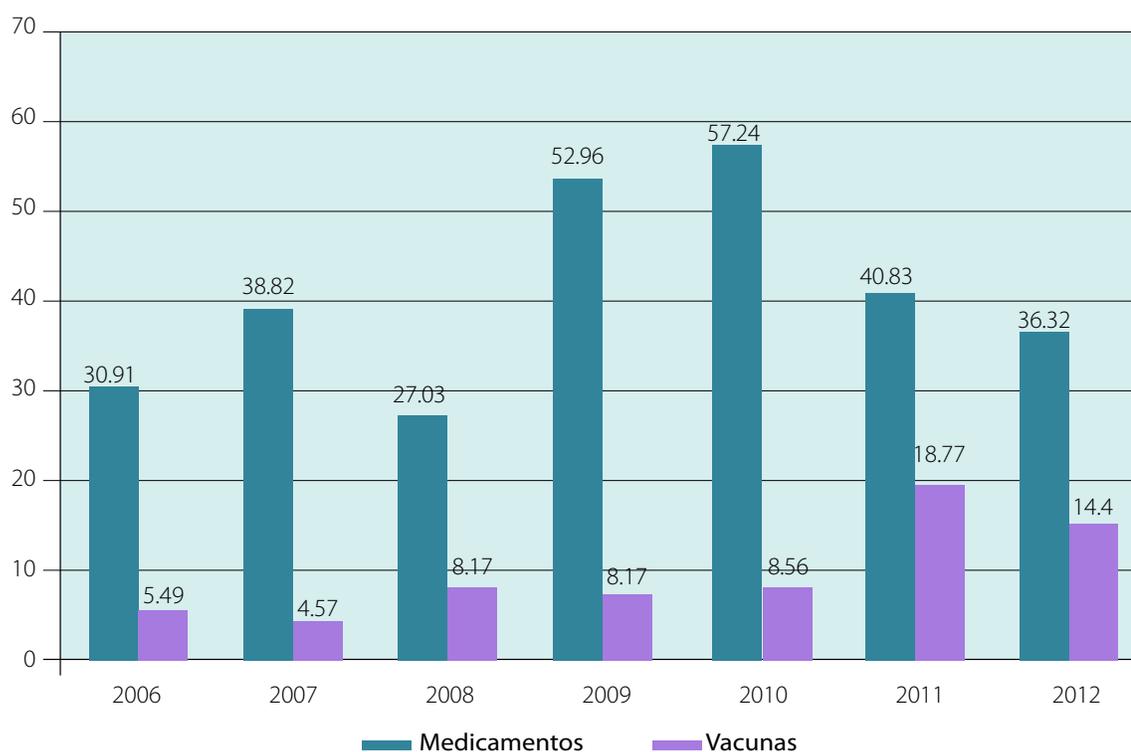
TABLA 2. Presupuesto modificado total, según principales rubros de gastos

RUBROS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(P)
	En millones de US\$						
Remuneraciones	191.6	216.2	235	253.1	272.2	309.4	337.4
Medicamentos e insumos médico-quirúrgicos	54.9	62.29	54.2	87.8	91.0	87.7	81.9
Otros gastos de funcionamiento	72.84	43.14	55.7	67.0	73.2	83.3	78.9
Inversión	49.2	49.8	54.4	51.0	50.0	73.6	88.7
TOTAL	368.5	371.4	399.3	458.9	486.4	553.9	586.9

Fuente: Unidad Financiera Institucional

Nota técnica: las cifras pueden variar con los ajustes contables. La información 2012 es la disponible a marzo del mismo año

GRÁFICO 1. Evolución del presupuesto asignado para medicamentos y vacunas (en millones US \$)¹



Fuente: MINSAL

1. Sólo se incluyen los fondos del presupuesto ordinario. Las cifras 2012 son preliminares a marzo 2012.

millones, lo que representa el 44% del presupuesto destinado para establecimientos de salud. Es importante señalar que en el primer nivel de atención se incluye el presupuesto de las sedes regionales, SI-BASI, Unidades de Salud, Equipos Comunitarios de Salud, FOSALUD, la Cruz Roja Salvadoreña y el Hogar de Ancianos “Narcisca Castillo”.

Los recursos destinados al segundo nivel de atención (hospitales generales) y tercer nivel de atención (hospitales especializados e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral), se han incrementado para el 2012, con relación al 2008, en un 48.5% para el segundo; y, un 36.5% para el tercer nivel de atención.

Finalmente, en relación al Producto Interno Bruto, el presupuesto de Salud ha pasado de representar el 2.0% en 2006, al 2.4% en 2012.³ Hecho que confirma el aumento de la importancia relativa del presupuesto asignado al MINSAL durante los últimos años

3. Para la estimación del presupuesto del ramo respecto del PIB, se ha considerado de 2006 a 2011 las cifras reportadas por el BCR; mientras que para 2012 se ha tomado la cifra proyectada en el Plan de Desarrollo del Gobierno de El Salvador (2010-2014). Las cifras pueden variar en función de las modificaciones que experimente tanto el presupuesto modificado del MINSAL como el PIB.

Presupuesto ordinario y extraordinario asignado durante el ejercicio fiscal 2012⁴

La información del presupuesto ordinario y extraordinario para el MINSAL durante 2012, así como las modificaciones, según unidades presupuestarias, se detalla en la tabla 5.

Tal como puede observarse, el presupuesto para 2012 ascendió a US\$ 522.6 millones. Sin embargo, durante el transcurso del año fiscal –a marzo del mismo año– se han incorporado al presupuesto del MINSAL US\$44.8 millones, que corresponden en su mayor parte al Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS), cuya ejecución se ha venido desarrollando desde el año 2009, con extensión para 2012. Cabe señalar que dicho refuerzo está dirigido, en su mayor parte, al mejoramiento de la red de establecimientos de salud por un monto de US\$44.4 millones.

Las modificaciones experimentadas en la asignación presupuestaria original del MINSAL permitieron incrementar el presupuesto disponible para 2012 a US\$567.3 millones.

4. Información a marzo de 2012.

TABLA 3. Presupuesto modificado total, según clasificación económica del gasto
(en millones de US\$)

CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (P)
	(En millones de US\$)						
Gastos corrientes	319.3	321.6	344.9	407.9	438.7	486.1	497.9
Gastos de capital	49.2	49.8	54.4	51.0	47.7	67.8	89.0
TOTAL	368.5	371.4	399.3	458.9	486.4	553.9	586.9
CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO	(En porcentajes)						
	Gastos corrientes	87%	87%	86%	89%	90%	88%
Gastos de capital	13%	13%	14%	11%	10%	12%	15%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL

Nota Técnica: las cifras pueden variar en función del cierre contable. Los datos de 2012 están cerrados a marzo del mismo año

(p): Cifras preliminares

TABLA 4. Distribución del presupuesto ordinario, según niveles de atención (1)

NIVELES DE ATENCIÓN	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(P)
	(En millones de US \$)						
Primer Nivel de Atención (Regiones, SIBASIS, Unidades de Salud, Equipos Comunitarios de Salud, Cruz Roja Salvadoreña, Fosalud y Hogar de Ancianos "Narcisa Castillo")	90.86	117.53	113.87	130.94	124.10	162.38	178.28
Segundo Nivel de Atención (Hospitales Generales)	88.83	94.63	102.28	122.31	132.59	143.65	151.90
Tercer Nivel de Atención (Hospitales Especializados e ISRI)	49.36	52.30	57.31	63.84	68.91	75.16	78.25
TOTAL PRESUPUESTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	229.05	264.46	273.46	317.10	325.60	381.19	408.44
NIVELES DE ATENCIÓN	(En porcentajes)						
	Primer Nivel de Atención	40%	44%	42%	41%	38%	43%
Segundo Nivel de Atención	39%	36%	37%	39%	41%	38%	37%
Tercer Nivel de Atención	22%	20%	21%	20%	21%	20%	19%
TOTAL PRESUPUESTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

(p): Cifras preliminares a marzo 2012

(1): No se incluyen otras fuentes de financiamiento, tales como donaciones, préstamos externos, FAE, PEIS y recursos propios.

GRÁFICO 2. Evolución del presupuesto modificado en relación al Producto Interno Bruto (p)



Fuente: Dirección de Planificación/Cuentas en Salud. Ministerio de Salud.
(p): cifras preliminares

De los montos modificados en el presupuesto, es importante destacar que el 48.2% de los mismos se concentran en la Unidad Presupuestaria 03 - Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades, en la que se incluyen las subvenciones dirigidas a la red de hospitales nacionales (30), otras entidades autónomas (Cruz Roja Salvadoreña, Hogar de Ancianos "Narcisca Castillo" e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral), el presupuesto del FOSALUD y los subsidios otorgados a diversas entidades de asistencia social.

En orden de importancia relativa, le siguen las asignaciones efectuadas al Primer Nivel de Atención, cuyo monto representa el 24.22% del total disponible en el Ramo de Salud. Condición que está asociada a la inyección de recursos que ha demandado la implementación de los Equipos Comunitarios de Salud (Ecos) a escala nacional.

En lo referente al presupuesto modificado 2012 para inversión, resulta importante no sólo identificar el monto total destinado a dicho rubro, sino, además detallar el destino del mismo hacia proyectos específicos. En ese sentido, para el año en curso, los proyectos financiados incluyen la construcción y equipamiento del Hospital Nacional de Maternidad;

la implementación del Programa Integrado de Salud, financiado con préstamo externo del BID; y el mejoramiento de la red de establecimientos de salud, a través del financiamiento del fondo general (tabla 6).

En términos generales, el 53.2% del financiamiento de inversión contemplada para 2012 procede del fondo general; y la diferencia (46.8%) de préstamos externos.

Ejecución del presupuesto durante el ejercicio fiscal 2011

Durante el transcurso del año fiscal, se experimentan variaciones en las asignaciones. El año 2011 no fue la excepción de la regla, dado que el presupuesto original experimentó una serie de modificaciones que afectaron el monto disponible.

Para observar dicha dinámica, en la tabla 7 se presenta, por unidades presupuestarias, tales variaciones y la resultante final. La información no incluye otras fuentes de financiamiento disponibles (fondo de actividades especiales, recursos propios y donaciones extrapresupuestarias).

Las cifras indican que el presupuesto ordinario de Salud experimentó un incremento neto de US\$18.1 mi-

TABLA 5. Presupuesto asignado al 31 de marzo de 2012, según unidades presupuestarias (p)

UNIDADES PRESUPUESTARIAS	PRESUPUESTO VOTADO	MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO	PRESUPUESTO MODIFICADO	PORCENTAJE CON RELACIÓN AL PRESUPUESTO TOTAL
	1	2	3 = (1+2)	
01 Dirección y administración institucional	22,926,350	42542,326	65,468,676	11.54%
02 Primer Nivel de Atención	160,033,735	-22613,780	137,419,955	24.22%
03 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	293,114,575	-19518,346	273,596,229	48.22%
04 Financiamiento de gastos imprevistos	2,329,825	-410,200	1,919,625	0.34%
05 Programa Integrado de Salud (PRIDES). Préstamo BID N.º 2347/OC-ES 2012	23,145,410		23,145,410	4.08%
06 Desarrollo de la inversión	21,056,215		21,056,215	3.71%
07 Emergencia nacional por la depresión tropical 12 E		295,492	295,492	0.05%
SUBTOTAL PRESUPUESTO ORDINARIO	522,606,110	295,492	522,901,602	92.16%
51 Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud		44,474,676	44,474,676	7.84%
TOTAL PRESUPUESTO ORDINARIO Y EXTRAORDINARIO	522,606,110	44,770,168	567,376,278	100.00%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL
(p): Cifras preliminares

TABLA 6. Detalle del presupuesto modificado de inversión para 2012 (p), por fuente de financiamiento y unidad presupuestaria (en US \$)

NOMBRE DEL PROYECTO	FUENTE FINANCIAMIENTO	MONTO (P)	PORCENTAJE
05 Programa Integrado de Salud (PRIDES). Préstamo BID N.º 2347/OC-ES	Préstamo externo (BID)	23,145,410	26.1%
04. Construcción y equipamiento del Hospital Nacional de Maternidad	Fondo general	2,701,160	3.0%
	Préstamo externo (BCIE)	18,355,055	20.7%
51 Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud - (Presupuesto Extraordinario de Inversión Social)	Fondo general	44,474,676	50.2%
Sub total fondo general		47,175,836	53.2%
Sub total préstamos externos		41,500,465	46.8%
TOTAL INVERSIÓN		88,676,301	100.0%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL
(p): Cifras preliminares a marzo 2012

llones, que elevó el presupuesto a US\$488.9 millones. Dicho aumento se explica, principalmente, por la adición de recursos financieros en la Unidad Presupuestaria 05 Desarrollo de la Inversión (US\$10.6 millones); y, 07 Emergencia Nacional por la Depresión Tropical 12E (US \$7.8 millones) para la adquisición de medicamentos. El incremento en la Unidad Presupuestaria 01 Dirección y Administración institucional, corresponde a recursos que fueron trasladados para financiar la compra conjunta de medicamentos y vacunas.

Por otra parte, durante el transcurso del ejercicio fiscal 2011 se aprobó un incremento para el presupuesto extraordinario destinado al mejoramiento de la red de establecimientos del MINSAL, por un monto total de US\$7.2 millones. Razón por la que, finalmente, se contó con un presupuesto (ordinario y extraordinario, sin incluir otras fuentes de financiamiento), de US\$526.8 millones.

Tan importante como conocer las modificaciones experimentadas en las asignaciones presupuestarias, es conocer el grado de ejecución de los recursos financieros disponibles, a nivel total, por unidades

presupuestarias y principales rubros de gasto. Para dicho propósito, se presenta la tabla 8, en donde se detalla la ejecución total y por unidades presupuestarias; así como la tabla 9, en la que se detalla la ejecución, según principales rubros de gasto.

En términos globales, del presupuesto para 2011, el MINSAL ejecutó cerca del 97%. En unidades presupuestarias clave para el proceso de reforma sanitaria y atención de emergencias (Primer Nivel de Atención, Apoyo a Instituciones Adscritas, Apoyo a Servicios de Salud Pública-Emergencia Nacional y Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud), el nivel de ejecución alcanzó prácticamente el 100% de los recursos disponibles. En lo que se refiere a la Unidad Presupuestaria 05 Desarrollo de la Inversión, por los procesos que implican los gastos de capital, la ejecución alcanzó el 56% de los recursos disponibles.

Desde la óptica de la ejecución por rubros de gasto, la información disponible (tabla 9) indica que, salvo la inversión, en el resto de rubros se ejecutó cerca del 100% de los montos disponibles.

TABLA 7. Presupuesto del ramo de salud y sus modificaciones, durante el ejercicio fiscal 2011¹

UNIDAD PRESUPUESTARIA	PRESUPUESTO VOTADO	MODIFICACIONES (+, -)	PRESUPUESTO MODIFICADO
01 Dirección y administración institucional	47,474,470	14,394,917	61,869,387
02 Primer Nivel de Atención	140,034,390	-10,027,193	130,007,197
03 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	249,757,865	3,824,526	253,582,391
04 Financiamiento de gastos imprevistos	9,917,225	-9,917,225	
05 Desarrollo de la inversión	23,600,000	10,555,943	34,155,943
06 Apoyo a Servicios de Salud Pública-Emergencia Nacional		1,473,696	1,473,696
07 Emergencia nacional por la depresión tropical 12E		7,797,840	7,797,840
TOTAL PRESUPUESTO ORDINARIO	470,783,950	18,102,504	488,886,454
51 Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud	30,700,000	7,247,019	37,947,019
TOTAL PRESUPUESTO ORDINARIO Y EXTRAORDINARIO	501,483,950	25,349,523	526,833,473

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL

1. No se incluyen los fondos de actividades especiales, recursos propios, ni donaciones extrapresupuestarias obtenidas durante 2011. Razon por la cual la cifra del presupuesto modificado correspondiente al año 2011 varía de la presentada en apartados anteriores, en donde sí se agregan todas las fuentes de financiamiento.

TABLA 8. Ejecución presupuestaria durante 2011, según unidades presupuestarias (en US\$)

UNIDAD PRESUPUESTARIA	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUTADO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
01 Dirección y administración institucional	61,869,387	61,864,385	99.99%
02 Primer Nivel de Atención	130,007,197	129,979,042	99.98%
03 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	253,582,391	251,643,453	99.24%
04 Financiamiento de gastos imprevistos			0.00%
05 Desarrollo de la inversión	34,155,943	19,184,280	56.17%
06 Apoyo a Servicios de Salud Pública-Emergencia Nacional	1,473,696	1,473,684	100.00%
07 Emergencia nacional por la depresión tropical 12 E	7,797,840	7,502,348	96.21%
TOTAL PRESUPUESTO ORDINARIO	488,886,454	471,647,192	96.47%
51 Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud	37,947,019	37,947,019	100.00%
TOTAL PRESUPUESTO ORDINARIO Y EXTRAORDINARIO	526,833,473	509,594,211	96.73%

Fuente: Unidad Financiera Institucional

TABLA 9. Ejecución presupuestaria durante 2011, según principales rubros de gasto (en US\$) ¹

TIPO DE GASTO	PRESUPUESTO MODIFICADO	DEVENGADO	PORCENTAJE DE EJECUCION
Remuneraciones	309,285,136	308,558,173	100%
Medicamentos	59,599,163	58,965,398	99%
Insumos médico-quirúrgicos	28,177,541	27,940,493	99%
Inversión	73,576,658	58,604,983	80%
Otros gastos de funcionamiento	56,194,975	55,525,163	99%
TOTAL	526,833,473	509,594,211	97%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL

1. No se incluye ejecución de recursos propios, fondo de actividades especiales y donaciones extrapresupuestarias

CUENTAS EN SALUD (2002-2011)

El MINSAL, desde 1996, es la entidad responsable de la estimación anual de Cuentas en Salud, mediante la cual se obtiene información relativa al financiamiento y gasto en salud a nivel sectorial, cifras que son reportadas anualmente a la Organización Mundial de la Salud, para su publicación en el Informe Mundial de la Salud.

Entre los indicadores determinados por las Cuentas en Salud, se encuentra el Gasto Nacional en Salud (GNS), que está integrado por el Gasto Público (GpúbS) y el Gasto Privado en Salud (GPrivS). En el componente público, se incluyen las erogaciones reportadas por las instituciones de naturaleza pública que prestan servicios de atención en salud, siendo éstas el Ministerio de Salud y sus entidades adscritas; el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS, régimen de salud); el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM); el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP); y el Comando de Sanidad Militar (COSAM). También se incluyen en este indicador los gastos en salud reportados por otras entidades públicas, gobiernos locales y empresas públicas.

Por su parte, en lo que se refiere al componente privado del gasto en salud, en su estimación se incorporan las compañías de seguros privados que ofrecen coberturas en salud; así como los gastos de bolsillo de los hogares.⁵ Como parte del esfuerzo de divulgación de las Cuentas en Salud, durante 2011, se publicaron tres boletines que contienen los principales indicadores institucionales (2004-2010), nacionales (1996-2010) e internacionales (2008), los cuales se encuentran disponibles en la página electrónica del MINSAL.

A continuación se presentan algunos de los principales indicadores de Cuentas en Salud. Los relativos al año 2011, se encuentran a nivel preliminar.

Gasto Nacional en Salud (2002-2011)

El Gasto Nacional en Salud (GNS), en términos nominales, desde 2002 hasta 2011, ha mostrado una tendencia creciente. Con una tasa de crecimiento de 4.0%, pasando de US\$ 1,097.6 millones en el año 2002, a US\$ 1,563.9 millones en el año 2011 (gráfico 3).

5. Se consideran gastos de bolsillo en salud de los hogares, aquellos que éstos efectúan, en forma directa, ya sea para atender una demanda de salud, a nivel hospitalario o ambulatorio; comprar medicamentos y/o insumos médico-quirúrgicos; y practicarse exámenes diagnósticos.

Respecto a la estructura o composición del GNS, ésta ha experimentado cambios significativos a lo largo del período. De hecho, se pasó de presentar una composición público/privada de 47%-53% en 2002, a una de 63%-37% en 2011. Se observa una mayor importancia relativa del Gasto Público en Salud (GPúbS) dentro del GNS, desde 2005 (gráfico 4). En dicha situación han influido, entre otros factores, la eliminación de las cuotas de pacientes en la red de establecimientos públicos, lo que incide en el gasto directo de bolsillo en salud de los hogares; así como el incremento significativo de recursos financieros de carácter público derivados hacia el sector durante los últimos años.

En relación al GNS como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), éste varió del 7.7% en 2002, al 6.8% del PIB en 2011, siendo su punto más bajo el experimentado durante 2008 (6.2%). Si bien, en términos absolutos, el GNS se incrementó en estos años –como se observa en el gráfico 3–, la razón de su disminución relativa respecto al PIB se explica por la dinámica de crecimiento de esta última variable.

Evolución del Gasto Público en Salud (2002-2011)

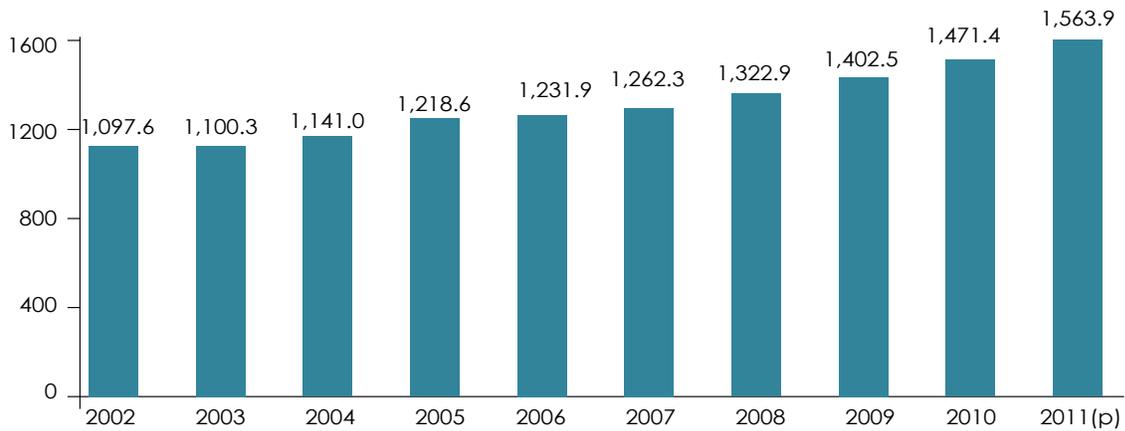
Dada la relevancia del indicador relativo al Gasto Público en Salud (GpúbS)⁶ es importante revisar con mayor detalle su comportamiento en el tiempo, su composición y su relación con otras variables macroeconómicas del país.

La generación del indicador relativo al GpúbS se sustenta en información oficial de carácter contable. Cabe señalar que, gracias al esfuerzo de incorporar la Clasificación Funcional del Gasto Público Social bajo la metodología de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) –un esfuerzo coordinado por la Secretaría Técnica de la Presidencia (STP)–, se mejoró y amplió la información disponible para la obtención del Gasto Público en Salud a partir de la serie 2004-2011. A continuación se detallan los principales resultados.

En la tabla 10 se presenta la estructura del GPúbS,

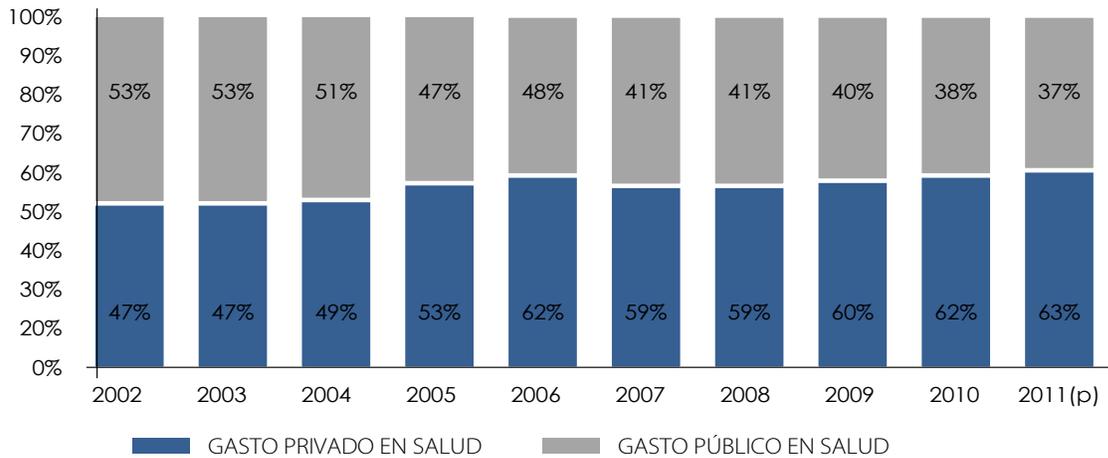
6. El gasto público en salud como porcentaje del PIB es uno de los indicadores de seguimiento para evaluar el cumplimiento de la Cuenta de Reto de Milenio (MCC/FOMILENIO).

GRÁFICO 3. Evolución del Gasto Nacional en Salud en El Salvador 2002-2011 (millones de US \$)



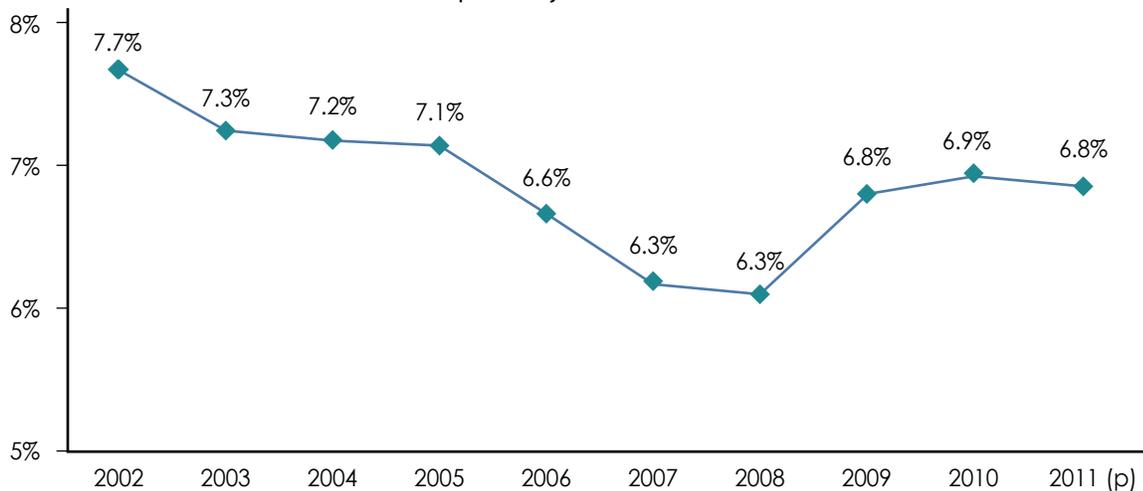
Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL
(p): Cifras preliminares a Abril de 2012

GRÁFICO 4. Estructura del Gasto Nacional en El Salvador



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

GRÁFICO 5. Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB



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

según institución, para el período 2002-2011,⁷ tanto en términos absolutos como en términos relativos.

Como puede observarse, el GPúbS durante el período 2002-2011 ha tenido una tendencia creciente, pasando de US\$ 512.0 millones en 2002, a US\$ 990.0 millones en 2011, lo que ha implicado una tasa de crecimiento del 93.7% en relación al año 2002, con una tasa de crecimiento anual promedio de 7.8%. Las instituciones que tienen un mayor impacto en el GPúbS son el MINSAL y el ISSS. Entre ambas aportaron en el año 2002, el 94% del total de gastos reportados; y, en 2011, el 90%. En el caso específico del MINSAL, sus gastos representaron para 2011, el 54% del GPúbS.

El resto de entidades incluidas dentro del GPúbS, representaron, en conjunto, el 6% en 2002; y, el 10%, en 2011, del total de gastos reportados en este componente.

En el gráfico 6 se presenta el indicador relativo a GPúbS y gasto en salud del MINSAL como porcentaje del PIB. En general, si bien se han presentado descensos en algunos de los años considerados, dada la dinámica propia de variación del PIB, se aprecia una tendencia positiva del Gasto Público en Salud con respecto a dicha variable en el período 2002-2011. De hecho, de 3.6% del PIB en el año 2002, se pasa al 4.3% en 2011.

Por su parte, en lo que se refiere al gasto ejercido por el MINSAL, incluyendo todas las fuentes de financiamiento, se observa que éste pasa del 1.8% del PIB (2002), al 2.3% en 2011. En cuanto al Gasto Público en Salud como porcentaje del Gasto del Gobierno General (GGG),⁸ el indicador pasó del 11.2 % en 2002, al 14.5% en 2011 (gráfico 7), siendo el nivel más alto en 2006 (15.8%).

Gasto en Salud institucional per cápita (2004-2011)

El análisis del Gasto en Salud institucional per cápita (gasto efectuado por cada entidad considerando su población de responsabilidad y/o adscrita), permite identificar el grado de equidad en la distribución de los recursos públicos dentro del sector salud. En el gráfico 8 se presenta el gasto per cápita del MINSAL, ISSS e ISBM para el período 2004-2011. A partir del año

7. Las cifras relativas a 2011, son de carácter preliminar. Es posible que tengan ajustes con la revisión que se hace de las cifras una vez generado el cierre contable de las entidades involucradas y se disponga de la información completa del resto de entidades.

8. El volumen del GGG se extrae del Informe de la Gestión Financiera del Estado/Ministerio de Hacienda, varios años.

2006, se incluye el relativo al COSAM.⁹

Las cifras indican que subyacen condiciones de desigualdad en la distribución per cápita de los gastos institucionales del GPúbS. El MINSAL -institución que potencialmente tiene como responsabilidad atender a la población que carece de algún tipo de aseguramiento en salud- pese al esfuerzo importante realizado en los últimos años por mejorar su financiamiento disponible, para 2011, contaba con sólo \$118 por persona al año. Situación que contrasta con el resto de entidades públicas del sector, cuyo gasto per cápita institucional en algunos casos es cuatro veces superior al estimado para el MINSAL (gráfico 8).

Un análisis similar al anterior, puede hacerse también para el caso de los gastos institucionales dirigidos hacia el rubro de medicamentos (gráfico 9) e insumos médicos quirúrgicos y de laboratorio (gráfico 10).

A pesar del esfuerzo realizado por incrementar el presupuesto para la compra de medicamentos en el MINSAL durante los últimos años, se presentan marcadas diferencias entre las instituciones públicas del sector en el gasto per cápita para este rubro. De hecho, para 2011 el gasto per cápita en medicamentos del MINSAL (\$14) fue menos de la mitad del gasto per cápita del COSAM (\$38); más de tres veces inferior al gasto per cápita del ISSS (\$47); y, once veces inferior al reportado por el ISBM (\$154).

En relación al gasto per cápita institucional en insumos médico quirúrgicos, puede notarse que en el caso del MINSAL, para 2011, éste se duplicó en relación al de 2004 (se pasó de \$3 por persona, a \$7). No obstante, las diferencias son notorias entre las instituciones que conforman el sector salud en su componente público, lo que queda reflejado en el gráfico 10.

Finalmente es preciso indicar que el proceso de estimación de las Cuentas en Salud se ha ido institucionalizando en el MINSAL, permitiendo generar información de éstos y otros indicadores económicos a nivel institucional y sectorial, como instrumento de evaluación y monitoreo de las políticas públicas en salud relacionadas con el financiamiento y el gasto.

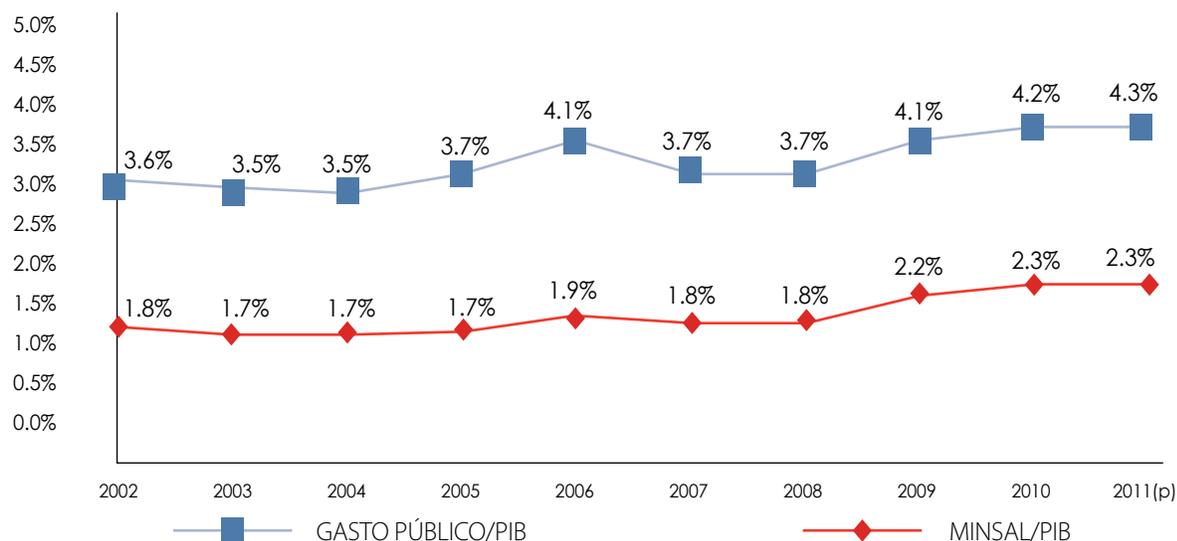
9. Para el caso del MINSAL, se considera como población potencialmente usuaria a toda aquella que no posee ninguna cobertura privada o pública de seguros de salud (alrededor del 76% de la población). En el caso del resto de entidades, se considera como población de responsabilidad a la reportada como adscrita (cotizantes y beneficiarios), en sus respectivos sistemas estadísticos.

TABLA 10. Gasto Público en Salud en El Salvador, según Instituciones, período 2002-2011 (en millones de US \$)

INSTITUCIÓN/AGENTE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011(P)
GASTO PÚBLICO EN SALUD	512.0	520.1	562.4	641.2	763.8	745.5	785.7	845.1	909.7	990.0
MINSAL	251.7	252.6	264.4	295.8	346.6	366.4	391.3	449.4	493.6	532.7
ISSS	227.8	223.2	243.0	293.0	361.5	321.9	322.9	317.2	333.9	356.1
ISBM	15.9	27.2	27.7	25.3	22.3	22.4	29.1	28.6	34.1	50.1
COSAM	16.6	17.0	17.4	17.8	16.0	15.7	16.3	17.2	19.2	19.2
CSSP			1.8	1.4	1.6	1.9	2.0	2.2	2.5	2.7
Otras entidades públicas			6.5	4.1	6.5	5.9	10.0	14.1	4.8	5.0
Gobiernos locales			1.5	3.8	2.8	3.6	5.3	5.0	8.6	11.9
Empresas públicas					6.4	7.9	8.8	11.4	13.1	14.0
En porcentajes										
GASTO PÚBLICO EN SALUD	100%									
MINSAL	49%	49%	47%	46%	45%	49%	50%	53%	54%	54%
ISSS	44%	43%	43%	46%	47%	43%	41%	38%	37%	36%
ISBM	3%	5%	5%	4%	3%	3%	4%	3%	4%	5%
COSAM	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
CSSP			0.3%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%
Otras entidades públicas			1%	1%	1%	1%	1%	2%	1%	0%
Gobiernos locales			0.3%	1%	0.4%	0.5%	0.7%	0.6%	0.9%	1.2%
Empresas públicas					1%	1%	1%	1%	1%	1%

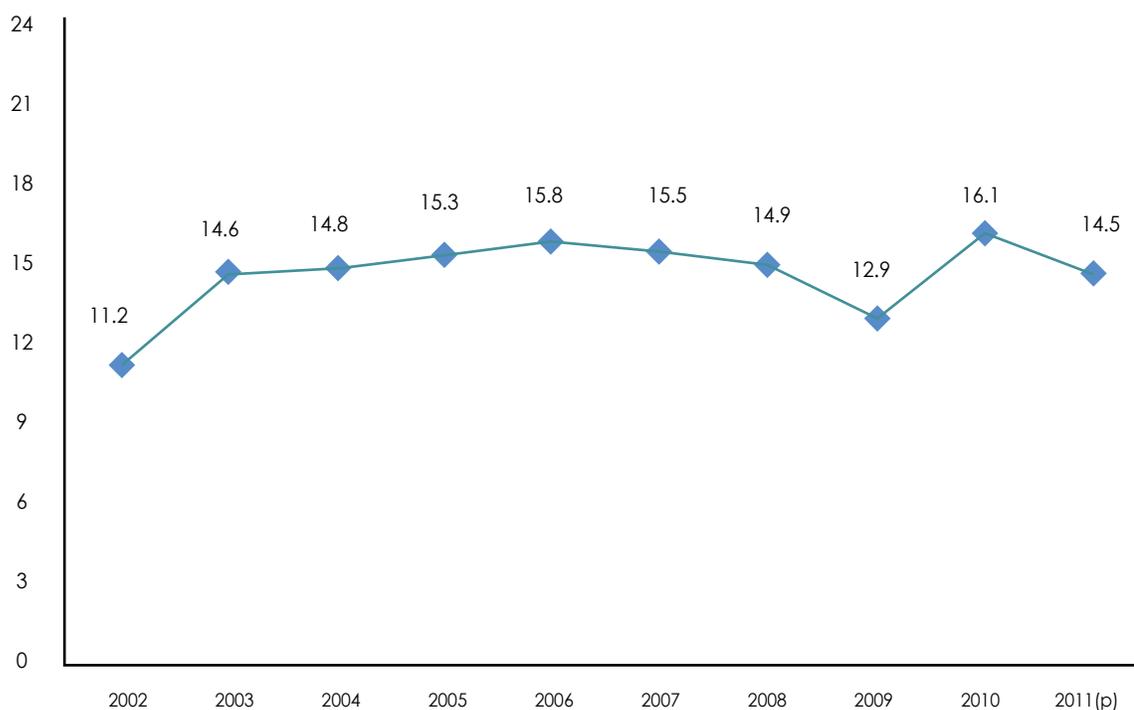
Fuente: Estimación de cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL.
(p): cifras preliminares a abril 2012

GRÁFICO 6. Gasto Público en Salud y del MINSAL como porcentaje del PIB (2002-2011)



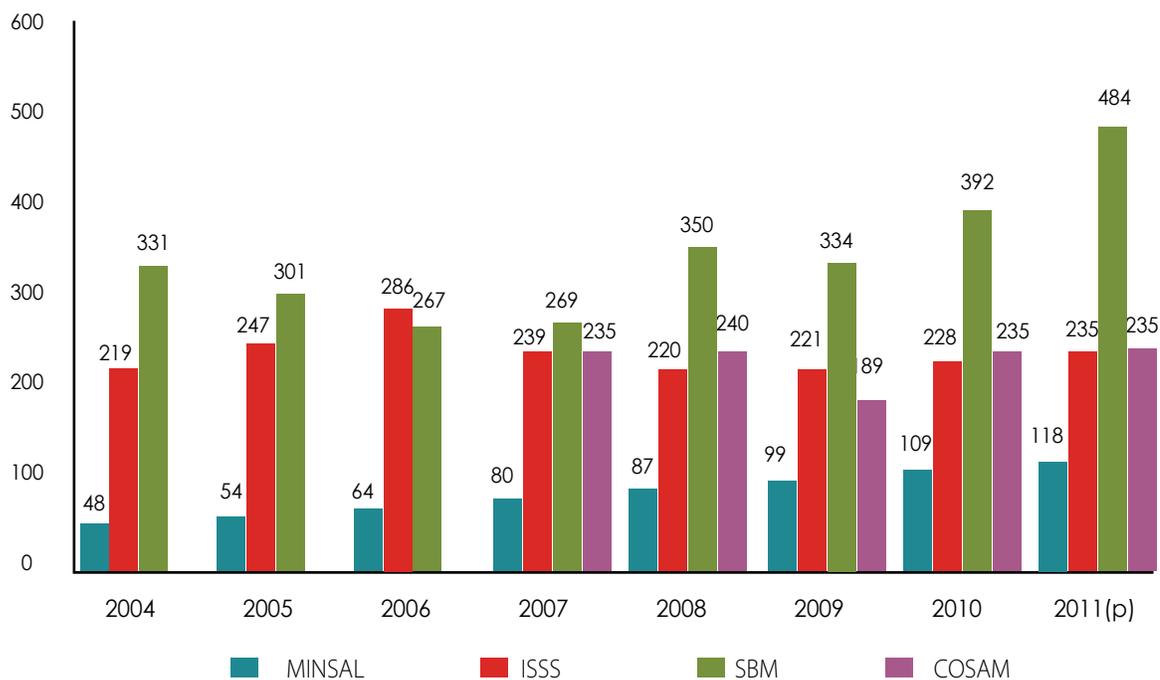
Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

GRÁFICO 7. Gasto Público en Salud en relación al Gasto del Gobierno General (en porcentajes)



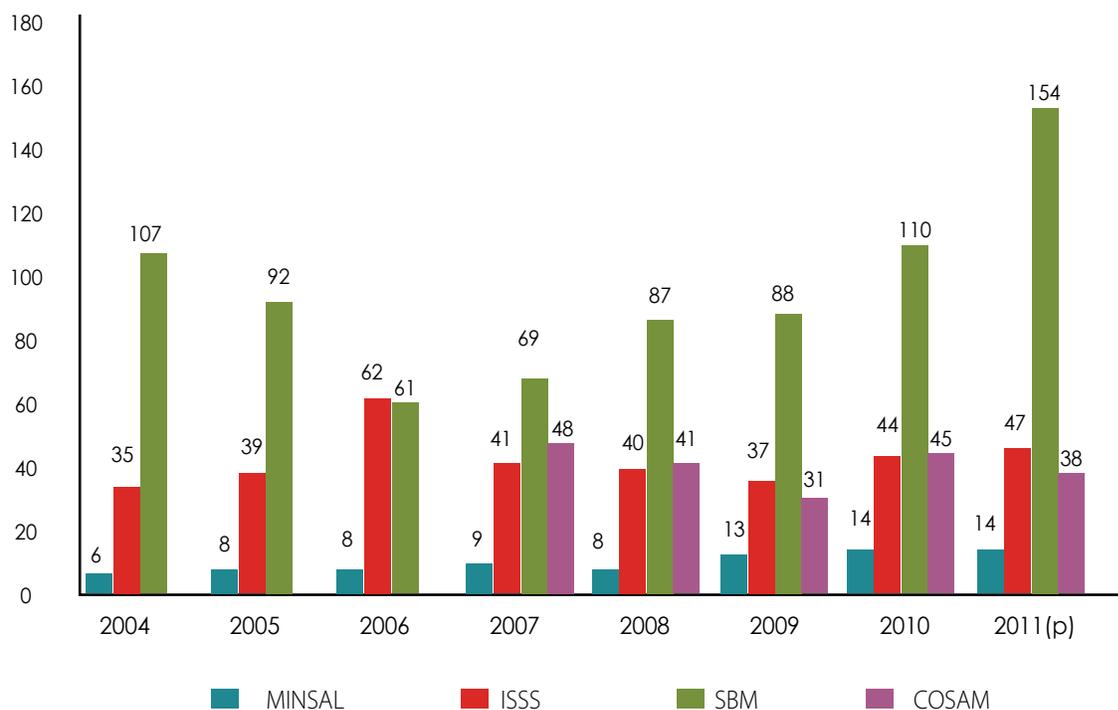
Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

GRÁFICO 8. Gasto en Salud institucional per cápita (en US \$)



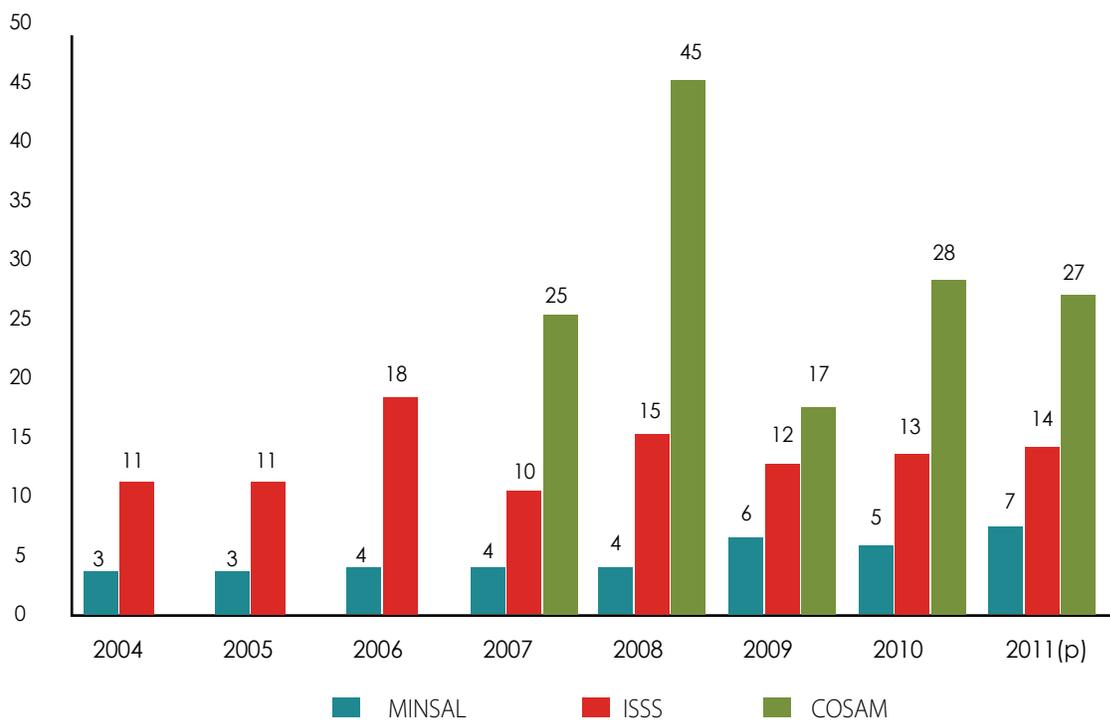
Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

GRÁFICO 9. Gasto per cápita en medicamentos (en US \$)



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

GRÁFICO 10. Gasto per cápita en medicamentos (en US \$)



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

CAPÍTULO 4



En el desarrollo de infraestructura sanitaria hay avances sustanciales, que responden a la implementación de la Reforma de Salud. De hecho, la Reforma de Salud conlleva la mejora de los establecimientos y el cumplimiento de la normativa sanitaria, para brindar servicios con calidad y calidez a toda la población.



DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA SANITARIA



PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Por más de tres décadas, la infraestructura sanitaria sufrió deterioro en cada evento natural. La falta de mantenimiento ha ocasionado que los espacios no presenten las mejores condiciones, el hacinamiento en los servicios y el equipo médico obsoleto.

A partir de junio de 2009, las medidas y criterios para intervenir la infraestructura responden al enfoque de Atención Primaria de Salud Integral, que fortalece los tres niveles de atención. El MINSAL ha capitalizado todos sus recursos. Ha fortalecido y desarrollado capacidades técnicas de carácter multidisciplinario, combinado diferentes áreas (medicina, ingeniería, arquitectura y biomedicina) para obtener los resultados esperados, en un trabajo de equipo.

Por su parte, los proyectos continúan su ejecución con diferentes fuentes de financiamiento. Para la ejecución de los proyectos con fondos PEIS e IDA, durante el año 2011, los fondos IDA fueron incorporados al presupuesto en el mes de abril 2011. Posteriormente fueron congelados en julio de ese mismo año y no se realizaron tres UCSF Especializadas, que se encuentran en proceso de aprobación en el Ministerio de Hacienda. Otro valladar ha sido la escrituración para legalizar los terrenos de establecimientos de salud. Sin embargo, se ha avanzado sustancialmente permitiendo continuar con los procesos de licitación.

La infraestructura y el equipo de los establecimientos de salud sufrieron daños en octubre de 2011 por la Tormenta Tropical 12 E. La Dirección de Desarrollo de Infraestructura Sanitaria formó parte de la Comisión Técnica Sectorial de Salud (CTSS). Le correspondió la coordinación de visitas, para la evaluación y monitoreo a los establecimientos de salud. Se activó equipos de trabajo multidisciplinarios (médicos salubristas, arquitectos, ingenieros civiles y biomédicos) que cuantificaron los daños de acuerdo a la Metodología CEPAL.

De la evaluación final se obtuvieron 257 establecimientos con daños leves, moderados y severos (19 hospitales y 238 UCSF); el 42% del total de establecimientos a nivel nacional. Para reconstruirlos y sustituir el equipo dañado se requieren, aproximadamente, 22.1 millones de dólares.

Rehabilitación de establecimientos de salud del primer nivel de atención con fondos PEIS

El proyecto comprende la rehabilitación, reparación, ampliación y adquisición de equipo para 105 UCSF, distribuidas en las cinco regiones del país.

Se inició en marzo de 2010, para ejecutar en tres años de la siguiente manera: 24 en la Región Metropolitana, 24 en la Región Oriental, 13 en la Región Central, 24 en la Región Occidental y 20 en la Región Paracentral.

Para obtener la meta propuesta el plan de trabajo se dividió en tres etapas:

- a. Elaboración de toda la pre-inversión, para ello se han organizado grupos multidisciplinarios de ingenieros, arquitectos, médicos, biomédicos;
- b. Realizar el proceso de licitación a través de la UACI Institucional con aplicación de LACAP;
- c. Ejecución de la obra hasta su conclusión.

Se ha ejecutado el 63% del total: 25 UCSF y 17 en ejecución, así como la adquisición e instalación de equipo en 29 UCSF. En proceso de licitación se encuentra la adquisición de equipamiento para 65 UCSF, alcanzando el 90 % para dotar de equipamiento a todos los establecimientos de salud.

El financiamiento con PEIS ha permitido desarrollar las UCSF Intermedias y Especializadas con ambientes para la atención en consulta de medicina ge-

TABLA 1. Fuentes de financiamiento de proyectos del MINSAL

Fondos PEIS	
Por \$63.8 millones de dólares incluyen 109 proyectos entre los cuales destacan: reconstruir, rehabilitar y construir 105 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF); rehabilitar y reconstruir 3 hospitales y construir 1 hospital. Dichos proyectos fueron aprobados por la Asamblea Legislativa mediante el Decreto No. 180.	
Fondos IDA	
Por \$ 8.5 millones de dólares, aprobados a través de una declaratoria de emergencia nacional, para reconstruir, habilitar y equipar 33 establecimientos de salud, por los daños provocados por la Tormenta IDA.	
Fondos ITALIA-GOES	
Por \$ 2, 510,340.70, para atender el mejoramiento funcional del Hospital Nacional de Chalchuapa y desarrollo de la RIISS de Santa Ana.	
Fondos BCIE-GOES	
Por \$ 41 millones de dólares para ejecutar el Proyecto Hospital Nacional de Maternidad.	
Fondos BIRF-GOES	
Continuidad al Proyecto de Reconstrucción de Hospitales por Emergencia de los Terremotos y Extensión de Servicios de Salud (PRHESSA).	
Fondos BID	
Por \$ 13 millones de dólares para el área de infraestructura del Programa Integrado de Salud, para la construcción de UCSF, que incluye rehabilitar 18 establecimientos dañados por la DT12E.	
Fondos FISDL	
A través del Programa Comunidades Solidarias, por más de \$6 millones de dólares para atender la construcción de 43 UCSF en 4 regiones.	
Fondos Japón	
Por \$428,000.00 para atender la construcción de módulos especializados en la Región Central y Oriental y en el Hospital San Francisco Gotera.	
Fondos Luxemburgo	
Por \$ 850,000.00 para la construcción y equipamiento de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Barrios San Miguel.	
Fondos China-Taiwán	
Por \$3.3 millones de dólares para la construcción, remodelación de áreas de patología de los Hospitales Rosales y San Juan de Dios de Santa Ana.	
Fondos USAID	
Por \$6.8 millones de dólares para rehabilitar y reconstruir 14 establecimientos de salud, dañados por la Tormenta IDA, en las zonas Paracentral y Oriental.	
PROYECTOS CONCLUIDOS EN ESTE PERIODO	PROYECTOS EN EJECUCIÓN
\$4, 685,956.69	\$4, 561,450.24

neral, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, psicología, nutrición, odontología, fisioterapia, así como en las áreas de tratamiento tales como terapia respiratoria, rehidratación oral, vacunación, inyecciones y curaciones. Se incluyen servicios de apoyo como laboratorio clínico, esterilización, saneamiento ambiental o promoción de la salud. En todos los establecimientos se ha cumplido con la normativa sanitaria, construyendo casetas y celdas para desechos bioinfecciosos y comunes. En el sistema hidráulico se construyen cisternas o se instalan tanques de agua y

en el eléctrico, se utiliza dispositivos ahorradores de energía.

Para su eficaz funcionamiento, las UCSF se dotan de equipo médico, así como mobiliario clínico y de oficina: equipos de ultrasonografía, electrocardiografía, sillón y equipo de rayos X odontológico o equipo informático para el establecimiento de la red de datos. Entre las UCSF Especializadas, ya concluidas, se encuentran la de San Antonio Abad, San Miguelito de San Salvador y la Palma de Chalatenango.

TABLA 2. Proyectos ejecutadas (total ejecutado: US\$4, 685,956.69)

N.º	PROYECTOS CONCLUIDOS	MONTO (US\$)	FINALIZACIÓN CON PRÓRROGA	TIEMPO DE EJECUCIÓN
1	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de Verapaz, departamento de San Vicente	484,900.00	9/9/2011	180 días
2	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de Rosario de Mora, San Salvador	223,168.42	7/6/2011	90 días
3	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud San Antonio Pajonal, Santa Ana	313,159.50	18/7/2011	150 días
4	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Tonacatepeque, San Salvador	227,741.20	30/6/2011	90 días
5	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador	278,000.00	15/6/2011	90 días
6	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Montserrat, San Salvador	184,703.68	20/7/2011	90 días
7	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Las Chinamas, Ahuchapán	240,000.00	31/8/2011	120 días
8	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de La Palma, Chalatenango	176,175.00	22/6/2011	90 días
9	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Azacualpa, Chalatenango	106,571.44	6/7/2011	90 días
10	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de El Palmar, Santa Ana	240,000.00	1/9/2011	90 días
11	Construcción, Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Belen Guijat, Santa Ana	198,226.97	21/8/2011	90 días

N.º	PROYECTOS CONCLUIDOS	MONTO (US\$)	FINALIZACIÓN CON PRÓRROGA	TIEMPO DE EJECUCIÓN
12	Construcción, ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de San Ramon, Cuscatlan	141,920.35	26/8/2011	90 días
13	Construcción, ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de El Congo, Santa Ana	201,255.45	31/8/2011	90 días
14	Construcción, ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Cuyultitan, La Paz	209,963.16	22/12/2011	120 días
15	Construcción, ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de San Jose Guayabal, Cuscatlán	162,471.40	11/9/2011	90 días
16	Construcción, ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de San Juan Las Minas, Santa Ana	185,130.05	22/11/2011	90 días
17	Construcción, ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de San Miguelito, Santa Ana	213,548.97	6/12/2011	90 días
18	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de San Matías, departamento de La Libertad	325,008.63	10/2/2012	150 días
19	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de El Molino, Usulután	349,939.15	6/3/2012	120 días
20	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de El Faro, departamento de La Unión.	309,083.88	EN TIEMPO	150 días
21	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud San Pablo Tacachico, La Libertad	108,816.24	EN TIEMPO	90 días
22	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud San Rafael Obrajuelo, La Paz	112,985.40	EN TIEMPO	90 días
23	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud Oratorio de Concepción, Cuscatlán	128,313.17	7/4/2012	90 días
24	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud Las Placitas, Chinameca, San Miguel	154,799.65	10/4/2012	90 días
25	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud Carolina , Jutiapa	44,874.63	08/3/2012	90 días

Fuente: MINSAL

TABLA 3. Proyectos en ejecución (total en ejecución: \$ 4, 561,450.24)

N.º	PROYECTO	MONTO (US\$)	ORDEN DE INICIO	AVANCE
1	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud La Libertad, departamento de La Libertad	1,158,000.00	07/6/2011	43%
2	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de San Sebastián Salitrillo, Santa Ana	201,633.19	13/7/2011	87%
3	Construcción, ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Tepetitán, San Vicente	89,163.11	11/7/2011	60%
4	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de La Parada, Santa Ana	222,942.78	05/7/2011	74%
5	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de Uluazapa, departamento de San Miguel	321,513.88	07/11/2011	76%
6	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud Santa Lucía Ilobasco, Cabañas	108,920.41	12/12/2011	35%
7	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud San Rafael, departamento de Santa Ana	252,250.45	15/12/2011	99%
8	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de Guadalupe, San Vicente	349,102.08	12/12/2011	50%
9	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de bobadilla, San Alejo, departamento de La Unión	328,481.14	17/1/2012	27%
10	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud Sensuntepeque, departamento de Cabañas.	146,883.38	02/2/2012	52%
11	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud El Piche, La Unión	88,495.20	09/2/2012	67%
12	Construcción y equipamiento de la Unidad de Salud de Tamanique, departamento de La Libertad.	236,169.95	15/2/2012	33%

N.º	PROYECTO	MONTO (US\$)	ORDEN DE INICIO	AVANCE
13	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud La Hachadura, San Fco. Menéndez , Ahuchapán	195,565.46	16/2/2012	14%
14	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Sitio del Niño, La Libertad	188,609.79	22/2/2012	34%
15	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de la Playa, departamento de La Unión	178,623.51	21/2/2012	13%
16	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Santa Lucía, departamento de Santa Ana.	194,095.91	20/2/2012	21%
17	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de la Unidad de Salud de Chalatenango, Chalatenango.	301,000.00	05/3/2012	11%

Fuente: MINSAL

Infraestructura sanitaria dañada por la tormenta IDA

La tormenta IDA ocasionó muchas pérdidas en la infraestructura sanitaria. Se aprobaron fondos IDA para reparar, ampliar y adquirir equipos de 33 establecimientos de salud dañados. Se complementaron con fondos PEIS. Este proyecto inició en marzo de 2010 y ha beneficiado a la población salvadoreña afectada por la tormenta.

Con estos fondos, el logro más importante fue ejecutar la construcción y equipamiento de la UCSF Especializada de Verapaz.

Se comenzó también la construcción de la UCSF Especializada del Puerto de la Libertad, la Construcción de los Muros del ISRI, la rehabilitación del Hospital Nacional de San Bartolo y la dotación de equipo en 6 UCSF ubicadas en el zona del Bajo Lempa.

En ejecución \$1,050,000.00 fondos IDA.

Unidades Comunitarias de Salud Familiar con fondos BID

Dentro del Programa Integrado de Salud (PRIDES), se ha avanzado en la conclusión de 13 diseños de UCSF. Se están concluyendo las obras en las UCSF-Básica

del Caserío Los Hernández, Municipio de Tejutla, Chalatenango y el Cantón Tunalmites, Municipio de Izalco, Sonsonate.

Se encuentra en ejecución, con un avance del 80%, la reparación de la infraestructura de 17 establecimientos de salud que fueron dañadas por la DT12E.

En ejecución \$2,113,668.82, fondos BID

Unidades Comunitarias de Salud Familiar, con fondos FISDL

En apoyo a la Reforma de Salud, a través del programa de Comunidades Solidarias Rurales administrado por FISDL y financiado por la Cooperación de la Junta de Andalucía, se construirán 26 UCSF-Básicas y 1 UCSF- Intermedia, ubicadas en las Regiones Paracentral y Oriental. En el periodo que se reporta se han elaborado los perfiles de proyectos, la legalización de los terrenos y todo el trabajo de pre inversión.

De igual forma con fondos GOES, se construirán 10 UCSF-Básicas ubicadas en las regiones Central, Occidental, Paracentral y Oriental. Con la Cooperación Alemana KfW, 6 UCSF-Básicas ubicadas en la región Paracentral, Oriental y Occidental. Por la estrecha comunicación entre el MINSAL y el FISDL, los avances han sido significativos en la incorporación de los programas médicos funcionales y arquitectó-



nicos para la implementación del nuevo modelo de atención que desarrolle satisfactoriamente la formulación de carpetas técnicas. Esto permitirá iniciar la ejecución de las obras a partir del segundo semestre de 2012.

Uno de los logros más importantes es haber iniciado el proceso de licitación para el Proyecto: “Construcción y Equipamiento de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada de Nuevo Amanecer de Jiquilisco” en el Bajo Lempa. Se centrará en la atención y tratamiento a los pacientes con enfermedades renales.

En ejecución \$6, 912,205.02, Fondos FISDL

Unidades Comunitarias de Salud Familiar, con fondos Japón

Se construyeron tres módulos en las UCSF-Especializadas de Dulce Nombre de María, Guarjila, Anamorós. Actualmente se encuentra en proceso de licitación para ejecutar la remodelación y ampliación del Centro Obstétrico y del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

Unidades Comunitarias de Salud Familiar con fondos Luxemburgo

Actualmente se encuentra en ejecución la UCSF- Especializada de Ciudad Barrios con avance del 80%.

Mejoramiento de los servicios de Patología con fondos China-Taiwán

Para la primera fase, se ha avanzado en el cumplimiento del Plan Operativo Anual y se ha contratado a las empresas que ejecutarán las obras. La fase corresponde a la construcción y remodelación de áreas de patología y al equipamiento de los Hospitales Rosales y San Juan de Dios de Santa Ana. La adquisición de equipo se encuentra en proceso de licitación. Para la segunda fase, que es para la construcción y remodelación de las áreas de Patología de los Hospitales Nacionales de Zacamil y Benjamín Bloom, se realiza la formulación de las carpetas técnicas.

Reconstrucción y rehabilitación de establecimientos de salud con fondos USAID

El Convenio para ejecutar este proyecto fue activado desde el mes de junio de 2011. Es coordinado por la Secretaria Técnica de la Presidencia y Relaciones Exteriores. El MINSAL presentó todos los perfiles, con base en los daños ocasionados por la Tormenta IDA, en las 14 UCSF de la zona Paracentral y Oriental.

AID ha contratado la empresa que será responsable del diseño y la construcción y/o reparación de las UCSF. Se ha avanzado en el diseño de Santa Lucía Orcoyo de Olocuilta, La Paz; San Idelfonso de San Vicente y Jerusalén de San Pedro Perulapán, Cuscatlán.

RED HOSPITALARIA

Durante este periodo se concluyó la reconstrucción del Hospital Santa Teresa de Zacatecoluca. En la región occidental se concluyó la infraestructura con la ampliación y mejoramiento del Hospital Nacional de Chalchuapa. En la región Metropolitana se inició la ejecución de la Consulta Externa del Hospital Nacional Bloom, el edificio de servicios de apoyo y Diagnóstico del Hospital Nacional Neumológico y la construcción del Hospital Nacional de Maternidad. La inversión para estos hospitales ha alcanzado un valor de \$ 71.2 millones de dólares.

Se concluyó el Proyecto Reconstrucción de Hospitales por Emergencia de los Terremotos y Extensión de Servicios de Salud (PRHESSA), comprendido en el Convenio de Préstamo BIRF 7084-ES, con el Banco Mundial, que tenía previsto finalizar el 30 de abril de 2007, su última ampliación de plazo fue el 30 de junio de 2011. El logro más importante de este periodo fue la finalización del Hospital de Zacatecoluca, que se recibió inconcluso, con registro de obra y equipo propio del inmueble pagado y sin ejecutar, con problemas legales por las demandas de arbitraje. Esta obra se reactivó con la aprobación del Plan de acción por el Banco Mundial.

Se beneficiaron más de 300,000 habitantes en la zona Paracentral, con servicios de emergencia, centro obstétrico, centro quirúrgico, pediatría, gineco-obstetricia, consulta externa, medicina general, imagenología, central de esterilización, albergue para madres, morgue, residencia de médicos, así como oficinas administrativas y de apoyo. Fueron dotados de equipo especializado como Unidad Radiográfica con Fluoroscopio Digital, Unidad Radiográfica Digital, Unidad Radiográfica para Mamografía, lámparas y mesas quirúrgicas, equipos de Endoscopia, Laparoscopia, maquinas de anestesia, monitores de signos vitales, equipo para laboratorio clínico, cajas de

Instrumental médico, Incubadoras, Cunas Térmicas y Fototerapias, Esterilizador a vapor, Cámara refrigerante para cadáveres y mobiliario clínico.

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

El proyecto finalizó la etapa de infraestructura, cuyos espacios fueron intervenidos tal como se estableció en el Convenio entre la República de Italia y el Gobierno de El Salvador. Se remodelaron y ampliaron los servicios de Emergencia, Centro Quirúrgico y Obstétrico, Ginecología, Pediatría y Neonatología. La adquisición e instalación de equipo en el Centro Quirúrgico fue completa y, en proceso de licitación, la adquisición del equipamiento para fortalecer la atención en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y las sub-especialidades de Neonatología y Ortopedia. La adquisición de equipamiento para las áreas de cirugía y partos, por un monto de \$339,387, persigue mejorar la atención, calidad y condiciones de los pacientes de estas áreas. Sustituye equipos que tenían entre 20 y 30 años de uso y optimiza la fluidez de los diferentes procedimientos, reduciendo los tiempos de espera de atención por fallas en los equipos.

Se ha dotado de: 2 Mesas quirúrgicas para cirugía mayor, 1 Mesa quirúrgica para cirugía menor, 2 Mesas para partos, 2 Cunas térmicas, 2 Lámparas cielíticas para cirugía mayor, 5 Lámparas cielíticas para cirugía menor, 2 Máquinas de anestesia de tres gases, 1 Incubadora de transporte con ventilador, 3 Monitores de signos vitales, 2 Desfibriladores, 1 Monitor materno fetal sencillo.

En ejecución \$2, 510,340.70, fondos Italia-GOES.



Construcción y equipamiento consulta externa del Hospital Nacional Benjamín Bloom

Este proyecto comprenderá 80 consultorios de especialidades como cardiología, oftalmología, urología, gastroenterología, neumología, odontología, otorrinolaringología, cirugías pediátricas, ortopedia y áreas de procedimiento. Incluye la dotación de equipo médico hospitalario, financiado con fondos de PEIS. Se inicio a partir de julio de 2011. Se preveía concluirlo en agosto de 2012. Actualmente, tiene un avance físico del 26 %; pero la empresa constructora se ha declarado sin financiamiento para concluirlo, por lo que el MINSAL ha tomado las medidas legales de acuerdo al contrato.

En ejecución \$6, 444,477.49, fondos PEIS.



Construcción y equipamiento del edificio de servicio de apoyo y diagnóstico en el Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña

Este proyecto comprenderá los servicios de apoyo y diagnóstico de radiología, laboratorio clínico, fisiología pulmonar, broncología y farmacia. El proyecto comprende la dotación de equipo médico hospitalario y tendrá un valor total de \$ 6, 027,460. Es financiado con fondos del PEIS. Se inicio en agosto de 2011. Tiene un avance físico del 43 %.

En ejecución \$ 6, 027,460, fondos PEIS.



Construcción y equipamiento de Hospital Nacional de Maternidad

La construcción del Hospital se inició el 8 de diciembre de 2011, con la fase de Terracería. Se obtuvo la aprobación de un préstamo por \$41 millones de dólares con el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y ratificado por la Asamblea Legislativa en mayo de 2010. Para ejecutarlo hubo que cumplir condiciones previas exigidas por BCIE: la validación de los estudios mediante del FOSEP, la realización de los trámites para obtener los permisos correspondientes ante MARN, OPAMSS, SECULTURA, ANDA, DELSUR, CUERPO DE BOMBEROS, VMDV-MOP, CAPRES, CNR y el trámite ante la Alcaldía Municipal de San Salvador para declarar el proyecto de interés social. Las licitaciones se planificaron en tres fases bajo los criterios de: cumplimiento de normativa BCIE; libre competencia; garantía de los principios de economía, eficiencia y transparencia; contrata-

ción bajo la modalidad de precios unitarios. Las licitaciones se identificaron como: fase de terracería, construcción obra n.º 1 y construcción obra n.º 2. Se añade, adicionalmente, el Concurso de la Supervisión Externa.

Una vez cumplidas estas condiciones, en marzo de 2011, se inició el proceso de licitación para las obras del hospital. En la primera convocatoria, fue declarada desierta. En el mes de julio se realizó una segunda convocatoria y se iniciaron las obras a partir del 8 de diciembre, con la fase de terracería. El 15 de febrero de 2012 se inició la obra n.º 2, que corresponde a la construcción del edificio de Consulta Externa, Morgue y obras exteriores. A partir del 7 de marzo de 2012, se inició la obra n.º 1, que comprende los edificios de hospitalización y el administrativo. De acuerdo a la programación, el proyecto tendrá una duración de 20 meses y se prevé concluir en el cuarto trimestre de 2013. Con las cuatro empresas contratadas se han comprometido \$ 38,375,590.92, incluido el IVA.

El nuevo hospital se construye bajo el concepto de hospital seguro, y cumpliendo la normativa internacional hospitalaria. Ocupa un área de 28,000 m² distribuidos en 4 edificios: Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, Administrativo, y Morgue. Tendrá una capacidad total de 399 camas, 150 cunas, 31 consultorios médicos, 5 salas de partos, 3 salas de máxima urgencia, 10 quirófanos, áreas de laboratorios, de docencia e investigación, amplias zonas verdes y parqueos. El nuevo Hospital de Maternidad será altamente especializado en: Ginecología y Obstetricia, Atención de Alto Riesgo Obstétrico y Atención Especializada del Recién Nacido.

En ejecución \$ 38,375,590.92, Fondos BCIE-GOES

Construcción y equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Benjamín Bloom

Se realizaron todos los diseños y estudios. Actualmente se encuentra en proceso de licitación la fase de infraestructura. El proyecto comprende la adquisición y contratación de equipo especializado de

última tecnología: 28 incubadoras fijas, 15 equipos de fototerapia, máquina de anestesia de tres gases y columnas cielíticas, entre otros. Las condiciones de la sala de Cuidados Intensivos Neonatales mejorarán sustancialmente ya que las nuevas incubadoras son del tipo auto convertible a cuna térmica, para mantener controlada la temperatura del recién nacido. Todo el proyecto tendrá una inversión de \$4,518,457, fondos del PEIS.

Un logro muy importante en este periodo fue la adquisición de equipo de lavandería y de extracción de última generación. El costo fue de \$720,110.77, fondos PEIS. El Servicio de Lavandería del Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom" comprendió: 4 lavadoras extractoras de ropa de 220 lb, 1 Secador vertical de ropa de 200 lb, 1 Báscula de plataforma a empotrar de 1000 lb, un sistema de extracción con ductería compuesto por 7 extractores, un sistema contra incendios. Este proyecto mejoró la capacidad instalada, incrementando la producción de ropa limpia en un 16%. Con los nuevos equipos y el sistema de extracción y climatización, se han mejorado sustancialmente las condiciones de trabajo y confort del personal que labora en esa área, introduciendo además, un nuevo concepto de ergonomía, que antes no existía, y que disminuye el esfuerzo humano para el manejo de la ropa.

Construcción y equipamiento de Hospital Nacional de La Unión

Durante el año 2011, se realizaron los diseños arquitectónicos y de especialidades a través del FOSEP. Fue concluido en diciembre 2011 y se tiene previsto iniciar el proceso de la licitación en junio de 2012.

Hospital de segundo nivel, con capacidad para 115 camas. Contendrá servicios para Cirugía Ambulatoria, Centro Quirúrgico, Central de Esterilización y Equipos, Centro Obstétrico y Emergencias. También poseerá Imágenes Médicas: Radiología, Mamografía y Ultrasonido; Laboratorio Clínico, Capilla y Albergue de Madres. Beneficiará a más de 156,228 habitantes. El Hospital tendrá un costo aproximado de \$13 millones de dólares, con fuente PEIS.

CAPÍTULO 5



En el marco del primer eje de Reforma, existen 624 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) en todo el país, categorizadas como UCSF Básicas, Intermedias y Especializadas.



REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD



Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) están conformadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud del MINSAL y organizaciones del sector público de salud, que se incorporarán gradualmente. Las RIISS se organizan en: la microrred municipal e intermunicipal, la red departamental, la red regional y la red nacional.

En el marco del cumplimiento del Primer eje de la Reforma de Salud, están funcionando 74 Microredes, 16 Redes en los 14 Departamentos, 5 Redes Regionales y 1 Nacional, donde se articulan los tres niveles de atención.

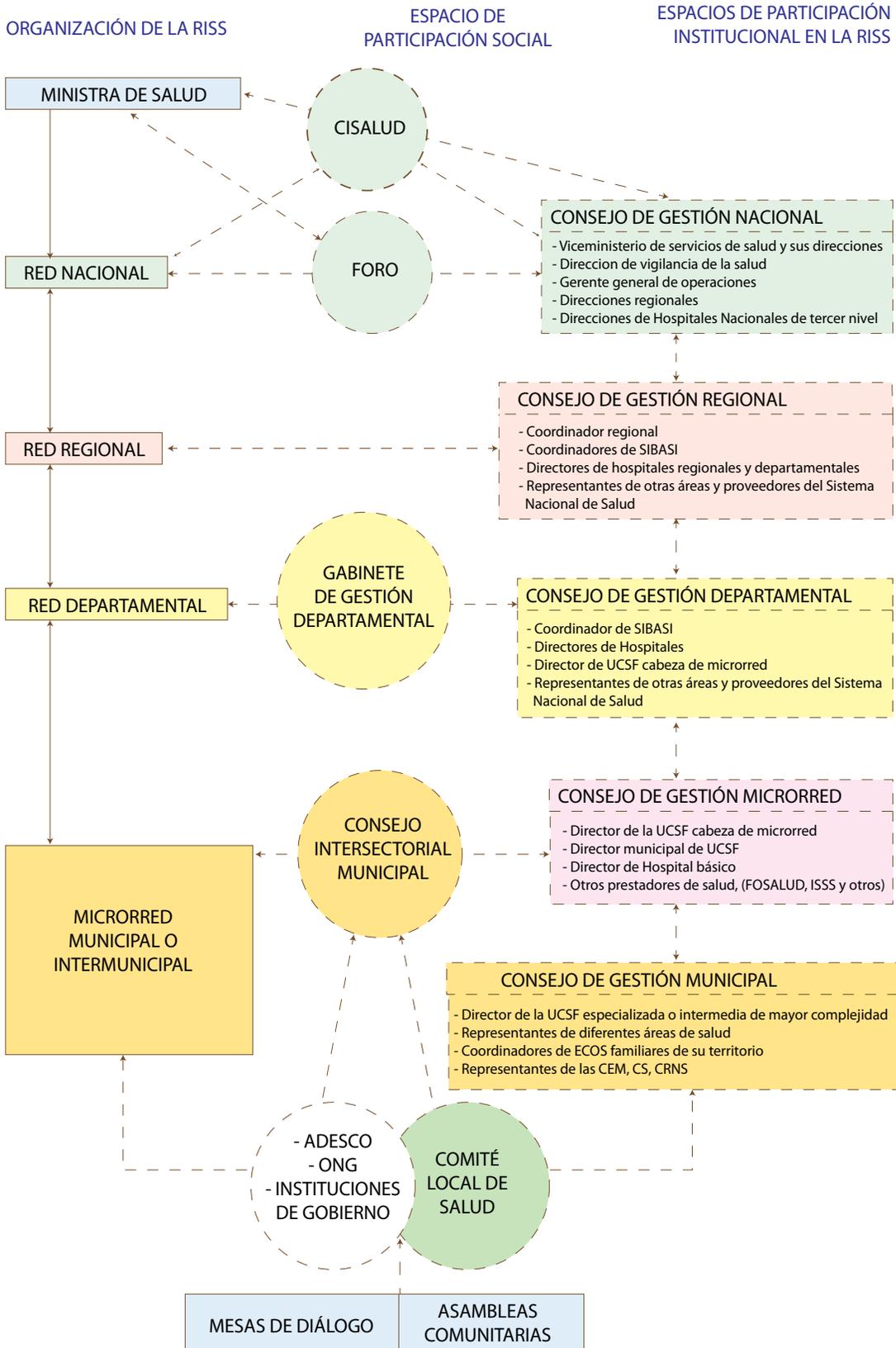
La red sirve para facilitar el acceso a los hospitales de tercer nivel, a través del sistema de referencia, retorno e interconsulta, desde las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básicas. Las redes garantizan la atención a lo largo del ciclo de vida, rinden cuentas por sus resultados y trabajan articuladamente para incidir en las determinantes de la salud, con participación ciudadana e intersectorial.

El trabajo en red permite el conocimiento, la investigación y la resolución de los problemas de salud; por medio de la ejecución de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación.



GRAFICO 1 Organización Funcional de la RIISS

ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SALUD (RIISS)



En el funcionamiento de las RISS, se cuenta con espacios de participación y coordinación, en el nivel local, municipal, departamental, regional y nacional a través de diferentes recursos: los comités locales de salud (con sus mesas de diálogo y asambleas comunitarias), los consejos intersectoriales municipales, el gabinete de gestión departamental, el Foro Nacional de Salud y CISALUD.

Existe además un espacio de coordinación para los prestadores de servicios de salud en los diferentes niveles de atención. La articulación entre lo institucional y la sociedad civil se promueve; mediante los consejos de gestión de la microrred municipal, departamental, regional y nacional. En ellas, se abordan: una atención continua; la prestación integral de servicios salud en el ciclo de vida según el análisis de la situación de salud local; temas estratégicos como la atención de emergencias; la referencia, retorno e interconsulta especializada; la calidad de la atención; así como el abastecimiento necesario y oportuno de medicamentos e insumos; además se han reorganizado y fortalecido las redes de Laboratorio Clínico y el sistema único de información en salud.

Reorganización de las RISS

Antes de junio de 2009, el primer nivel de atención del MINSAL contaba con una capacidad instalada de 377 unidades de salud en todo el país. Su modelo de atención estaba basado en lo curativo y existían, algunos Equipos Móviles Rurales, que ofertaban un paquete básico de servicios de salud materno/infantil con visitas una vez por mes a las comunidades. En el marco del desarrollo del primer eje de la reforma de salud, actualmente se cuenta con 624 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) en todo el país, categorizadas como UCSF Básicas, Intermedias y Especializadas.

Están funcionando 450 Equipos Comunitarios de Salud (Ecos): 422 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados en 153 Municipios, el 58.4% de los municipios del país. Entre los municipios atendidos contabilizamos: 100 municipios de comunidades solidarias rurales; 13 municipios de las comunidades solidarias urbanas; 3 de territorios de progreso y 37 municipios con alta prevalencia en desnutrición. Se atiende 1, 651,796 personas de forma directa con Ecos Familiares y Especializados. El resto de la población se atiende con el modelo antiguo o mediante demanda espontánea.

La red hospitalaria se encontraba en franco deterioro infraestructural, serio déficit de insumos y

medicamentos y obsolescencia de la mayoría del equipo médico e industrial. Tampoco mantenían la definición de los portafolios de servicios por el nivel de complejidad para cada hospital. A la fecha, se ha logrado la construcción, dotación de equipo y recursos humanos para cuatro hospitales: San Miguel, Usulután, San Vicente y Zacatecoluca. Además, se ha trabajado en la reconstrucción y equipamiento de servicios en los siguientes hospitales: Chalchuapa (la Unidad de emergencia, quirófanos, salas de pediatría y ginecología y obstetricia); Saldaña (las áreas de diagnóstico y apoyo tales como patología, laboratorio clínico, farmacia, documentos médicos, fisiología y diagnóstico pulmonar, gimnasio de rehabilitación pulmonar, imagenología y el auditorium); Bloom (el edificio para pacientes quemados, área de lavandería y cocina); Rosales (fortalecimiento de la unidad de emergencia, Unidad de cuidados intensivos, segundo piso del edificio de especialidades, instalación del laboratorio de inmuno-histoquímica); San Bartolo (la consulta externa, emergencia y quirófanos); Metapán (consulta externa); Zacatecoluca y San Rafael (con el área de albergue para madres que tienen sus hijos/as ingresados en dichos centros o para embarazadas en observación); San Miguel (implementación del servicio de nefrología, unidad de Diálisis peritoneal continua, ambulatoria y hemodiálisis que no existía en el hospital, lo mismo que la instalación de la fibrobroncoscopía). Se ha implementado, además, el área de Triage en varios hospitales. (TABLA 1)

En los municipios cubiertos por la Reforma de Salud se desarrolla el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral (APSI), con abordaje de los determinantes sociales, para reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud.

Se han elaborado 105 Análisis de la situación de salud integral, a partir de la ficha familiar y las mesas de diálogo, donde se priorizan los problemas más sentidos por la comunidad. Estos análisis se llevan a la mesa intersectorial municipal y se elabora un plan de intervención anual, cuyo cumplimiento se evalúa en asamblea comunitaria. La intención es facilitar espacios de participación social, con análisis y planificación de acciones intersectoriales, para el abordaje de los determinantes que condicionan la salud de la población. Simultáneamente, los recursos humanos de las RISS, hacen esfuerzos para mejorar el clima organizacional y construir una cultura de trabajo en



TABLA 1. Comparación de la implementación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados, años 2009-2012

CONCEPTO	JUNIO 2009	MAYO 2012
Municipios intervenidos con la Reforma de Salud	0	153
Población atendidas con Ecos Familiares	0	1,651,796
Familias atendidas	0	345,538
Ecos Familiares instalados	0	422
Ecos Especializados instalados	0	28

Fuente: Registros MINSAL

TABLA 2. Dotación de recursos humanos para las RISS, comparación 2009-2011

CONCEPTO	2009	2011
Recursos humanos Primer Nivel de Atención*	7,724	10,300
Recursos humanos hospitales*	13,340	14,910

Fuente: Registros MINSAL

* No se incluye el personal de FOSALUD que opera en las instalaciones del Primer Nivel de Atención y hospitales.

equipo y de servicio. El abordaje técnico a nivel comunitario debe respetar las diferencias y la diversidad social, étnica, cultural, religiosa y de género.

Para la implementación del modelo de atención se conformaron los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y Ecos Especializados. Los primeros constituyen la puerta de entrada al sistema público de salud y están integrados por: un(a) médico(a), un(a) enfermero(a), un(a) auxiliar de enfermería, promotores(as) de salud (que varían en dependencia de la población nominal a cargo) y un(a) polivalente. En el área rural los Ecos Familiares tienen la responsabilidad, en promedio, de 3,000 habitantes y, en el área urbana, 9,000 habitantes.

El primer nivel de atención ha incrementado su dotación de recursos humanos en 2,576 plazas desde 2009; mientras que los hospitales han incrementado su dotación de recursos humanos en 1,570 plazas. Para el funcionamiento de las RISS, el incremento de la planta de recursos humanos, en el último año, ha sido de 610, 300 de ellos en hospitales como médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud. La mayor parte, ha servido para reforzar las áreas de Ginecología-obstetricia y pediatría; mientras que el resto disminuyen los tiempos de espera en consulta externa y cirugía (gráfico 2).

Se ha dotado a hospitales, como el Rosales, con más de 200 recursos de enfermería para fortalecer las áreas de la segunda planta del hospital de especialidades, que alberga a pacientes con patología renal y Hematooncológica. Se fortaleció el área de Cuidados Intensivos y otras especialidades y 310 nuevos recursos humanos sirvieron para fortalecer los Ecos Familiares y Especializados.

Más de 600 empleados de hospitales, que ganaban menos de \$300 dólares mensuales, se les nivelaron a esa suma. Por otra parte, se trasladó a más del 65% de los trabajadores que estaban contratados bajo la modalidad de servicios profesionales, a la ley de salarios y contrato GOES para que gocen de todas las prestaciones a las que tiene derecho un trabajador.

La reorganización de los servicios de salud en el área hospitalaria ha continuado. En relación a la gestión de calidad, en 2011, se ha categorizado a los hospitales en: Básicos, Departamentales, Regionales y Especializados; con su respectivo portafolio de servicios.

Para el logro de esta meta, en este año, se han realizado diferentes acciones:

- i. Brindar una atención estandarizada, priorizando las principales morbilidades de atención ambulatoria y egresos de acuerdo a los perfiles epidemiológicos. Estos 7 grupos

de especialistas de los tres niveles de atención en diferentes instituciones elaboraron y validaron las Guías Clínicas de Atención en pediatría, cirugía pediátrica, psiquiatría, medicina interna, cirugía general, ortopedia y Gineco-obstetricia.

- ii. Elaboración de los lineamientos, que incluyen el conjunto de prestaciones por nivel de atención. También se trabajó en la estandarización del Listado Oficial de Medicamentos según la categoría hospitalaria.

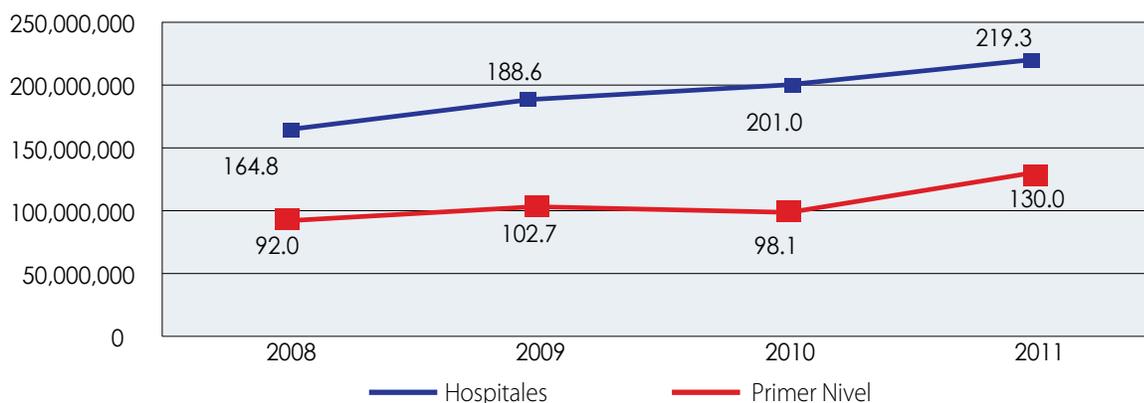
El presupuesto devengado para el funcionamiento de las RIISS incluye fondo general, préstamos externos

y fondos propios. El presupuesto para el Primer Nivel de Atención se ha incrementado en \$38 millones al comparar el año 2008 con el 2011 (aproximadamente el 41%) y en hospitales \$54,5 al comparar el mismo periodo (aproximadamente el 33% de incremento).

Desconcentración de la consulta general de los hospitales

En el marco de la Reforma de Salud y con el objetivo de optimizar la atención especializada, se ha continuado el proceso de desconcentración de la atención de consulta médica general que se daba en las consultas externas de los hospitales. Con el objetivo de resolver en cada nivel la complejidad que le

GRÁFICO 2 Presupuesto devengado por año hospitales y Primer Nivel de Atención



Fuente: MINSAL

corresponde, esta desconcentración se ha realizado en cinco hospitales: San Francisco Gotera, Jiquilisco, Suchitoto, Usulután y San Bartolo.

Los Ecos Familiares han dispensarizado 1,651,796 personas, proceso que consiste en estratificar la población en cuatro grupos dispensariales: Grupo I supuestamente sano, Grupo II: con factor de riesgo, Grupo III con enfermedad, Grupo IV con discapacidad. Para darle un seguimiento a cada usuario según su necesidad particular, de forma dinámica y continua, y mejorar el seguimiento integral se han clasificado por riesgo familiar 345,538 familias en tres grupos: alto riesgo (24,3%), riesgo medio (39,03%) y bajo riesgo (35,13%). La incidencia de los Ecos se observará en la modificación de dicha situación de salud.

Los Ecos Especializados tienen una población promedio de referencia de 6,000 familias para el área rural y 8,000 familias para el área Urbana. Con el fin

de mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y desconcentrar los hospitales de la red, se han equipado con electrocardiógrafo, ultrasonógrafo, equipo de fisioterapia, infantómetros, doppler, mobiliario y equipo médico básico, laboratorio clínico y odontología. Además cuentan con servicios de extensión horaria los fines de semana y días festivos, así como servicios de 24 horas con apoyo de Fosalud.

Dentro de los 28 Ecos Especializados, existen dos con funcionamiento especial. El primero está ubicado en el Bajo Lempa, Cantón Nueva Esperanza. Por la alta incidencia de la Enfermedad Renal Crónica se ha especializado en Salud Renal y está debidamente articulado para garantizar la atención integral con las referencias hospitalarias hacia el Hospital Regional de San Miguel y Hospital Nacional Rosales. En el primero se creó el servicio de nefrología, diálisis y hemodiálisis. En el segundo se duplicó el número

de máquinas de hemodiálisis y camas destinadas a la atención de la patología renal.

El segundo de los Ecos Especializados, en el municipio de Lourdes Colón, funciona en las instalaciones de Ciudad Mujer y se ha concentrado en Salud Sexual y Reproductiva. Se atiende a 8 municipios -7 municipios del departamento de La Libertad (San Juan Opico, Ciudad Arce, Talnique, Jayaque, Sacacoyo, Tepecoyo y Colón) y Armenia de Sonsonate. En el módulo de Ciudad Mujer se han realizado 13,895 consultas. El 46 % de las consultas fueron patologías ginecológicas, 25% enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos, 17% enfermedades crónicas y 21,5% atenciones de climaterio.

Asimismo, se brindaron 5,826 atenciones preventivas, entre salud sexual y reproductiva y atenciones odontológicas. Se ejecutaron 4,431 procedimientos, entre ellos 2,543 citologías de las que un 10% de mujeres lo hacían por primera vez en su vida. Además se realizaron 622 ultrasonografías (US) obstétricas y 456 US ginecológicas. Se llevaron a cabo 2,145 estudios de mamografías a 717 usuarias, de las que el 97% eran mamografías de tamizaje. Por último, se realizaron 261 estudios radiográficos.

Entre las principales referencias enviadas a hospitales de la red, se encuentran las patologías relacionadas con el embarazo, así como enfermedades pélvicas y de la mama, que corresponden al 42 % del total. En su mayoría fueron atendidas en el Hospital Departamental San Rafael, La Libertad (tabla 3).

El acercamiento de los servicios de salud a la población más desprotegida incluye una atención especializada y logra un incremento de la cobertura en atención a niños y niñas, embarazadas, puérperas y adultos; así como un aumento de las atenciones

en promoción de la salud y detección temprana de morbilidad aguda y crónica.

Como resultado de las intervenciones realizadas por el personal del primer nivel de atención, se han aplicado 2, 749,860 vacunas, además existe un notable incremento en las atenciones brindadas al comparar los años 2008 con el 2011: 35% de incremento en las consultas de primera vez por morbilidad; incremento del 18% en las consultas preventivas y un incremento del 106% en las atenciones de fisioterapia.

Es necesario destacar la notable tendencia al incremento en la producción hospitalaria al comparar los años 2006 y 2011: 52% de incremento en los egresos hospitalarios, 26% de incremento en los partos hospitalarios y la consulta de emergencia hospitalaria se ha incrementado en un 10%, además para el año 2011, en el área hospitalaria, el cumplimiento de las metas del Plan Anual Operativo ha sido exitoso, reportándose de la siguiente manera:

- i. Egresos: 106%,
- ii. Realización cirugías: 94%,
- iii. Realización partos: 97.3%,
- iv. Consulta externa: 100%.

Para el adecuado funcionamiento de la RISS, se ha implementado el sistema de referencia, retorno e interconsulta como una pieza clave para la adecuada gestión de la atención de los usuarios, a fin de generar mecanismos eficientes de coordinación asistencial en el continuo de los servicios de salud, con la participación permanente de los diferentes niveles de atención.

Se elaboraron los "Lineamientos Técnicos para la referencia, retorno e interconsulta", y socializaron a 2,430 recursos humanos de las RISS, además se garantizó el abastecimiento de papelería y 4,000 docu-

TABLA 3. Atenciones realizadas por la RISS, comparativa año 2009-2011

INDICADOR	AÑO 2009	AÑO 2011
Inscripción de niños menores de 1 año antes de los 8 días	No dato	38,837
Cobertura de Mujeres embarazadas en control prenatal inscritas antes de las 12 semanas	43,016	49,212
Atenciones Psicológicas primer nivel de atención	106,933	185,634
Acciones de Promoción de la salud, primer nivel	1,509,918	2,265,412
Consulta Externa Hospitalaria	2,294,049	2,355,749
Cirugías mayores	155,323	166,284

Fuente: Sistemas de Información en Salud.

GRÁFICO 3. Consultas de primera vez por morbilidad, Primer Nivel de Atención, 2006-2011

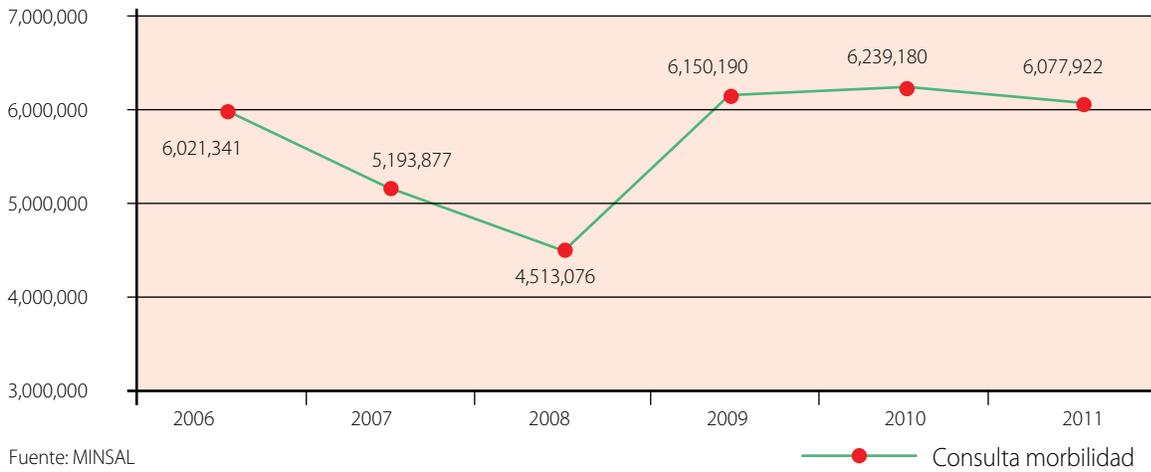


GRÁFICO 4. Consultas preventivas Primer Nivel de Atención, 2008-2011

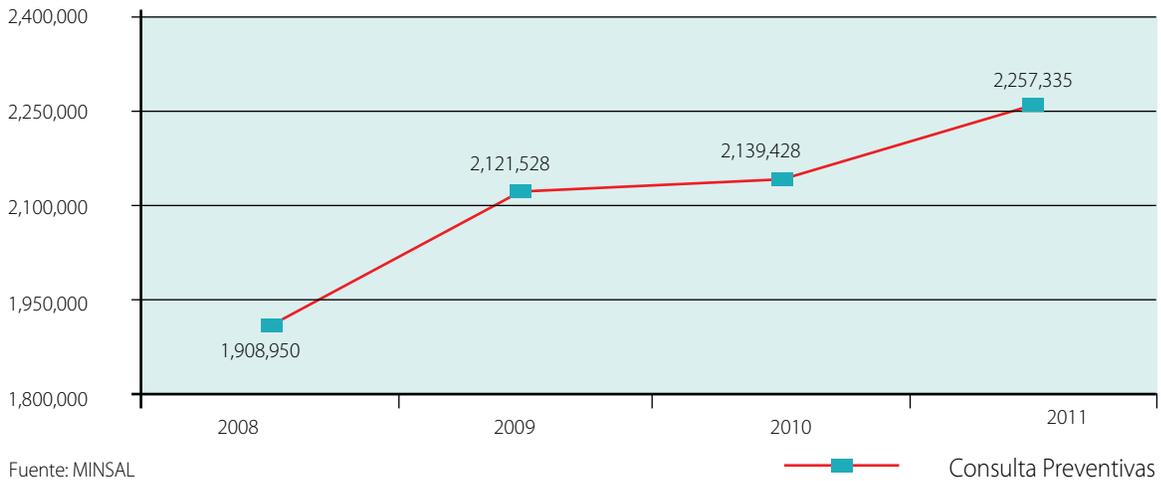


GRÁFICO 5. Personas atendidas en terapia física, Primer Nivel de Atención, 2007-2011

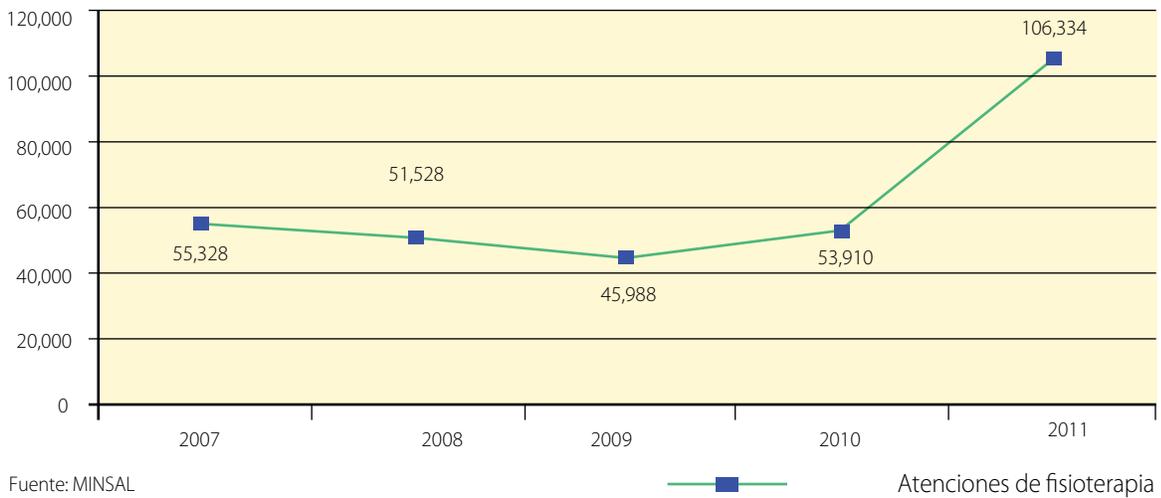


GRÁFICO 6. Egresos hospitalarios, 2006-2011

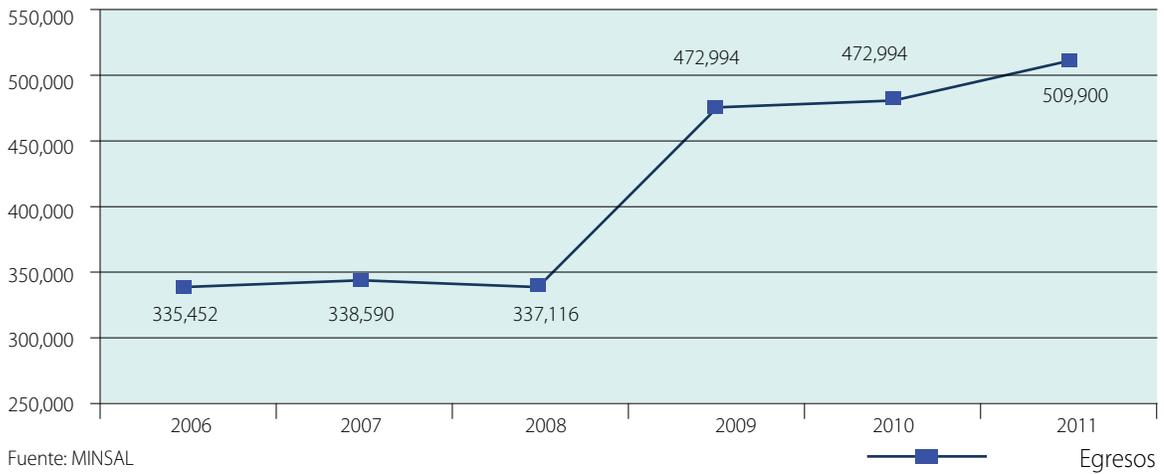


GRÁFICO 7. Consulta hospitalaria de emergencia, 2006-2011

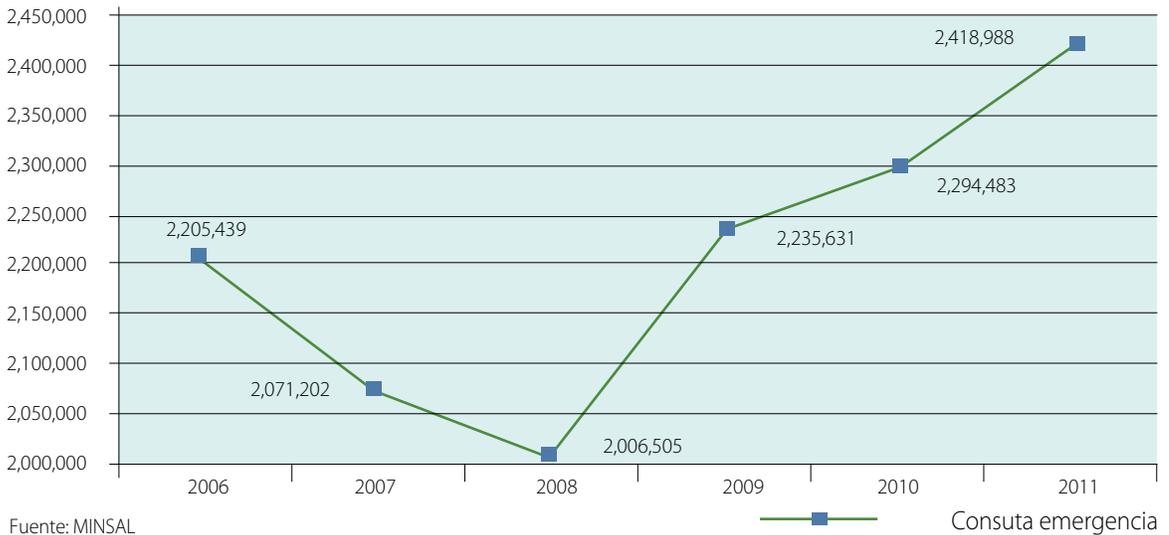
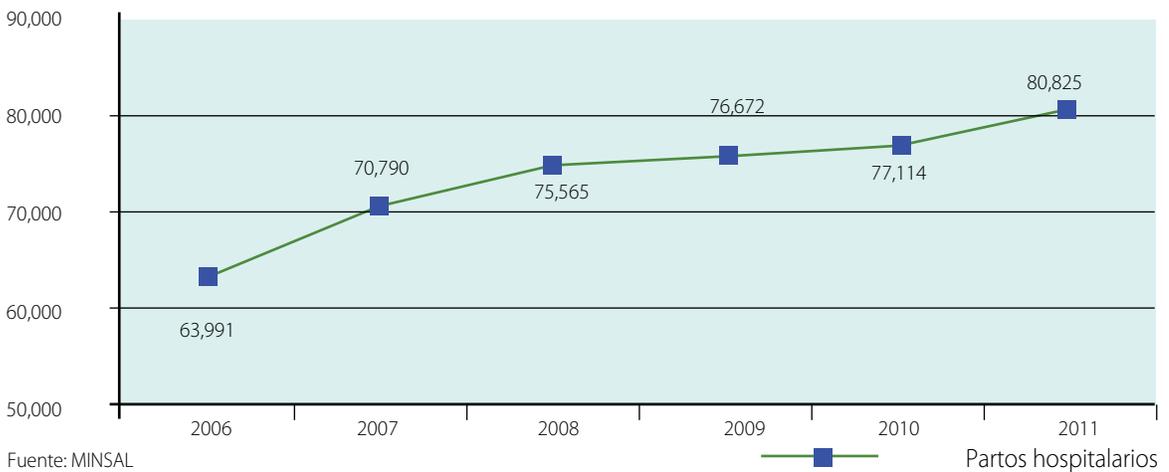


GRÁFICO 8. Partos hospitalarios, 2006-2011





CLINICA MANGA

Unidad Comunitaria Salud Familiar
EcosFamiliarsy Especializados
"Ana Manganaro", Guarjila, Chalatenango



mentos de lineamientos. Con el fortalecimiento de la referencia, retorno e interconsulta, se refirieron a 31,895 personas a hospitales de la red, de las cuales para el período evaluado los hospitales han realizado 8,256 retornos a diferentes instituciones.

Con el compromiso de mejorar la atención en salud a los/as usuarios/as del Sistema Público de salud, el MINSAL, en coordinación con la Subsecretaría de Gobernabilidad y Modernización del Estado de la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República, nombró la Comisión Institucional de Calidad, en cumplimiento de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública.

Se han elaborado y socializado 16 estándares de calidad para el primer nivel de atención, que evalúan la atención en planificación familiar, controles prenatales, atención a morbilidades obstétricas y ginecológicas, control infantil, morbilidades infantiles y atención a usuarias/os con diagnóstico de sospecha de dengue. Se están implementando inicialmente en 84 unidades comunitarias de salud familiar. Para la implementación se capacitó a 186 profesionales de la salud de las 5 Regiones y se ha diseñado un sistema informático para el seguimiento de los resultados de la implementación.

En el segundo y tercer nivel de atención, el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria ha elaborado el "Programa Nacional de Calidad" y los "Lineamientos técnicos para la mejora continua en hospitales", además se han conformado las Unidades Organizativas de Calidad en los 30 hospitales, que coordinarán los diferentes Comités de apoyo. Se les ha dotado de equipo informático para el monitoreo continuo de 21 estándares iniciales de calidad, incrementándose para éste periodo 7 estándares para el monitoreo de emergencia, consulta externa, sala de operaciones, hospitalización, seguridad hospitalaria, asfixia neonatal y prematuridad.

Actualmente se están desarrollando 21 proyectos de calidad en 20 Hospitales de la Red Nacional, en diferentes temas como Reducción de tiempos de Espera en Unidades de Emergencia, Consulta externa, Mejora en la atención de pacientes obstétricas, fortalecimiento de las RIIS, Proyecto de Energía renovable, entre otros.

Apoyo de las RIIS a otras instituciones

La RIIS apoya a instituciones de gran importancia social como asilos, penales o el Instituto Salvadore-

ño de Niñez y Adolescencia que atienden: personas adultas mayores, población privada de libertad, o niños y niñas en situación de vulnerabilidad : Desde el año 2011 se puso a disposición de estos entornos, equipos multidisciplinarios, que realizan visitas mensuales para brindar atención especializada e integral en salud. De la misma manera los hospitales, en coordinación con estas instituciones, atienden todos los pacientes referidos desde estos centros.

Es a través de este cambio en el modelo de atención, y en el marco del programa presidencial "Nuestros Mayores Derechos", que se han realizado las siguientes actividades:

- Adscripción al modelo de salud familiar con enfoque comunitario de 187 personas adultas mayores, que se encuentran en 41 asilos, centros u hogares de adultos mayores a nivel nacional.
- Se ha fomentando su integración social, a través de la participación de los adultos mayores en 71 clubes; fortalecidos con las coordinaciones interinstitucionales de la Secretaria de Inclusión Social
- Se ha protegido a 6,249 adultos mayores a través de las vacunas contra la influenza y el neumococo. Se realizaron 28,555 consultas médicas y 9,046 personas adultas mayores fueron atendidas por especialistas (medicina interna, ginecología, psicología, nutrición, odontología, fisioterapia); dando así respuesta a la necesidad de 9,422 adultos mayores que padecen enfermedades crónicas.

Para la atención de la población Privada de Libertad (PL), las UCSF y las clínicas de atención integral ubicadas en los hospitales departamentales y clínicas médicas de los centros penitenciarios, están implementando planes de trabajo conjuntos que han permitido intervenciones como: salud mental, odontología, medicina general y de especialidad. Se ha trabajado también en atenciones de saneamiento básico; campañas de salud para la detección de casos de tuberculosis, VIH o Infecciones de transmisión sexual; atenciones psicológicas, toma de exámenes de laboratorio o la atención de emergencias médicas y quirúrgicas.

De igual forma se realizaron acciones de saneamiento ambiental: fumigaciones, desratizaciones, desinsectaciones y campañas de limpieza. Además, se ha implementado el sistema de vigilancia del MINSAL (SUMEVE) para el análisis de situación de salud de los PL y proponer estrategias de control. En la detección de casos de TB se ha implementado el



diagnóstico con la unidad móvil de Radiografía. A fin de mejorar la atención de salud integral en la población privada de libertad se está trabajando en un convenio interinstitucional.

El MINSAL participa en el Proyecto mundial, apoyado por el Consejo Internacional para la Educación de Personas con Discapacidad Visual y la Unión Mundial de Ciegos, campaña EFAVI. Tiene como finalidad garantizar que las niñas y niños con discapacidad visual puedan ejercer su derecho a la educación.

Se ha elaborado un plan de acción para 4 años, con participación interinstitucional -Asociación de Ciegos y padres de familia-, beneficiando a la población infantil menor de 10 años de los municipios intervenidos con Ecos Familiares en el año 2010. Además han sido seleccionados hospitales por su área geográfica de influencia y que cuentan con la especialidad de oftalmología, para beneficiar a este grupo poblacional prestando la atención médica y quirúrgica correspondiente y el seguimiento oportuno.

Con el propósito de mejorar la atención en salud a veteranos/as de guerra de forma integral e integrada se ha facilitado el acceso a los diferentes servicios de salud del MINSAL. En coordinación con la Secretaría Técnica Secretaría Técnica de la Presidencia (STP), se ha iniciado la implementación del Programa de Atención a Veteranos/as. Se han analizado las bases de datos de la encuesta situacional de veteranos realizada por STP y se elaboró una propuesta concertada del Programa de Atención Integral a Veteranos de Guerra, estableciendo los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud; sensibilizar y capacitar a los profesionales de salud mental del MINSAL para mejorar su capacidad técnica; y fomentar una atención y trato de calidad y calidez, en los establecimientos de salud definidos. Se

están buscando alianzas estratégicas intersectoriales para el abordaje de la situación de las y los veteranos de guerra. El Programa se ejecutará en 3 fases para cubrir las 5 Regiones de Salud y brindar servicios Integrales de Salud en las RIISS del MINSAL tales como: atención en medicina general, prevención de enfermedades, promoción de la salud, Salud Mental, Salud Visual, atención hospitalaria especializada con dotación de insumos para el paciente con Enfermedad Renal Crónica, Cardiopatías, enfermedad Oncológica, Urológica, traumatología y Ortopedia. La primera fase se está llevando a cabo con la articulación a nivel nacional de los 30 hospitales, los 422 Ecos Familiares y los 28 Ecos Especializados. En ellos contamos con 9,292 veteranos que se encuentran adscritos al nuevo modelo de salud, de los 27,349 que se encuentran registrados en la base de datos de la STP. La Unidad por el Derecho a la Salud y atención a la persona veterana de guerra ha gestionado la atención de 73 veteranos discapacitados, en cuatro Regiones de Salud, en coordinación con la STP y la Mesa de Salud de Veteranos.

En cumplimiento al compromiso presidencial y la reparación a las víctimas del conflicto armado, está funcionando desde el 14 febrero de 2012, un Ecos Familiar en el Mozote conformado por: médico general, psicólogo, enfermeras, promotores de salud y colaborador de servicios varios. Atiende integralmente a la población afectada por la masacre. A la fecha se han brindado 286 atenciones curativas, 55 preventivas y 73 de psicología. Además se están poniendo en práctica otros procedimientos de atención: visitas domiciliarias, reuniones con la comunidad, llenado de ficha familiar o capacitaciones.

Se fortaleció la capacidad resolutoria de las RIISS de la siguiente forma:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Adquisición de equipo médico y mobiliario para 247 Ecos Familiares instalados en el 2011.
- Se proporcionó equipamiento a 180 Ecos Familiares con material básico para la asistencia de neonatos en la comunidad.
- Adquisición de equipo médico para 28 Ecos Especializados: Ultrasonógrafo, Electrocardiógrafos, Monitores Fetales, equipos completos de Rehabilitación. Compra de 13 Ambulancias a fin de garantizar el traslado de emergencias y mujeres embarazadas para la atención de partos en hospitales con el objetivo de disminuir la mortalidad materna/infantil, entre otros.
- 65 Unidades Odontológicas Portátiles a fin de fortalecer la atención de salud bucal en el área rural de los municipios intervenidos.
- Compra de 17 fotocopiadoras multifuncionales y 17 duplicadoras para los SIBASI a fin de proveer de la papelería para el registro de las acciones desarrolladas por los Ecos en sus territorios.
- Compra de 15 vehículos doble cabina 4X4 para la movilización de los Ecos Familiares y Especializados a las zonas más inaccesibles del país con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud.
- Compra de 8 camiones con equipo refrigerante para el abastecimiento de vacunas y medicamentos en forma oportuna y con calidad a los Ecos Familiares y Especializados.

HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

- Se adquirió equipo médico e industrial por parte de los hospitales por un monto de \$2,807.129.56, destinados a fortalecer los servicios de apoyo para establecer adecuados diagnósticos y realizar mejores tratamientos. Entre ellos tenemos equipo para quirófanos, equipo para Unidad de Cuidados Intensivos, equipo para laboratorios y otros servicios de apoyo.
- Se reforzó a 19 hospitales con insumos médicos mediante una inversión de \$700,000 para atender la emergencia y post-emergencia en el marco de la Tormenta Tropical 12 E. También se invirtieron \$146,026.65 para la compra de material de osteosíntesis en ortopedia para 8 hospitales, todo esto con el apoyo del Fosalud. El abastecimiento de medicamentos ha oscilado entre el 80 y el 85 % en promedio, a nivel nacional.
- Está en proceso de licitación una inversión de \$2 millones de dólares en 18 hospitales, para la atención ortopédica y consultas por trauma, que constituye una de las primeras causas de consulta hospitalaria, proporcionándose material de osteosíntesis y prótesis, que anteriormente debían ser comprados por el usuario.
- En el segundo semestre del año 2011, se ejecutó el proyecto para el acortamiento de citas y tiempos de espera en consulta externa y cirugía de especialidades para 4 hospitales, dotados de equipo, insumos y recurso humano. Se adquirió equipo para cardiología y urología y se logró la habilitación de 3 quirófanos con equipo adecuado en los hospitales: Bloom, Rosales y Santa Ana.
- Se han creado las unidades de salud mental en cinco hospitales, con el interés de abordar integralmente los problemas de salud de la población, que incluye un abordaje comunitario.
- Se han reforzado las competencias técnicas de personal hospitalario para la reducción de la morbi-mortalidad materna, fortaleciendo a 152 recursos multidisciplinarios en 14 hospitales de la Red Nacional con "Intervención Vital en la paciente obstétrica crítica". Además se acreditó personal técnico en "Estabilización y Transporte del recién nacido crítico (ESTABLE) y reanimación neonatal (NALS)".

TABLA 4: Proyecciones de la RIIS 2012-2013

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- a. Para el 2013, se tiene proyectado continuar en el proceso de consolidación del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- b. Implementación de Ecos Familiares en 11 municipios de Comunidades Solidarias Urbanas y Territorios de Progreso. Así como la instalación de Ecos Especializados en tres Ciudades Mujeres, planificadas para Santa Ana, Usulután y San Martín.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- c. Implementar el Proyecto Salud Mesoamérica 2015 en 14 municipios, con el objetivo de aumentar la cobertura, la calidad y el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, neonatal e infantil y mejorar en el estado de salud y nutrición de las mujeres en edad reproductiva, y los niños menores de cinco años que viven en las regiones más pobres del país.
- d. Implementar el Proyecto, con la Cooperación de Japón, en Asentamientos Urbanos Precarios para 7 municipios del Programa de Comunidades Solidarias Urbanas. El objetivo es proteger la salud y obtener resultados nutricionales, cognoscitivos y sociales en los niños de familias pobres urbanas.
- e. Mejorar la capacidad instalada de las UCSF con la renovación de equipo y mobiliario médico.
- f. Fortalecer el funcionamiento de la RISS en los tres niveles de atención; así como la aplicación pertinente y oportuna de la nueva normativa de referencia, retorno e inter consulta.
- g. Impulsar la integración y articulación con otros prestadores de servicios de salud a fin de consolidar un Sistema Integrado Nacional de Salud.
- h. Elaborar un sistema de información gerencial integral con el objetivo de costear la prestación de servicios y mejorar la eficiencia del uso de los recursos.
- i. Fortalecer competencias-capacidad técnica de los recursos humanos en Salud de cara al modelo de atención en salud familiar y comunitaria.
- j. Actualización de la información en las fichas familiares de los Ecos Familiares que iniciaron su operación en el año 2010, analizar la situación de salud de la población a dos años de su implementación, y fortalecer el seguimiento de todos los grupos de edad mediante la dispensarización.
- k. Fortalecer la red de laboratorios clínicos con la construcción de cinco laboratorios automatizados de referencia regional.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- a. Diseñar los Procesos Misionales más críticos de los Servicios de Atención hospitalarios.
- b. Continuar con el proyecto de fortalecimiento del equipo médico e industrial a la Red hospitalaria.
- c. Continuar el proceso de desconcentración de la consulta externa de medicina general de los hospitales, hacia el primer nivel de atención para fortalecer las áreas de especialidades hospitalarias.
- d. Acortar los tiempos de espera quirúrgica para las subespecialidades de Urología, Ortopedia y otras subespecialidades de acuerdo a la categorización de cada hospital.
- e. Continuar con la gestión para la reconstrucción de la Unidad de Cuidados Intensivos de hospitales departamentales como Zacamil y San Rafael.
- f. Dar seguimiento al proyecto de construcción y equipamiento de los Hospitales de Maternidad y La Unión.
- g. Darle seguimiento a la construcción del área y la conformación de la Unidad Renal en el hospital departamental de Usulután
- h. Presentar el proyecto de fortalecimiento de cinco hospitales de la franja marina costera, en el marco de la aprobación del Proyecto FOMILENIO II.
- i. Finalizar el proceso de validación del nuevo Reglamento General de hospitales
- j. Concretar la compra de equipo para 8 maternidades por un valor de un millón de dólares para fortalecer estas áreas hospitalarias.
- k. Continuar con el proyecto de fortalecimiento mediante material de osteosíntesis y prótesis para los 19 hospitales que cuentan con la especialidad de ortopedia.
- l. Fortalecimiento del sistema de abastecimiento en la red hospitalaria.
- m. Disminuir la sobrecarga de usuarios dentro de las instalaciones de los hospitales de tercer nivel, desarrollando un novedoso proceso de dispensación de las recetas de uso continuo para pacientes crónicos, de las farmacias de los hospitales de tercer nivel a instalaciones externas de la institución.

CAPÍTULO 6

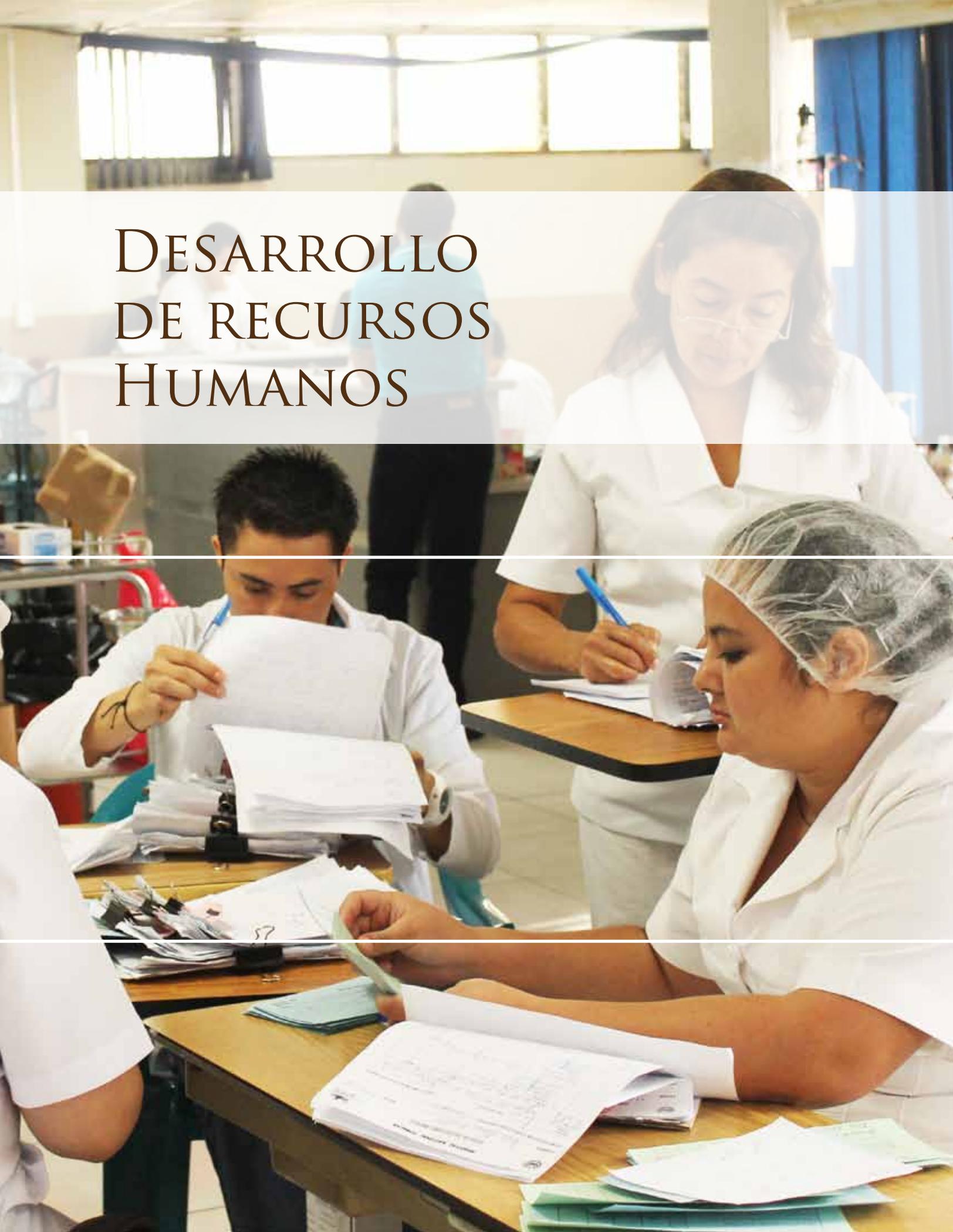


Nosotros necesitamos más que nunca un *médico científico* bien entrenado en el laboratorio y en la clínica. Pero nosotros necesitamos *más*: necesitamos un *médico social* que, consciente de los desarrollos, consciente de las funciones sociales de la medicina, se coloque al servicio de la sociedad.

Henry E. Siguerist, 1941



DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS



POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS

Introducción a la Política Nacional de Recursos Humanos del MINSAL

En el contexto de desarrollo del Sistema Nacional de Salud, basado en la estrategia de APS y teniendo como eje dinamizador la Reforma de Salud, se ha continuado trabajando en la construcción de una Política de Recursos Humanos coherente con los elementos adoptados en el documento "Política Nacional de Recursos Humanos en Salud" a la que hace referencia la memoria anual 2010-2011.

Las prioridades establecidas en dicha política se reflejan en las acciones desarrolladas en la operacionalización del componente de recursos humanos de la Reforma de Salud a partir del año 2010.

La ejecución de la política generada por la Reforma, ha permitido que en el periodo 2010-2011 se pusieran a funcionar 450 Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos), 422 Ecos Familiares y 28 Especializados. A través de esta cobertura fue posible que el 58.4% de los 262 municipios del país fueran atendidos por dichos equipos. Estos equipos comunitarios de salud ubicados en los municipios de extrema pobreza correspondientes a comunidades solidarias rurales y urbanas o con alta prevalencia de desnutrición, prestan atención integral de salud a una población de más de 1.6 millones de habitantes a partir de 2011.

Los nuevos recursos humanos nombrados para atender ese proceso fueron 4,146 funcionarios, de los cuales 2,576 corresponden al primer nivel de atención y 1,570 para el nivel hospitalario. Como se señala en el capítulo 5, correspondiente a las RIIS de esta memoria (2011-2012), no fue posible continuar con el mismo ritmo de crecimiento que logramos en el periodo 2010-2011, dado el agravamiento de la situación económica del país, pese a lo cual se

logró incorporar 610 nuevos recursos humanos, 310 para el primer nivel de atención y 300 para el nivel hospitalario. Gracias a este personal se instalaron 42 Ecos Familiares, constituidos por médicos, enfermeras, promotores de salud y personal polivalente que cubre asentamientos urbanos precarios de la zona metropolitana de San Salvador, Izalco, San Miguel y Ahuachapán. Las contrataciones de este personal clave en el desarrollo de la Reforma han sido objeto de un meticuloso análisis en respuesta a las prioridades establecidas en los planes de la Reforma de Salud y en ese contexto la planificación estratégica de la Reforma ha ido adaptando el ritmo y características de la asignación de los recursos humanos, piezas fundamentales del proceso al desarrollo de la Reforma.

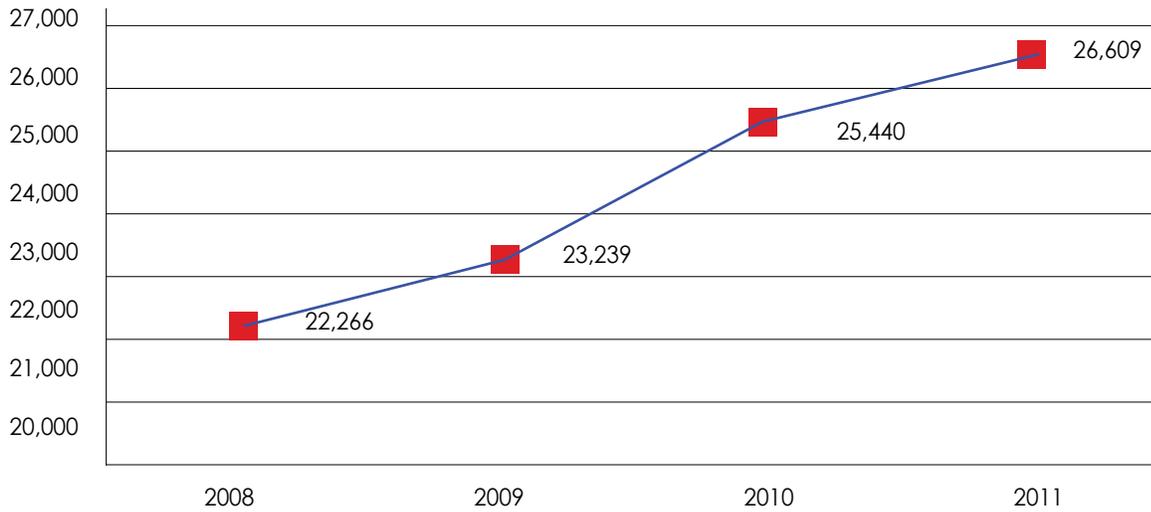
Dotación y distribución de los recursos humanos en la RIIS

Tal como se ha planteado en la introducción de este capítulo, la dotación de nuevo personal para la Reforma, así como su distribución ha obedecido a partir del 2010 a las demandas identificadas en el proceso de Reforma, de modo que existe una estrecha relación entre la nueva política de salud y la política de Recursos Humanos en construcción (gráfico 1).

La gráfico 1 muestra un decidido incremento de los recursos humanos a partir del 2009, todo ello con financiamiento de fondos regulares del Estado (fondos GOES), a lo cual se sumaron los recursos procedentes de otras fuentes como los fondos PEIS, el Banco Interamericano de Desarrollo, BID y el Fondo Solidario por la Salud (FOSALUD), entre otros.

La distribución de los recursos humanos por campos de conocimiento, históricamente no ha sido

GRÁFICO 1 Evolución de los RRHH MINSAL, Fondos GOES, 2008-2011



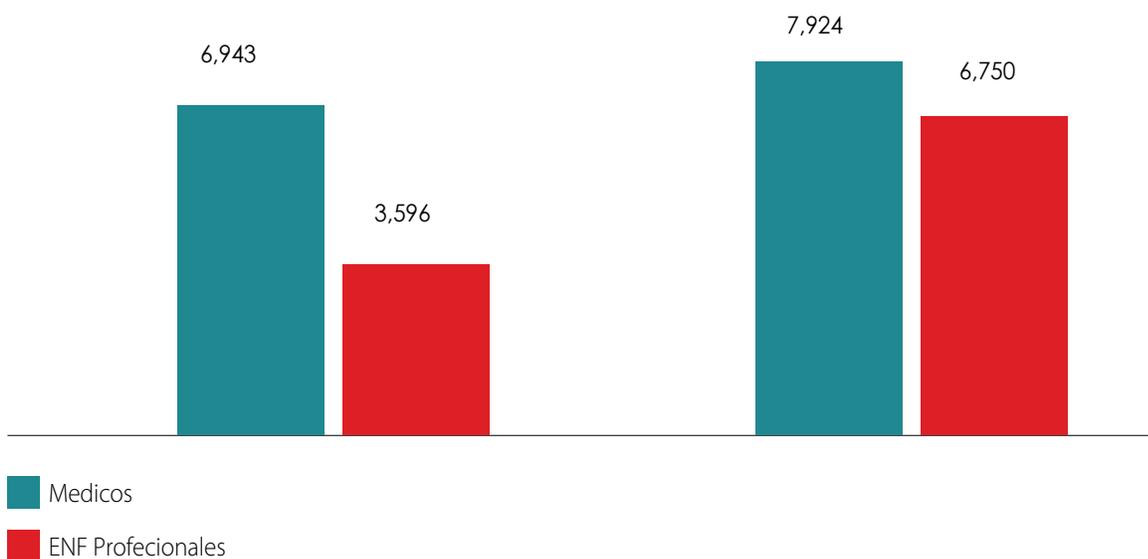
Fuente: SIRHE

producto de una planificación interinstitucional y menos aún intersectorial y nacional. La tabla 1 ilustra esta situación.

En la meta regional para el desarrollo de recursos humanos en salud, se aceptó que la razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos debiera

ser 1/1 en todos los países. Para el año 2007, en El Salvador la relación era de 4/1 a partir de la cual ha habido una mejora substancial que, como puede observarse en la gráfico 2, ha llegado a ser de 1.17/1, en gran parte producido por el incremento de plazas motivado por el proceso de reforma.

GRÁFICO 2 Enfermeras y médicos contratados, instituciones del SNS, 2008-2011



Fuente: Unidades de RRHH: MINSAL, ISBM, SM, ISSS y FOSALUD

TABLA 1. Proyecciones de tendencias al aumento o disminución de profesionales en salud de acuerdo a metodología Spectrum

PROFESIÓN	2008	2009	2010
Doctorado en Medicina	11,542	12,333	12,729
Doctorado en Odontología	4,669	5,083	5,497
Licenciatura en Enfermería	2,929	3,774	4,619
Licenciatura en Química y Farmacia	2,316	2,352	2,388
Licenciatura en Psicología	3,501	4,172	4,843
Licenciatura en Laboratorio Clínico	1,975	2,376	2,777
Licenciatura en Nutrición y Dietética	428	542	656
Licenciatura en Radiología	211	250	289
Licenciatura en Anestesiología	446	576	706
Licenciatura en Fisioterapia	456	605	754
Licenciatura en Trabajo Social	488	589	690
Licenciatura en Salud Materno Infantil	185	272	359
TOTAL	29,146	32,924	36,307

Fuente: Conjunto de datos básicos de recursos humanos en el Salvador, OPS, 2008.

TABLA 2. Plazas por disciplina e institución.

	MINSAL		ISSS		SANIDAD MILITAR		FOSALUD		ISRI		ISMB	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Médicos grales. y residentes	2,633	2,595	847	845	42	ND	482	503	7	7	108	110
Médicos especialistas	1,618	1,711	1,334	1,349	126	ND	82	80	45	43	0	8
Médicos en serviciosocial	366	474				ND		0		1	108	0
Practicantes Internos	385	374				ND		0		0	0	0
Odontólogos	468	477	180	174	59	ND	259	149	5	5		0
Estudiantes de odontología en servicio social	180	171				ND		0		0		0
Enfermeras	2,412	2,730	1,042	1,056	79	ND	322	414	15	17	0	83
Auxiliares de enfermería	3,468	3,690	1,882	1,878	207	ND	46	56	47	59		4
Paramédicos / Técnicos	2,522	2,573	757	779		ND		50		65	64	0

	MINSAL		ISSS		SANIDAD MILITAR		FOSALUD		ISRI		ISMB	
Laboratoristas	818	836	334	335	21	ND	30	30	2	2	0	0
Fisioterapeutas	96	127	159	161	11	ND	1	3	97	181		0
Anestesiista	463	334	128	131	22	ND	0	1	0	0	1	0
Química y farmacia	104	40	390	400	3	ND	0	0	0	0	0	1
Saneamiento ambiental	792	628				ND		0		0	0	0
Promotores de salud	2,751	2,912	194	194		ND		24		0	2	0
Administración	6,364	6,937				ND		152		414		155
TOTAL	25,440	26,609	7,247	7,302	570	ND	1,222	1,462	218	794	283	361

Fuente: Unidades de RRHH: MINSAL, ISBM, SM, ISSS y FOSALUD.

Abordaje intersectorial e interinstitucional de recursos humanos

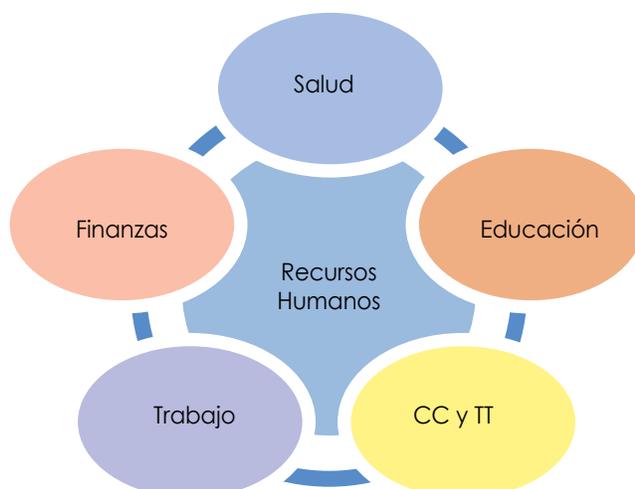
Uno de los esfuerzos más exitosos en el desarrollo de la Reforma hasta el momento, ha sido la búsqueda de mecanismos de coordinación y de esfuerzos conjuntos en el manejo de diversas situaciones, pero no hay duda que la intersectorialidad en las políticas de recursos humanos no es nada fácil.

Durante el año 2010 y en buena parte gracias al apoyo de OPS, OMS y la Alianza Mundial en pro del Personal de Salud (GHWA), se desarrollaron una

serie de estudios y eventos que han permitido profundizar y definir las metas regionales de Recursos Humanos para la salud, en donde el rol de la coordinación intersectorial y social han ocupado un lugar importante.

En lo que respecta a la distribución de los recursos humanos en Salud por Institución, falta desarrollar esfuerzos extraordinarios para adecuar tanto los planes de formación como de utilización, en base a los grandes objetivos institucionales, sectoriales y de Nación. La tabla 2 ilustra muchas de esas coincidencias y disparidades.

GRAFICO1. Intersectorialidad en las políticas de recursos humanos en salud



La sola observación de la distribución de médicos y especialistas en el MINSAL y el ISSS refleja las diferencias en el modelo de atención a la salud, una orientada fundamentalmente a la atención hospitalaria con alto grado de especialización que le diferencia de la progresiva orientación a una medicina integral que requiere mayor número de médicos generales y familiares.

El nuevo modelo de atención está exigiendo a nuestro país un profundo análisis de la formación de nuestro personal.

Información integral de Recursos Humanos y el Observatorio como herramienta de generación de evidencia

Con apoyo del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) se diseñó el módulo de información integral de Recursos Humanos a fin de generar indicadores intrasectoriales e intersectoriales, cuyo análisis facilite la toma de decisiones oportuna, para la planificación y gestión de los mismos.

Igualmente, como parte del plan de Recursos Humanos de Centroamérica y El Caribe, se completó el diseño inicial del Observatorio de Recursos Humanos (http://dev.observatoriorh.org/el_salvador/). Fue concebido como una red de instituciones nacionales sobre recursos humanos en salud: educación, servicio, organizaciones sociales, profesionales y reguladoras del ejercicio. Su objetivo es la generación, análisis, intercambio y estandarización de la información y el conocimiento, que facilite la toma de decisiones y la creación e implementación de políticas públicas sobre recursos humanos en salud.

Gestión de las residencias médicas

En el proceso de mejora de las Residencias Médicas, se articularon las Unidades de Formación Profesional (UFP) de los nueve hospitales escuela y el Comité Académico Ministerial (CAMI) con las Universidades que forman médicos especialistas. Para 2012, el proceso de selección de residentes fue consensuado y transparente, mejorándose los procedimientos y mecanismos de coordinación, especialmente con la Universidad Pública. Por primera vez, se realizaron las pruebas de ingreso en fecha única para todo el país, lo que facilitó la retención de los médicos/as seleccionados en cada uno de los Hospitales Escuela. Los ingresos a especialidades básicas aún es baja, con relación a las necesidades de especialistas del sistema.

Para 2013, se ha conformado una Comisión Nacional para el proceso de selección, con las cuatro Universidades que forman especialistas: Universidad de El Salvador (con sus tres facultades, la de la sede central y las multidisciplinarias de Oriente y Occidente); Matías Delgado; Evangélica de El Salvador y Alberto Masferrer y el MINSAL representado por las UFP y el Comité Académico Ministerial.

Por el momento, se ha establecido para este ingreso la realización del examen nacional de ingreso a la Residencia.

Coordinación con las instituciones formadoras de recursos humanos

Junto a las Instituciones Formadoras se actualizó la reglamentación de servicio social. Se incluyó la prueba de conocimientos en salud pública, que permitió, en el caso de Doctorado en Medicina y Odontología, la distribución de plazas según puntajes obtenidos, fortaleciendo la transparencia y equidad del proceso. Con base a los resultados, las Universidades desarrollan un programa de fortalecimiento y seguimiento académico durante el servicio social.

Se finalizaron y socializaron los resultados del estudio de competencias en APS-I en médicos y enfermeras del primer nivel de atención. Los principales resultados han demostrado brechas entre la formación y la práctica profesional para el primer nivel de atención; especialmente en las competencias de investigación, solución de problemas, toma de decisiones y competencias sociales para interrelacionarse con la población. A partir de estos resultados, se inició un proceso de análisis con las instituciones formadoras para el diseño de un plan de formación de pregrado para elevar su calidad y pertinencia.

Procesos de gestión de la formación y capacitación de los recursos humanos

Se mejoró el proceso de planificación y monitoreo del Plan Nacional de Formación y Capacitación, que se implementó por primera vez en el 2011. Ha permitido disminuir de forma significativa la verticalización de los procesos de capacitación y contribuido a su descentralización Regional.

La dotación con herramientas tecnológicas, basadas en software libre, como la plataforma de educación virtual, el sistema de web conferencia y el acceso a diferentes fuentes de conocimiento, de

interés para el público en general y nuestro personal en particular (<http://saber.salud.gob.sv> y <http://bbb.salud.gob.sv>), han servido para el desarrollo de modelos innovadores en formación y capacitación. Estas iniciativas se enmarcan dentro del proyecto “Protocolos Regionales de Políticas Públicas en Telesalud”, en el cual este Ministerio participa junto a otros países de Latinoamérica.

En el proceso educativo de capacitaciones, se ha priorizado el abordaje metodológico basado en la pedagogía por problemas. Sobre el contenido de los mismos los grupos priorizados han sido:

Promotores de salud: se han elaborado los manuales para el curso de Salud Integral en la Comunidad, que inicia actualmente con la Región Paracentral de Salud.

Formación multidisciplinaria: Salud Sexual y Reproductiva, participación social, enfoque de derechos y determinantes sociales de salud. Se imparte en los Ecos Familiares, especialmente del Occidente y Oriente del país.

Curso Principios Básicos de Epidemiología para el Control de Enfermedades MOPECE a 72 médicos/as del primer nivel de atención.

Competencias Básicas de Ultrasonografía: 39 Médicos Gineco Obstetras formándose, procedentes de los Ecos Especializados y de hospitales de las RISS, para mejorar la detección temprana de riesgos en la salud de la madre y su niño/a durante el embarazo.

Planificación de la formación en epidemiología clínica de 35 médicos, para fortalecer la vigilancia sanitaria hospitalaria.

La Escuela de Gobierno del INS

Uno de los objetivos de la Escuela de Gobierno, organismo del Instituto Nacional de Salud es:

“Desarrollar y mantener la competencia de los cua-

dos de conducción y de gestión estratégica del Sistema de Salud del MINSAL.”

A este respecto se ha iniciado el análisis del Sistema de Post grado en Salud de El Salvador, que incluye las Residencias Médicas. Esto como parte de su responsabilidad en la planificación y desarrollo del personal estratégico que requiere el país en el campo de la Salud.

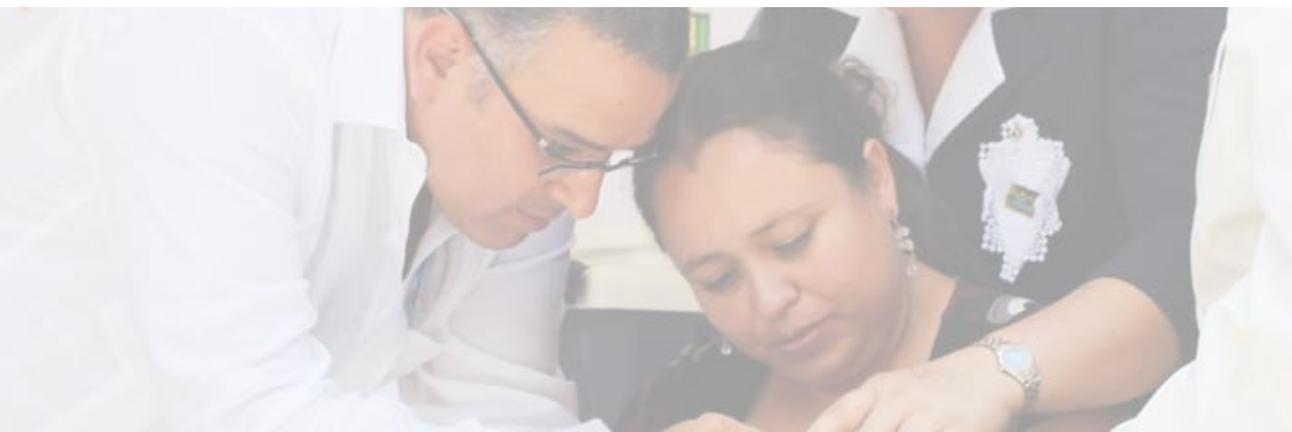
Gestión del trabajo

En coordinación con la Subsecretaría para la Gobernabilidad y Modernización del Estado, se finalizó el levantamiento, diseño y validación de puestos, en congruencia con la Reforma de Salud. El Manual Descriptivo de Puestos del MINSAL no se revisaba desde 1993. Esta herramienta facilitará que los recursos humanos se distribuyan de acuerdo a las necesidades del Sistema de Salud y que las futuras contrataciones correspondan a los perfiles de puestos establecidos. Es un elemento importante para garantizar que cada unidad organizativa cuente con los recursos humanos necesarios para el desarrollo de su función.

En lo que respecta a las condiciones laborales adecuadas para el desempeño profesional, se fortalecieron los Comités de Seguridad y Salud Ocupacional a nivel nacional, regulando su funcionamiento a través de la normativa para tal fin.

En el marco de los incentivos económicos, se garantizó, en el presupuesto anual, el escalafón de las y los trabajadores. También se sistematizó y cumplió con las prestaciones laborales de dotación de uniformes para el personal designado (administrativo, promotores de salud, enfermería, laboratorio clínico y nutrición).

CAPÍTULO 7



Este es un día histórico.
Hoy se termina con las prácticas
monopólicas, oligopólicas y abusivas.
Hoy se pone primero el derecho
a la salud del pueblo antes que
los intereses de grupos empresariales.

*Presidente Mauricio Funes,
discurso de sanción de Ley de Medicamentos,
2 de marzo de 2012*



MEDICAMENTOS Y VACUNAS

A) POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS:

Mediante acuerdo ejecutivo, el 20 de septiembre de 2011 se oficializó la Política de Medicamentos con el fin de garantizar a la Población Salvadoreña la calidad, seguridad, eficacia, uso racional y acceso a los medicamentos.

B) LEY DE MEDICAMENTOS:

El 22 de febrero de 2012, las y los diputadas/os aprobaron la Ley de Medicamentos, mediante el Decreto Legislativo 1008. Dicha Ley retoma los pilares fundamentales de la propuesta impulsada por el MINSAL. Se crea una única autoridad reguladora nacional, sin conflictos de interés: como mecanismo efectivo de regulación de precios en la red privada de dispensación; como mecanismo efectivo de control de calidad de acuerdo a las recomendaciones internacionales vigentes; y como regulación y gestión integral en toda la cadena del medicamento, incluyendo su uso racional y farmacovigilancia en el sector público y privado.

Regulación y contexto farmacéutico

Programa Institucional de Farmacovigilancia

Se impulsaron acciones con el propósito de aportar al desarrollo de las competencias y habilidades, en los profesionales de los comités farmacoterapéuticos locales. La estrategia de centros centinela se implementó en 9 Hospitales Nacionales y 5 Regiones de Salud, mediante la capacitación a profesionales y técnicos sanitarios. La intención era promover la detección y notificación espontánea de reacciones adversas, fallas terapéuticas y fallas de calidad en medicamentos. Se unificó el diseño del formato para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos, con los responsables de farmacovigilancia del MINSAL e ISSS.

Además, se realizó una difusión sistemática de alertas sobre la calidad, seguridad e información del uso de medicamentos e insumos médicos, en los establecimientos de salud, Sistema Nacional de Protección al Consumidor, página web del MINSAL y el Observatorio Centroamericano de Medicamentos (OCAMED).

Se incorporó a los docentes de las Facultades de Química, Farmacia y Medicina, procedentes de universidades privadas y de la Universidad de El Salvador, a cursos básicos y avanzados de farmacovigilancia, evidenciando su importancia curricular.

Como resultado de estas acciones se ha mejorado la identificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de los medicamentos. Se evidencia un aumento en las notificaciones remitidas a la DIRMED, con respecto al año 2010, en las que se identifican casos de incumplimiento de las buenas prácticas de manufactura, a partir de notificaciones de sospecha de reacción adversa.

Vigilancia de la calidad de los medicamentos adquiridos por el MINSAL

Con la misión de garantizar que todos los medicamentos que ingresan a la red pública cumplan con los criterios de calidad establecidos el Laboratorio de Control de Calidad realizó 11,731 pruebas fisicoquímicas y 14,434 determinaciones microbiológicas, a un total de 4,084 lotes de medicamentos e insumos médicos. Se detectaron 41 lotes de medicamentos que no eran

aptos para el consumo humano, el 1.4% de todos los lotes analizados. Los medicamentos rechazados pertenecen a grupos farmacológicos que son de alta rotación y para el manejo de patologías crónicas. Se evita la exposición al riesgo en el uso de medicamentos que no cumplen con los requisitos de calidad.

Vigilancia de medicamentos post comercialización a nivel privado

El MINSAL, dentro del Sistema de Protección al Consumidor, en acciones conjuntas con la Defensoría al Consumidor, inspeccionaron 95 farmacias privadas de San Salvador, con la finalidad de verificar la calidad de 5 medicamentos de todas las marcas nacionales y extranjeras que estuviesen disponibles para la venta. Los resultados se muestran en la tabla 1:

Los resultados del estudio son coincidentes con los problemas detectados de rechazo de medicamentos a través de la farmacovigilancia institucional. Esto evidencia la debilidad en la regulación y control de los medicamentos autorizados para su comercialización. Se espera superar esta situación con el nuevo ente regulador y la aplicación de la Ley de Medicamentos.

Estrategias para favorecer acceso a medicamentos

- Se han realizado modificaciones a los términos de referencia de las compras conjuntas institucionales, para ampliar la participación de oferentes nacionales y extranjeros, así como el acceso y disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud.
- La Superintendencia de Competencia y Sub-Secretaría de Transparencia y Anticorrupción acompañaron la revisión de los términos de referencia para las compras de medicamentos del MINSAL, a fin de incrementar la competencia,

economías de escala y la calidad a través de procesos de adquisición transparente y eficiente.

- De los 11 medicamentos negociados a través de COMISCA a nivel Subregional, se concretó la compra de una lista de 7 para el ejercicio fiscal 2011 y 10 para el ejercicio fiscal 2012. Asimismo se ha participado en la ampliación del listado armonizado. Se incrementaron de 37 a 80 medicamentos. Se proyecta la gestión de 50 de éstos, en el nuevo proceso de negociación programado para el primer semestre del 2012, con el objeto de mantener la continuidad del proceso regional y aplicar un mecanismo efectivo de contención de costos.
- En el marco de COMISCA se trabaja la propuesta de Ley Marco Regional para la adquisición de Medicamentos críticos, que complementará los marcos normativos nacionales para superar las dificultades que enfrentan las instituciones/país en la adquisición de medicamentos.

Farmacoterapia

Con los Comités Hospitalarios de Farmacoterapia se realizan 11 estudios de utilización de medicamentos para generar información que permita intervenciones en la terapéutica institucional orientándola al uso racional.

Se ha realizado adendas para regular la prescripción y ampliaciones al Listado Oficial de Medicamentos 10ª versión, para favorecer las atenciones de los Ecos Familiares y Especializados.

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

El Ministerio de Salud continuó los esfuerzos para el fortalecimiento del programa de inmunizaciones como un medio efectivo de proteger a la población,

TABLA 1. Resultados de inspección de calidad de medicamentos

NOMBRE GENÉRICO	FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN	MARCAS ANALIZADAS
Loratadina	Jarabe 5mg/5ml	8
Ranitidina	Tableta 150 mg	8
Clotrimazol	Crema vaginal al 1%	3
Metformina	Tableta 850 mg	16
Ciprofibrato	Tableta 100 mg	8

Fuente: MINSAL



especialmente a la niñez y otros grupos vulnerables. La formulación de la Ley de Vacunas recibió un decidido impulso. Se continuó el fortalecimiento de la vacunación contra la influenza estacional y la gripe AH1N1 adecuándola a las cepas circulantes en el país. Se realizaron investigaciones sobre cobertura y se fortaleció la capacidad instalada de movilización y cadena de frío. Finalmente, se trabajó en la capacitación del personal de servicios; la realización oportuna de campañas para fortalecer y potenciar el programa permanente; la coordinación con instituciones educativas y la información permanente a la población.

La Ley de vacunas fue aprobada el 29 de febrero de 2012, mediante Decreto Legislativo y publicada en el Diario Oficial el 23 de marzo del mismo año. Esta Ley tiene por objeto garantizar a la población una adecuada inmunización de las enfermedades infecciosas prevenibles a través de la regulación y promoción de mecanismos que garanticen, en el sistema nacional de salud, la adquisición de vacunas, su abastecimiento, disponibilidad, distribución, conservación, aplicación y prescripción.

Aplicación de Vacunas

El Esquema Nacional de Vacunación incluye 16 vacunas: BCG, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, H. Influenzae b, Poliomieltis, Rotavirus, Neumococo 13 valente, Sarampión, Rubéola, Paperas, Influenza, Neumococo 23 valente, Rabia y Fiebre Amarilla.

Durante el año 2011, se aplicaron un total de 4,361,351 dosis. Se beneficiaron niños/as menores de 1 año 105,739 con un 88.4% de cobertura; niños/as de 1 año de edad 106,009; niños/as de 4 años 97,960; Embarazadas 75,907; Adultos 273,159; Adultos mayores de 60 años de edad 498,522 y personal esencial 19,028. El presupuesto ejecutado durante el año 2011 fue de: \$ 18.77 millones en 2011.

Se construyó y equipó un cuarto frío en la Región Central de Salud para conservar adecuadamente la cadena de frío de las vacunas y se obtuvo la donación de un vehículo por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo que contribuyó a mejorar el trabajo de campo del personal del PAI.

En el marco de la cooperación con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Ministerio de Salud le entregó a esta institución vacuna por un valor de \$2,151,981.15; mientras que el PAI del MINSAL recibió insumos por un valor de \$81,435.06. También al Batallón de Sanidad Militar se le entregó vacuna por un monto de: \$50,742.05

Investigación

En noviembre del 2011 se llevó a cabo una investigación sobre: Encuesta de Cobertura de Vacunación, financiada por (OPS), cuyo objetivo principal fue conocer las coberturas reales de vacunación en la población i) menor de 1 año y ii) menor de 5 años. Los resultados se pueden apreciar en la tabla 2 al final de este apartado.

El estudio concluye que el país tiene coberturas útiles de vacunación del 95% o más, excepto Rotavirus en niños menores de 1 año de edad. Y que los niños menores de 5 años tienen esquemas completos de vacunación en un 98% (tabla 2).

Además pone de manifiesto las excelentes coberturas de vacunación de las poblaciones susceptibles de presentar infecciones inmunoprevenibles. Es importante continuar trabajando intensamente para mantener estos niveles de protección.

Abastecimiento

El sistema de abastecimiento de medicamentos es complejo y los actores que intervienen en el proceso de adquisición son heterogéneos; en ese sentido, en el Ministerio de Salud, con el objetivo de mejorar los ni-

TABLA 2. Encuesta de Cobertura de Vacunación, OPS

VACUNA	MENORES DE 1 AÑO (%)	MENORES DE 5 AÑOS (%)
BCG	98.6	99.1
Rotavirus (segunda dosis)	81.7	86.7
Pentavalente (tercera dosis)	94.8	99.6
Poliomieltis (tercera dosis)	95.4	99.6
Sarampión, rubeola y paperas	95	

Fuente: Encuesta de Cobertura de Vacunación, OPS

TABLA 3. Producción total de dosis de vacunas aplicadas y coberturas de vacunación

	TOTAL DOSIS APLICADAS	PORCENTAJE DE COBERTURA*
	MENORES DE 1 AÑO	
BCG	109,359	91%
ROTAVIRUS	214,019	89.7%
PENTAVALENTE	321,392	89.4%
OPV	320,290	89.2%
NEUMOCOCO	227,787	98%
INFLUENZA (6 A 11 MESES)	98,214	54%
	DE 1 AÑO	
DPT/PENTAVALENTE 1er R	110,483	90%
OPV	112,466	94%
SPR	106,099	89.4%
NEUMOCOCO	75,880	61%
	DE 2 A 3 AÑOS	
OPV	4,790	
SPR	1,633	
	DE 4 AÑOS	
DPT REF 2	100,005	82%
OPV REF 2	99,770	82%
SPR	99,689	81.5%
INFLUENZA (1 a 4 años)	272,504	57%
OPV BLOQUEO	6,521	
	5 A 39 AÑOS	
SPR	4130	
	ADULTOS MAYORES	
NEUMOCOCO 23 VALENTE	243,606	44%
INFLUENZA	498,522	80%
	EMBARAZADAS	
Td	129,149	66%
INFLUENZA	38,642	33%
	PERSONAL ESENCIAL	
INFLUENZA	124,719	33%
INFLUENZA A H1N1	138,418	
FIEBRE AMARILLA	2,854	
ANTIRRÁBICA	21,385	

Fuente: Elaboración MINSAL

* Coberturas calculadas con base en población proyectada por DYGESTIC

veles de abastecimiento en la red de hospitales y regiones de Salud, se han realizado acciones encaminadas a proporcionar una respuesta oportuna a los usuarios.

En el rubro de medicamentos -uno de los pilares en la atención en los pacientes- no se llevaban registros fidedignos en las anteriores administraciones, dado que no se contaba un sistema de información que mostrará y detallará los niveles de abastecimiento en la Red de Servicios.

Pero en el año 2006, la Universidad de El Salvador realiza un estudio en la red de establecimientos del MINSAL, los datos de este estudio demostraron que los niveles de abastecimiento en el sistema público de salud lograban alcanzar únicamente el 50% del total de medicamentos requeridos.

En el año 2009 la nueva administración, encuentra desabastecida la red de servicios de medicamentos e insumos médicos que impedían realizar los procesos de atención de forma continua y con calidad.

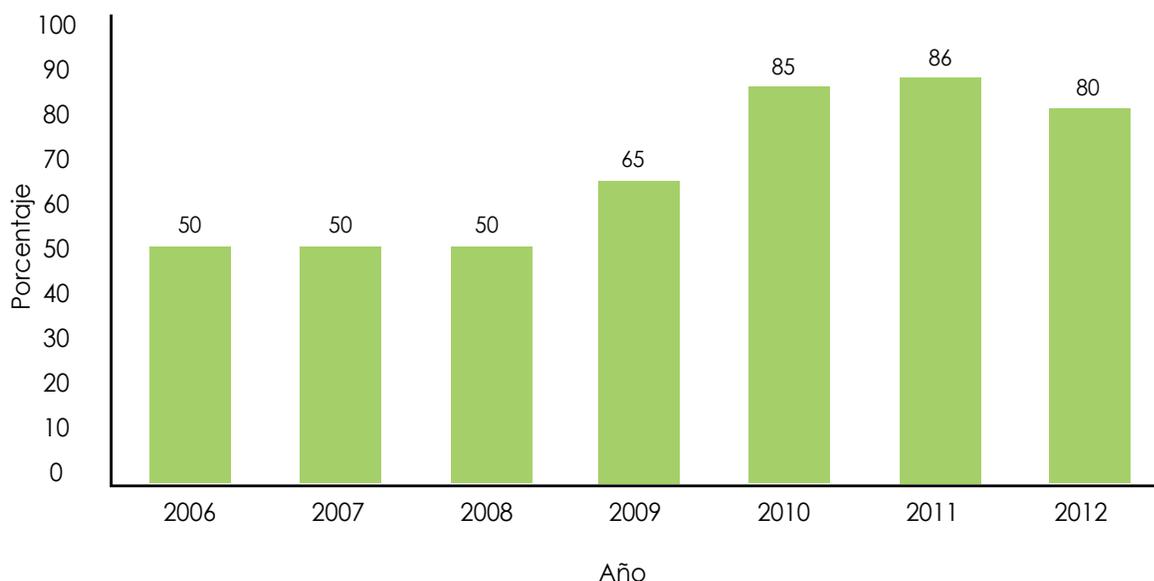
La supresión de las mal llamadas "cuotas voluntarias" permitió de manera inmediata el acceso a

los servicios de atención en salud de la población, lo que generó que incrementará la demanda en los establecimientos de salud y por ende en el consumo de medicamentos e insumos.

Es así que a finales de 2009, las autoridades toman la decisión de implementar un sistema que permitiera obtener información fiable sobre las existencias de medicamentos en la red pública y obtener datos en el tiempo real para la toma de decisiones. Se inicia con el proceso de implementación del Sistema Nacional de Abastecimientos (SINAB), específicamente el Módulo de Almacenes en los 30 Hospitales y en las 5 Direcciones Regionales de Salud, de tal forma que todos los Almacenes de Medicamentos, a la fecha están conectados y cuenta con información en cuenta real de las existencias a nivel nacional.

Para 2010, de los 433 medicamentos solicitados por los establecimientos de salud a escala nacional, se lograron adquirir 367, lo que representa el 85% de medicamentos abastecidos, tal como lo señala enseñada la gráfica 1.

GRÁFICO 1. Niveles de abastecimiento de medicamentos en el MINSAL



Fuente: MINSAL

CAPÍTULO 8



Los vínculos entre diversos actores sociales dentro de las comunidades han permitido que en el 90% de los municipios intervenidos no existan muertes maternas, que el 90% de los partos hayan sido institucionales y que el 100% de las embarazadas tenga un plan de parto.





PARTICIPACIÓN SOCIAL, INTERSECTORIALIDAD E INTRASECTORIALIDAD

La participación social es una de las principales apuestas en la actual Reforma de Salud. Ha permitido en este periodo potenciar en la población la identificación de sus necesidades sanitarias, el empoderamiento en la toma de decisiones, soberanía e iniciativa política. Se ha pretendido también el fortalecimiento en la planificación, acompañamiento, contraloría y evaluación de planes, programas y proyectos que conciernen a la salud.

Paralelamente, se ha fomentado la intervención activa en la formulación de políticas públicas de Salud, por medio de la conformación de equipos técnicos y comités consultivos que aglutinan diferentes instituciones y fuerzas vivas. Se ha buscado la representación de organizaciones con nexo a temáticas relacionadas como medicamentos, salud mental, lactancia materna, salud sexual y reproductiva, seguridad y salud ocupacional, salud bucal o bancos de sangre. La Participación Social en Salud ha sido canalizada fundamentalmente a través de los Comités de Salud, aglutinados en el Foro Nacional de Salud.

El trabajo interinstitucional desde la CISALUD, las Comisiones Departamentales y Municipales de Protección Civil, las acciones de las comunidades organizadas en el Foro Nacional de Salud y otras organizaciones sociales, ha permitido potenciar el eje 4 de la Reforma de Salud referido a la intersectorialidad e interinstitucionalidad, así como el abordaje de las determinantes sociales de la salud.

Los actores sociales mencionados generaron una amplia movilización social en defensa de la Ley de Medicamentos, que incluyeron diversas actividades. Una de las más destacables fue el encuentro de 400 líderes y lideresas del FNS provenientes de las cinco regiones de salud para dar a conocer la Ley aprobada y establecer estrategias de defensa de la misma.

Igualmente se promocionaron otros logros de la Reforma de Salud. Se acompañó a las comunidades, con abogacía, ante la vulneración del derecho a la salud en las siguientes situaciones: las comunidades ribereñas del lago Suchitlán; el relleno sanitario de Nejapa; los afectados por plomo en San Juan Opico; la demanda por reconstrucción del Puente del Coro

en el Distrito 6 de San Salvador, con acompañamiento del Ecos del lugar, pues la ausencia del mismo aísla a 24 comunidades entre las más vulnerables en la zona sur de la capital.

Con el MINED ha sido estratégico el trabajo conjunto para el control y prevención de enfermedades, epidemias y desastres. Las movilizaciones sociales de la comunidad educativa (alumnos/as, maestros/as, madres y padres de familia) han permitido sensibilizar a la colectividad sobre problemas de salud que aquejan a la población. Esto ha contribuido a facilitar la participación activa de la población en la construcción de su salud, implementando los filtros escolares, jornadas promocionales diversas, ferias de la salud, desfiles o días conmemorativos, entre otros. Todas estas actividades reflejan la puesta en práctica de lo plasmado en la currícula, planes y programas educativos; elaborados y revisados conjuntamente entre el MINED y el MINSAL.

Con la finalidad de involucrar a la población, para que participe activamente en las acciones de prevención y promoción de la salud, se aumentaron las actividades de movilización social como el perifoneo y las campañas educativas. Las coordinaciones con instituciones gubernamentales, municipales, ONG's y otros actores locales se duplicaron en los últimos tres años, pasando de 4.245 en el año 2009 a 8.916 en el 2011.

El Foro Nacional de Salud realizó dos estudios de percepción sobre el trabajo de Ecos Familiares, uno de alcance nacional y otro en el departamento de Morazán. Dichos estudios fueron presentados a representantes de las comunidades, a las autoridades y a personal del MINSAL.

Igualmente junto al Foro Nacional de Salud se ha participado en la elaboración del estudio sobre el impacto a la salud en las comunidades aledañas al relleno sanitario ubicada en el municipio de Nejapa. El estudio ha permitido hacer un abordaje integral de saneamiento ambiental y epidemiológico; así como de percepción de la población respecto a los efectos para la salud de las comunidades circunvecinas. La reactivación de la Intersectorial de Salud

de Nejapa, así como la formulación participativa de planes, programas y proyectos, a partir de los problemas identificados, permitirán que la población pueda tomar control sobre aquellas determinantes locales de la salud identificadas en el estudio.

Una de las fortalezas del nuevo modelo de atención es el fomento de la organización comunitaria, la participación social y el abordaje Intersectorial de las determinantes de la salud, que contribuye a la toma de decisiones en las comunidades. Se encuentran funcionando 861 Comités Locales de Salud, conformados por personal voluntario de las comunidades y se han realizado 1,510 asambleas comunitarias.

Se ha fomentado la participación social a través de la elaboración conjunta de los análisis de situación de salud y los diagnósticos comunitarios participativos. Esto últimos, se retroalimentan mediante la devolución a la comunidad del diagnóstico. El análisis y elaboración de los planes de intervención en las comunidades desarrolla el nuevo modelo de atención con los Ecos Familiares.

El MINSAL está implementando la estrategia de empoderamiento de mujeres, individuos, familias y

comunidades (MIFC) para mejorar la salud materna y neonatal. Tiene como propósito promover y desarrollar, en mujeres, hombres, familias y comunidades, capacidades que conlleven una mayor demanda y mejor calidad de los servicios. Fortalece vínculos entre diversos actores sociales dentro de la comunidad, así como las capacidades y la toma de conciencia para mantenerse saludables y participar efectivamente en acciones de reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal.

El programa es coordinado por el Comité Nacional MIFC, integrado por el MINSAL y la Concertación Educativa de El Salvador (CEES), con el apoyo técnico de la OPS/OMS y el apoyo técnico y financiero de Enfants du Monde (EDM). La estrategia MIFC se ha implementado en 8 municipios del país: Izalco, Nahuizalco, Santo Domingo de Guzmán y Santa Catarina Masahuat, Panchimalco, Rosario de Mora, El Paraíso y Perquín. Se han capacitado 1,654 recursos humanos multidisciplinares en salud materna y neonatal. También existe un mayor acompañamiento de los adultos masculinos cuyas parejas están, o han estado, embarazadas para que vayan a los controles prenatales.



Entre los logros de este periodo, se destaca que en el 90% de los municipios intervenidos no existen muertes maternas; el 90% de partos han sido institucionales y el 100% de mujeres embarazadas tienen un plan de parto cumplido.

En el contexto de la implementación del Plan de Salud Intercultural en municipios de alta herencia indígena, el MINSAL ha identificado en las áreas intervenidas, con el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que el 9% (30.869) de las familias adscritas se identifican con los pueblos indígenas Nahuat/Pipil, Lenca y Kakawira. Se ha iniciado un trabajo en reconocimiento a la diversidad cultural, revalorizando los saberes ancestrales y ejerciendo una discriminación positiva hacia los pueblos originarios con un diálogo constante e intercambio de conocimientos. Se capacitaron 45 recursos humanos de salud, en los municipios de San Simón, Cacaopera, Guatajiagua, Sesembra, Osicala, Gotera, Sonsonate, Izalco y Nahuizalco, sobre Diversidad Cultural y Salud, con apoyo de la OPS, UNICEF y el Programa Conjunto Protegiendo a la Infancia. Para la atención diferenciada de esta población se está participando en la Mesa Sectorial de Pueblos Indígenas de la Secretaría de Cultura. En ella se elabora el plan de salud intercultural a ser implementando a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar. Este plan está en proceso de construcción con el apoyo del Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS), Secretaria de Cultura y la OPS. Este proceso se implementaría en áreas de alta herencia indígena.

Intersectorialidad e intrasectorialidad

Intrasectorialidad se refiere al esfuerzo de articulación efectiva e interna del Sector Salud con representación de: MINSAL, ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, ISRI, ONG's, Universidades formadoras de recursos humanos en salud, organismos de cooperación en salud, entre otros.

Intersectorialidad se refiere al esfuerzo de articulación con el resto de sectores gubernamentales y no gubernamentales, no directamente relacionados con salud, pero con los que se comparten intereses comunes. En el campo de la intrasectorialidad los avances significativos en el tercer año de gobierno son los siguientes:

MINSAL-ISSS integración en San Martín

La experiencia del proceso de integración entre el MINSAL y el ISSS en el municipio de San Martín, con

una población de más de cien mil habitantes, ha sido la integración de los Prestadores de Servicios de Salud. El Municipio cuenta con: una Unidad Comunitaria de Salud Familiar y Especializada, cinco Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos-Familiares) del MINSAL; una Clínica Comunal del ISSS y cinco Equipos Básicos de Salud.

Antes del proceso de coordinación intrasectorial MINSAL-ISSS, el Ministerio de Salud brindaba cobertura a un promedio del 40% de la población del Municipio de San Martín, mientras que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social cubría el 19%. A partir del segundo semestre de 2011, se iniciaron una serie de reuniones, entre los equipos técnicos de ambas instituciones, para concretar un proceso gradual de integración de los servicios de salud en dicho municipio.

La propuesta de integración se basa en garantizar a la persona, la familia y la comunidad, el derecho a la salud, por medio de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud con equidad, universalidad y solidaridad.

La propuesta de trabajo de forma integrada está basada en los siguientes aspectos:

- I. Realizar la asignación de áreas y población para cada una de las Instituciones, indistintamente de su condición de asegurado o no asegurado.
- II. Conformación y acción conjunta de los Equipos Comunitarios de ambas instituciones, los cuales se identifican con el logo de ambas instituciones (Ecos-Familiares MINSAL y Equipos Básicos de Salud ISSS, reforzados con un promotor de salud que les asignó el MINSAL).
- III. Definir funciones a desarrollar por ambos Equipos Comunitarios.
- IV. Funcionamiento en RISS de los equipos en el territorio.
- V. Unificación de instrumentos de recolección de información con ambos logos -fichas familiares, familiograma, ficha de seguimiento para la dispensarización, hoja de referencia y retorno, hoja de interconsulta, entre otros- y utilización compartida de sistemas de información y vigilancia epidemiológica.
- VI. Elaborar y operativizar un mecanismo de monitoreo, supervisión y evaluación conjunto para ambas instituciones.
- VII. Desarrollo y capacitación de los recursos humanos de ambas instituciones.

CONVENIOS MINSAL-ISSS

- I) Convenio Marco de Cooperación entre el MINSAL y el ISSS.
- II) Convenio Específico entre el MINSAL-ISSS para la Provisión de Servicios de Salud.
- III) Convenio específico de Cooperación para la Unificación y fortalecimiento del programa nacional de vacunas e inmunizaciones de El Salvador. En el marco de éste convenio se le entregó al ISSS, en el año 2011, vacuna por un valor de: \$2,151,981.15 y el MINSAL recibió insumos provenientes del ISSS que tienen un valor de: \$81,435.06.
- IV) Convenio específico de Cooperación entre el ISSS y el Hospital Nacional Benjamín Bloom para el suministro de alimentación parenteral total a neonatos de las nurserías del ISSS.
- V) Convenio de cooperación entre el ISSS y el MINSAL sobre la utilización de los servicios del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para compra conjunta de anticonceptivos y productos relacionados.

MINSAL-FOSALUD

- II. Cobertura de atención por personal de FOSALUD en horarios ampliados: días festivos, fines de semana y 24 horas en 154 establecimientos de salud.
- II. Financiamiento de insumos médicos para apoyar a 19 Hospitales Nacionales.
- III. Financiamiento de material de osteosíntesis para el apoyo de 8 hospitales Nacionales
- IV. Transferencias de medicamentos para apoyo a la red de servicios del MINSAL.
- V. Financiamiento para personal de enfermería para el Hospital Nacional Rosales, programadores de sistemas, laboratorio clínico y personal de apoyo a los programas regulares del MINSAL.

Con el trabajo conjunto MINSAL-ISSS se ha logrado la mejora en el acceso a los servicios de la salud de la población del municipio, obteniendo una cobertura del 90% de la población de San Martín: lo que significa un 30% más de cobertura de la existente antes del trabajo integrado. Se han optimizado los recursos, reduciendo la duplicidad de esfuerzos, y avanzando en la reducción de las inequidades tradicionales entre las personas que acceden a servicios brindados por el ISSS y aquellos que acceden al Ministerio de Salud.

Convenios Bienestar Magisterial-Ministerio de Salud

Se han renovado los convenios entre los 30 hospitales del MINSAL y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, se reelaboró el convenio marco y se elaboraron convenios específicos homologados de acuerdo a la categorización de hospitales que incluye aumento en los aranceles que paga ISBM al MINSAL.

Comité de seguimiento a la LEPINA

El 26 de mayo 2011, se conforma el Comité de Seguimiento a la LEPINA en el Sector Salud (integrado por: MINSAL, ISSS, FOSALUD, COSAM, ISNA, ISRI, ISBM, Red de Clínicas Parroquiales y UNICEF), con el objeto de coordinar a los prestadores de servicio de salud públicos y privados, a fin de que se dé pleno cumplimiento de la LEPINA en el Sector Salud.

Se han obtenido los siguientes logros:

1. Puesta en práctica de la ficha médica de nacimiento unificada por las instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud, tal como lo señala la Lepina. Ya está operativizada en las 28 maternidades del MINSAL, en las 15 del ISSS y en las 2 del Comando de Sanidad Militar.
2. Inicio de capacitaciones para los miembros del Comité de Seguimiento a la LEPINA del sector salud por UNICEF. Los integrantes del comité han comenzado a reproducir las capacitaciones al personal de salud en sus respectivas instituciones.
3. Se realizó un taller para elaborar el Plan de trabajo 2011-2012, para dar cumplimiento a las responsabilidades que el sector salud tiene en relación a la Ley Lepina.
4. Están en el proceso de elaborar el diagnóstico de la situación actual del cumplimiento de la LEPINA, en cada una de las instituciones.

Intersectorialidad

Comité Técnico Intersectorial de la Niñez

La conformación del Comité Técnico Intersectorial de la Niñez está permitiendo consolidar la planificación y ejecución de intervenciones integrales dirigidas a la detección y atención a las enfermedades prevalentes en niños y niñas. Además se ha conformado una

Comisión Intersectorial e Interagencial permanente. El fin es dar seguimiento a las estrategias de atención integral e integrada de la salud entre adolescentes, para el abordaje de las determinantes asociadas a la salud de este grupo de población.

Comité Intersectorial Visión 20-20

Con objeto de beneficiar a la población en la detección y prevención de las afecciones visuales y patologías oculares se ha fortalecido y consolidado el funcionamiento del Comité Intersectorial Visión 20-20. A través de este se desarrollan acciones integrales con intervenciones dirigidas no sólo a la población adulta y adulta mayor, sino en todo el ciclo de vida.

Comité interinstitucional de Salud Bucal

Se ha oficializado el Comité Interinstitucional de Salud Bucal, integrado por 26 instituciones: 4 Facultades de Odontología, 3 Agencias de Cooperación (OPS, UNICEF y UNFPA), ISSS, Comando de Sanidad Militar, ISBM, Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, MINED, 3 ONG's, 7 Asociaciones de Profesionales, entre otras. El logro más significativo en este periodo ha sido la elaboración de la Política Nacional de Salud Bucal, la cual busca contribuir a la reducción de las enfermedades bucales de la población salvadoreña.

Comité Intersectorial para la Prevención y Atención de todas las Formas de Violencia

Este Comité tiene por objeto coordinar acciones para la atención de la población afectada por violencia. Está conformado por diversas instituciones gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil.

LOGROS DEL COMITÉ INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA:

Elaboración del Plan Estratégico de Prevención y Atención Integral e Integrada de Violencia en Todas sus Formas en el Ciclo de Vida, 2012-2016

Apoyo de la Asociación Demográfica Salvadoreña con documentos de Ley Especial para una vida libre de violencia para las Mujeres

Capacitación de 100 recursos multidisciplinarios de Salud de las 5 Regiones

Apoyo de ISDEMU para la capacitación de 64 recursos multidisciplinarios del Hospital de Santa Ana en las misma temática.

Comité Nacional de Lactancia Materna y Alimentación del Lactante

Está funcionando el Comité Nacional de Lactancia Materna y Alimentación del Lactante, integrado por 15 instituciones del sector público, académico y asociaciones de profesionales. Han logrado la elaboración de un nuevo Proyecto de Ley de Promoción, Protección y apoyo a la Lactancia Materna que será presentado a las Autoridades Ministeriales para su revisión y posterior remisión a la Asamblea Legislativa.

Mesa intersectorial de enfermería

Dicha mesa está constituida por todas las instancias representativas de Enfermería del país: Unidad de Enfermería del MINSAL, Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador (ANES), Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería (JVPE), Hospital Militar Central, ISRI, ISSS, Hospitales Privados, Consejo de Enfermeras Formadoras de Recursos de Enfermería de El Salvador (CEFRES), Dirección General de Centros Penales y Corte Suprema de Justicia.

El objetivo es crear alianzas y fortalecer el abordaje de situaciones que inciden en la prestación del cuidado integral al usuario de servicios de salud. Comprende los procesos de formación de recursos humanos de enfermería en el marco de la garantía del derecho humano a la salud. La integración de esta alianza estratégica de trabajo surge a iniciativa de la Unidad de Enfermería del MINSAL.

Esfuerzos intrasectoriales e intersectoriales

Se cuenta con 153 Consejos Intersectoriales en las Microrredes Municipales e Intermunicipales, conformados por representantes del sector gubernamental, no gubernamental y la sociedad civil. Su propósito es facilitar un espacio para la concertación ciudadana e intersectorial en salud. El fin es contribuir al funcionamiento de las redes y microrredes, e incidir de manera efectiva en las determinantes de salud a nivel municipal e intermunicipal.

Gabinetes de gestión departamental

El MINSAL participa en los 14 Gabinetes de Gestión Departamental, donde confluyen las instituciones de gobierno con representación en el departamento, para la elaboración y abordaje intersectorial de los planes de desarrollo en el departamento.

Comisiones de protección civil, prevención y mitigación de desastres

El MINSAL participa en las Comisiones Comunales, Municipales, Departamentales y Nacional de Protección Civil, Prevención y Mitigación de desastres. Se activan en situaciones de emergencia y desastre, donde el MINSAL coordina la Comisión Técnica Intersectorial de Salud, con representación gubernamental y no gubernamental.

Alianza Nacional en Apoyo a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

Se han establecido alianzas específicas para avanzar en las temáticas prioritarias: Salud materna, abordaje de la sexualidad en el ciclo de vida, prevención del cáncer del aparato reproductor masculino y femenino, salud perinatal y neonatal.

En cada una de estas alianzas se ha definido el alcance según áreas de trabajo, funciones principales, plan de reuniones, integrantes y comités propuestos.

Las instituciones participantes en la Alianza para SSR son: ISSS, Sanidad Militar, ADS, MINSAL, Bienestar Magisterial, hospitales privados, instituciones de educación formadoras de recursos humanos en salud, Asociación de Ginecología y Obstetricia, ANES, Instituto del Cáncer, Asociación de Colposcopia, Basic Health, ASAPRECAM, OPS, UNFPA, USAID, CEMUJER, Asociación Atlacatl, ONU MUJERES, DIGNAS, ORMUSA, ISDEMU y representantes del Foro Nacional de Salud.

Comité de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

Se cuenta con un plan estratégico intersectorial para la atención integral de las ECNT, en proceso de oficialización. Aborda las prioridades sobre las cuales se puede construir un programa nacional que pueda trabajar en la prevención de los factores de riesgo más comunes.

El Comité de ECNT está conformada por: MINSAL, ISSS, ISBM, Fosalud, Sanidad Militar, ISRI, MINED, MARN, MTPS, MINEC, Defensoría del Consumidor, MAG, INDES, COMURES, MOP, Ministerio de Justicia y Seguridad, Colegio Médico, Instituto Nacional de Pensionados, Universidades y escuelas formadores de recursos humanos en salud, Foro Nacional de Salud, sociedad civil organizada y diferentes organizaciones no gubernamentales.

Programa Presidencial Territorios de Progreso

En el marco del Programa Presidencial Territorios de Progreso, el MINSAL participa en el Comité de Delegados Nacionales y en el Consejo de Territorios de Progreso. Se están interviniendo seis municipios de la Bahía de Jiquilisco: Concepción Batres, Jiquilisco, Jucuarán, San Dionisio, Puerto el Triunfo y Usulután. En ellos, se están desarrollando acciones de construcción y equipamiento de siete Unidades Comunitarias de Salud Familiar, nueve Ecos Familiares y dos Especializados, donde se han adscrito 8,721 familias.

Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD)

La CISALUD es una estructura conformada por 44 instituciones gubernamentales, no gubernamentales, autónomas, gremiales, privadas e internacionales y una representación de la comunidad a través del Foro Nacional de Salud, bajo la coordinación del Ministerio de Salud. Se ha erigido, desde su origen, en un espacio valioso para el abordaje de las diferentes problemáticas que aquejan o amenazan la salud de la población.

Es así como se cumple con los principales objetivos: fomentar la participación interinstitucional e intersectorial de manera sostenible y efectiva; y mantener la responsabilidad compartida de las instituciones y sectores en cuanto a prevención y control de enfermedades y el abordaje de emergencias.

Como parte del quehacer de CISALUD se ha trabajado en la elaboración de planes, lineamientos y otros documentos con la participación de recursos técnicos y multidisciplinarios de las distintas instituciones representadas en todas las escalas del país: nacional, regional, departamental, municipal y local.

Durante 2011, se registran importantes avances en la integración de instituciones y sectores. Se han desarrollado capacidades y experiencias que permitieron agilizar intervenciones a través de instituciones y sus dependencias, para enfrentar eventos tales como los brotes de influenza, el dengue, el cólera y las emergencias ocasionadas por lluvias persistentes en el territorio nacional.

Para el año 2011, se realizaron 21 reuniones de CISALUD: 11 de la comisión técnica y 10 de la comisión política. Se mantiene el nivel de convocatoria de las reuniones y una asistencia del 85% de las instituciones invitadas.

TEMÁTICAS QUE SE ABORDAN EN CISALUD

Vigilancia y análisis de riesgos, eventos y enfermedades de interés epidemiológico (enfermedades respiratorias agudas, diarreas, dengue, marea roja, cólera, entre otras)

Planificación de estrategias de intervención para la prevención y control (filtros escolares y jornadas contra el dengue).

Emergencias y desastres (elaboración de lineamientos, socialización de planes de contingencia, respuesta ante los eventos, entre otros).

Contaminación ambiental y atmosférica

Gabinetes de gestión departamental

Salud y Turismo

Seguridad vial

El tabaco como causa evitable más importante de muerte prematura

Es importante enfatizar que uno de los elementos que se mantienen transversalmente en el desarrollo de la metodología de trabajo de CISALUD es la actualización periódica de la situación de salud del país, a partir de la obtención de datos representativos del Sector Salud (MINSAL, ISSS, Comando de Sanidad Militar, Fosalud, ISBM y otras instituciones prestadoras de servicios de salud).

La CISALUD se convierte además en una estructura generadora de conciencia institucional y

también en una estructura gestora de estudios de investigación de los riesgos de la salud entre la población. A través de un enfoque interinstitucional y multisectorial, permite utilizar, de manera integrada, información existente en los diferentes ámbitos e instituciones. Tal es la ejecución a mediano plazo de un estudio del impacto de la contaminación atmosférica en la salud respiratoria y cardiovascular de la población expuesta. Para el estudio se integrará la información existente en diferentes instituciones (MARN, VMT, MINSAL, ISSS), lo que permitirá consolidar la evidencia científica necesaria para generar políticas saludables.

En relación con el tabaquismo, como una de las causas evitables más importantes de muerte prematura a nivel mundial, se divulgó la "Encuesta mundial sobre tabaco" (GHPSS) a estudiantes de universidades públicas y privadas de profesiones de salud; realizada con la participación de siete universidades de El Salvador con carreras de Medicina, Odontología, Enfermería y Química y Farmacia. Se realizaron 1177 encuestas para determinar la prevalencia, actitudes y conocimientos sobre el consumo de tabaco, exposición de segunda mano, cesación y plan de formación de los estudiantes de tercer año de las carreras de medicina, odontología, enfermería y química y farmacia, en las universidades públicas y privadas de El Salvador, en el período de marzo a junio de 2011.



INSTITUCIONES QUE CONFORMAN CISALUD

1	Ministerio de Salud
2	Ministerio de Educación
3	Ministerio de Defensa Nacional
4	Ministerio de Gobernación
5	Ministerio de Hacienda
6	Ministerio de Justicia y Seguridad Pública
7	Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales
8	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
9	Ministerio de Agricultura y Ganadería
10	Ministerio de Obras Públicas, Transporte y Vivienda
11	Ministerio de Relaciones Exteriores
12	Ministerio de Turismo
13	Viceministerio de Transporte
14	Dirección General de Protección Civil
15	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
16	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
17	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
18	Comando de Sanidad Militar
19	Hospital Militar Central
20	Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)
21	Policía Nacional Civil
22	Dirección General de Centros Penales (DGCP)
23	Instituto de Medicina Legal
24	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador (COMURES)
25	Consejo de Alcaldes del Área Metropolitana de San Salvador (COAMSS)
26	Colegio Médico de El Salvador
27	Sociedad de Infectología de El Salvador
28	Asamblea Legislativa
29	Cruz Roja Salvadoreña
30	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA)
31	Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL)
32	Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma (CEPA)
33	Centro de Investigación y Desarrollo en Salud de la UES (CENSALUD)
34	Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP)
35	Defensoría del Consumidor
36	Organismo Internacional Regional de Sanidad Animal (OIRSA)
37	Organización Panamericana de la Salud (OPS)
38	Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
39	Plan Internacional
40	CARE
41	Visión Mundial
42	USAID
43	Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud
44	Foro Nacional de Salud

TABLA 1. Temática desarrollada en CISALUD durante el 2011

TEMAS	ACUERDOS	RESPONSABLE	ACTORES RELEVANTES	ESTADO ACTUAL
Quemaduras por uso de pólvora	Propuesta de ley para prohibir comercialización y uso de pólvora	Ministerio de Gobernación	Protección Civil, MINSAL, ISSS, ISBM, COSAM, Bomberos	Existe una mesa técnica intersectorial liderada por Ministerio de Gobernación
Lineamientos para plan de abordaje contra el cólera	Socialización en instituciones de CISALUD lineamientos y elaborar plan para posible epidemia de cólera	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Se socializó los lineamientos y se envió copia digital e impresa a los Titulares de todas las instituciones de CISALUD
Priorización de temas para CISALUD	Propuesta de priorización de temas para abordaje en Comisión	MINSAL	Instituciones que conforman CISALUD	Se realizó priorización de temas para plan anual de reuniones de la Comisión
Contaminación Medioambiental	Realización diagnóstico medioambiental y nombramiento de enlaces. Taller para abordaje intersectorial del proyecto sobre contaminación medioambiental	Ministerio de Medio Ambiente	MINSAL, ANDA, Ministerio de Agricultura	Se está llevando a cabo el estudio, se realizará encuesta de las capacidades de laboratorio en materia de diagnóstico medio ambiental en las diferentes instituciones
Enfermedad renal crónica	Involucramiento de los sectores de la sociedad en prevención y tratamiento de la ERC	MINSAL	MINSAL, FOSALUD, ISSS, ISBM, Sanidad Militar	Se socializaron resultados preliminares de investigación de ERC desarrollada por Nefrolempa.
Gabinetes de gestión departamental	Gabinetes fortalecerán articulación de intersectorialidad en todos el país. Darán a conocer a los Gobernadores acuerdos de CISALUD para ejecución departamental y local	Ministerio de Gobernación	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Se socializó los mecanismos de funcionamiento de los gabinetes de gobierno, a través de los cuales se dan a conocer los lineamientos y compromisos que deben cumplirse por los niveles departamentales.
Red de Actividad Física	Planificación y desarrollo de encuesta poblacional para establecer línea de base de hábitos de alimentación y de actividad física	Unidad de Nutrición de MINSAL	Ministerio de Salud, FOSALUD, ISSS, ISBM, Sanidad Militar	Se realizó el Curso Internacional de Actividad Física con participación multidisciplinaria y multi-sectorial.
Taller de Liderazgo en crisis emergencias de salud pública	Taller de capacitación de recurso humano de instituciones de CISALUD para abordaje de emergencias	CDC y Ministerio de Salud	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Se desarrolló del 29 al 31 de marzo el taller de capacitación de profesionales multidisciplinarios y multisectoriales.

TEMAS	ACUERDOS	RESPONSABLE	ACTORES RELEVANTES	ESTADO ACTUAL
Minería a cielo abierto	Sensibilización de tomadores de decisiones sobre impacto negativo de explotaciones mineras en medioambiente y población. Enviar video y pieza de correspondencia con postura y recomendables a la Asamblea Legislativa	MINSAL	Foro Nacional de Salud Todas las instituciones que conforman CISALUD	Se envió pieza de correspondencia para sensibilización de las autoridades de la Asamblea Legislativa.
Salud y Turismo	Informar sobre el trabajo realizado por la Comisión Nacional de Salud y Turismo del país.	MINSAL y Ministerio de Turismo	MARN, MINSAL, Ministerio de Turismo, CORSATUR, Cámara Salvadoreña de Turismo, Politur, OPS	Se realizó el 26 de mayo el FNS y Turismo y se está trabajando en la elaboración del Plan Nacional de Salud y Turismo.
Liderazgo, seguimiento y efectividad del trabajo intersectorial en CISALUD	Cada institución hará revisión del documento entregado para seguimiento de acuerdos y definir e informar avances en el período	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Las instituciones informaron el trabajo que están realizando.
Seguridad vial, perspectiva de VMT, PNC, IML y FNS	Sugerencias para mejorar condiciones actuales respecto a la seguridad vial	Viceministerio de Transporte y PNC	Todas las instituciones que conforman CISALUD	El 11 de mayo, Lanzamiento de la Década Mundial de la Seguridad Vial,
Avances estudio de tabaquismo en El Salvador	Continúa ejecución de investigación de acuerdo con programación.	FOSALUD y MINSAL	FOSALUD, MINSAL, Ministerio de Educación	Se realizó el estudio según el cronograma estipulado y se divulgaron los resultados.
Bloqueo del relleno sanitario de Nejapa	Reunión autoridades para evaluar problema y soluciones. Correspondencia a Presidencia de la República para exigir que MIDES cumpla compromisos. Estudio de impacto ambiental y en la salud de la población aledaña al relleno sanitario	Foro Nacional de Salud	Foro Nacional de Salud, MINSAL, Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Obras Públicas	Se elaboró pieza de correspondencia a MIDES solicitando el cumplimiento de los compromisos adquiridos a lo cual no hubo respuesta.

TEMAS	ACUERDOS	RESPONSABLE	ACTORES RELEVANTES	ESTADO ACTUAL
Plan Invernal	Reunión de la CTSS con representantes técnicos de CISALUD para actualización Plan Sectorial Emergencias y Desastres 2011	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Revisión y actualización de lineamientos para reparación, respuesta y rehabilitación de servicios de salud en emergencias y desastres. Se oficializó documento
Centros penitenciarios saludables	Establecer una propuesta de trabajo conjunta entre MINSAL y Dirección General de Centros Penales para mejorar la situación de salud de los privados de libertad	Dirección General de Centros Penales	Dirección General de Centros Penales y Ministerio de Salud	MINSAL elaboró propuesta de trabajo. Se acordó establecer una línea de base por parte del equipo de Centros Penitenciarios y definir los procedimientos necesarios a cumplir de acuerdo a normas institucionales de seguridad.
Jornada Nacional contra el Dengue	Planeación de la primera jornada contra el dengue	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Ejecución de la primera jornada del 8 al 10 de julio.
Impacto a la salud de las personas aledañas al relleno sanitario de Nejapa	Realizar un estudio de impacto ambiental y de impacto a la salud de la población de las comunidades aledañas al relleno sanitario de Nejapa	MINSAL	Foro Nacional de Salud, Provida, Comunidad	Se finalizó el estudio de impacto ambiental y de impacto a la salud de la población de las comunidades aledañas al relleno sanitario de Nejapa.
Jornada Nacional contra el Dengue	Planeación de la segunda jornada contra el dengue	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Ejecución de la segunda jornada del 26 al 28 de agosto.
Propuesta de fortalecimiento de la gestión de recursos hídricos	Se desarrollarán estrategias para impulsar las gestiones propuestas.	Secretaría Técnica de la Presidencia	MAG, MARN, ANDA, MINSAL	Se socializará posteriormente los avances.
Acciones de salud para el manejo de emergencias y desastres	Socializar al interior de las instituciones los lineamientos para el abordaje de emergencias y desastres	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Socialización de los mecanismos de coordinación para la respuesta a emergencias y desastres
Emisión de gases de vehículos automotores y sus posibles vías de solución	Analizar el efecto negativo de la contaminación ambiental en la salud de la población salvadoreña	MARN, Vice-Ministerio de Transporte, MINSAL	MINSAL, ISSS, MARN, VMT, CDC, OPS	Investigación planificada que establezca el impacto de la contaminación ambiental en la salud de la población a través de la integración de información de los diferentes sectores.

TEMAS	ACUERDOS	RESPONSABLE	ACTORES RELEVANTES	ESTADO ACTUAL
Informe del trabajo realizado en el abordaje de la emergencia por la tormenta 12E	Dar continuidad al trabajo realizado en respuesta a las necesidades de la población afectada por la emergencia nacional.	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Socialización del informe final sobre el abordaje de la emergencia nacional por la tormenta 12E.
Jornada Nacional contra el dengue	Planeación de la tercera jornada contra el dengue	MINSAL	Todas las instituciones que conforman CISALUD	Ejecución de la tercera jornada del 11 al 13 de noviembre.
Mecanismos de control de la materia prima para productos pirotécnicos	Equipo con personal de FOSALUD, PNC, Hospital Bloom y FNS para elaboración de pronunciamiento sobre pirotécnicos, que se someterá a evaluación de la comisión política de CISALUD. Se conformó una comisión técnica para elaboración de propuesta de trabajo en relación con prohibición o regulación de los pirotécnicos en el país.	División de Armas y Explosivos de la Policía Nacional Civil	PNC, Cuerpo de Bomberos, Ministerio de la Defensa Nacional, MIGOBMARN, CSSP, VMT, MINED, MINSAL, FOSALUD, ISSS	La propuesta que se realizó por consenso de los representantes de las instituciones fue la prohibición de los productos pirotécnicos y su uso exclusivo para espectáculos públicos. Se trabajarán propuestas de solución a problema de pirotécnicos. Deberán incluirse alternativas de trabajo para personas que se dedican a su fabricación de estos productos.
Papel del Cuerpo de Bomberos en la problemática de pirotécnicos		Cuerpo de Bomberos de El Salvador		
Atención de lesionados por productos pirotécnicos en los servicios de salud		Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom	MINSAL, FOSALUD	
Campaña de prevención de quemaduras por pirotécnicos		FOSALUD	MINSAL, FOSALUD, ISSS, MINED	Finalizó campaña. Impacto en reducción de los casos de quemados durante el período de fin de año

Fuente: MINSAL

CAPÍTULO 9



El enfoque estratégico del MINSAL ha sido transitar de programas fragmentados y verticales hacia programas integrados y horizontales. Hasta el momento, se han logrado avances significativos.



PROGRAMAS PRIORITARIOS



Actualmente funcionan cuatro grandes unidades para la atención a la persona en el ciclo de vida: Unidad de Atención integral e integrada a la Salud Sexual y Reproductiva, Unidad de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes, Unidad de Atención a las personas en todas las formas de violencia y Unidad de Atención a la Salud Bucal.

Para definir las causas de los problemas de salud pública y poder incidir en las principales determinantes sociales; se han fortalecido los esfuerzos para continuar con los procesos de investigación.

En coordinación con las diferentes direcciones del MINSAL, se avanzó en el sistema de monitoreo, supervisión y evaluación de los programas en los diferentes niveles de atención de la RISS.

Ha comenzado el proceso de creación de la Unidad de Género del MINSAL, que permitirá la transversalización del enfoque de género de manera sistemática, en todas las estructuras y fortalecer el marco regulatorio. Con la iniciativa del grupo de mujeres parlamentarias de la Asamblea Legislativa, se ha apoyado un fondo destinado a mejorar los programas de atención a la salud de la mujer y la niñez. En el tercer año de ejecución, se ha continuado suministrado personal, material, equipo e insumos, para los establecimientos de la RISS con mayores necesidades, que garanticen una atención con calidad y calidez.

Atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR)

En el área de Salud Materna, el principal logro ha sido la reducción de la mortalidad materna. Para el año 2010, la ratio de la mortalidad materna fue de 51.8 por 100,000 y se redujo hasta 50.8 por 100,000 para 2011. El reto es mantener la ratio por debajo de 53 por 100,000, que es la meta 5-A de los Objetivos del Milenio para 2015 en el país.

También se ha mejorado la cobertura de atención prenatal del 81 al 90% y la cobertura de atención post parto del 87 al 95%. La cobertura de parto institucional ha alcanzado el 90%. Otro de los logros

principales es la vigilancia de las muertes maternas y de las morbilidades extremas. Para ello, se han realizado todas las auditorias de las muertes maternas en el país y las auditorias de las morbilidades extremas, que permiten reorientar estrategias para mejorar la calidad de atención en la RISS.

Para mejorar la salud materna se han realizado estrategias dentro de la comunidad. Se ha incrementado la accesibilidad de las mujeres embarazadas en el área rural, mediante la actualización de la estrategia del plan de partos y Hogares de Espera Materna con enfoque de riesgo en la mujer, la familia y la comunidad. Se ha logrado beneficiar a 1,580 mujeres en los hogares de espera materna, que tuvieron acceso a parto hospitalario. Otro de los logros importantes es la incorporación de métodos de larga duración en el área de planificación familiar.

Con el fin de contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna y peri neonatal y de fortalecer la capacidad de respuesta de la RISS, se capacitó al personal en competencias obstétricas, perinatales y de planificación familiar. Las capacitaciones se ejecutaron con apoyo de la unidad de enfermería, en un trabajo conjunto con la unidad de SSR. Se capacitó a 325 recursos humanos de enfermería y 116 agentes comunitarios (44 Parteras y 72 Promotores de Salud) de las Regiones Occidental, Metropolitana y Oriental de Salud. Además se entregaron 259 maletines con equipos básicos para la atención (estetoscopios, tensiómetros, fetoscopios y otros), 3 maniqués obstétricos y 252 libros; como apoyo para la docencia en servicio.

Para la prevención del embarazo en adolescentes, se están desarrollando diferentes estrategias. Los Círculos educativos de adolescentes embarazadas se extienden al 80% de los establecimientos de salud. También se han formado 400 promotores juveniles en Salud Sexual y Reproductiva en diferentes lugares del país.

Algunas maternidades se han fortalecido con especialistas, mediante los fondos de la iniciativa del grupo de mujeres parlamentarias de la Asamblea Legislativa. La intención fue ampliar los horarios para la atención del parto y puerperio, así como reforzar el

equipo y personal que permita realizar una supervisión continua de la calidad de atención en materia de salud materna.

En el Componente Perinatal y Neonatal, se ha logrado la implementación del programa madre canguro en los hospitales regionales de San Miguel y Santa Ana. Con ello, se ha beneficiado a todos los prematuros menores de 2,000 gramos a través del fomento de calor, lactancia materna y vínculo afectivo, pilares fundamentales de la estrategia madre canguro. Asimismo, durante el presente año se ha logrado la descentralización de la consulta de seguimiento oftalmológico para los prematuros, en los hospitales de Santa Ana, San Miguel y San Rafael.

Se expandió la iniciativa: "Primeros pasos hacia el éxito", a los hospitales de San Vicente y Cojutepeque. Con ella, toda mujer puérpera dada de alta recibe un pequeño bolso que contiene los insumos básicos para curar el muñón umbilical y así prevenir infecciones. Recibe también material educativo sobre cuidados básicos del recién nacido, signos de peligro y promoción de la lactancia materna.

Para el fortalecimiento del recurso humano se recertificaron 105 instructores de reanimación neonatal con el material de la 6ª Edición generado por la Academia Americana de Pediatría. La intención es que cada neonato reciba atención de calidad en el momento del nacimiento. Igualmente se logró la formación de 65 facilitadores en la estrategia: "Ayudando a los bebés a respirar", con el objetivo de que el personal de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos) esté capacitado en la atención de un neonato para un parto de urgencia a nivel comunitario.

Otro logro importante es el reinicio del programa de tamizaje neonatal para la detección oportuna del hipotiroidismo congénito y la prevención del retardo mental. Con ello, se estará beneficiando un promedio anual de 80,000 neonatos.

Se han fortalecido los procesos de investigación. En este sentido, se ha realizado el "Perfil del mortinato" en los hospitales nacionales del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y sus posibles factores asociados, durante el año 2011.

Para fortalecer la atención al recién nacido y sobre todo al prematuro, se han reforzado con especialistas algunos hospitales con fondos provenientes de la mujeres parlamentarias de la Asamblea Legislativa. Se ha iniciado el proceso de construcción y funcionamiento de dos Bancos de Leche Humana (BLH) en los hospitales de Santa Ana y San Miguel. También se ha contratado 12 recursos, en función de disminuir la

mortalidad de niños(as) prematuros(as). Ésta, constituye la mayor carga de mortalidad en niños menores de 1 año, para avanzar hacia la consecución del objetivo del milenio número 4.

Con los mismos fondos, se prosiguió la campaña de detección precoz del cáncer de cérvix y de mama, mediante la toma de 115,864 citologías y 9,194 mamografías. Igualmente se logró, el primer año, la formación de tres nuevos patólogos, que al terminar su entrenamiento se incorporarán a los laboratorios de patología del MINSAL. También se inició la construcción de los laboratorios de patología y citología en los hospitales de San Rafael y Zacamil respectivamente.

Atención integral a las enfermedades prevalentes en el ciclo de vida

En el marco de los objetivos establecidos para mejorar la calidad de atención y el cumplimiento de los derechos de la niñez, se ha iniciado la implementación de la nueva escala simplificada del desarrollo en todas las UCSF del MINSAL, fortaleciendo la capacidad técnica del personal de salud.

Para dar cumplimiento a los principios y artículos definidos en la LEPINA, Ley de Juventud y Política Nacional de Salud, se reforzó el derecho a la salud de adolescentes y jóvenes. Para ello, se dotó con estetoscopios, tensiómetros, canapé y la ambientación para la atención integral en 5 UCSF de las Regiones de Salud: Central, Metropolitana y Paracentral. Con esta acción se pretendía mejorar la calidad de la prestación de los servicios de atención integral a 12,470 adolescentes.

En el marco de los objetivos establecidos para la atención de la persona adulta mayor, se ha beneficiado a 11,530 personas adultas mayores en 55 municipios de extrema y alta pobreza. Se organizaron 71 Clubes de Adultos Mayores, en los que se ha fomentado su integración social para procurar un envejecimiento saludable y la protección de su salud mental.

Atención integral e integrada en salud a las personas víctimas de violencia en todas sus formas en el ciclo de vida

En El Salvador, la violencia se ha incrementado en todos los escenarios, afectando a las personas en todas las edades de la vida. Esta situación ha generado un aumento de la morbi-mortalidad de la población, lo que requiere una mayor apuesta presupuestaria y de la sociedad en general para su atención.

Para el abordaje de la violencia Intrafamiliar y Comunitaria, se han desarrollado las competencias de 900 recursos multidisciplinarios de los equipos de salud en las 5 regiones. Además, se capacitó a 40 líderes como facilitadoras para el manejo de grupos de autoayuda en el tema de violencia intrafamiliar. Esta estrategia comunitaria de rehabilitación se aplicó en los municipios de Sonsonate, Sonzacate y Acajutla de la región occidental.

Para fortalecer los procesos de atención de víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar, se han implementado dos áreas de atención diferenciada, con equipo y mobiliario, en los hospitales: San Juan de Dios de Santa Ana y San Rafael de Santa Tecla. Se capacitaron, además, 180 profesionales interdisciplinarios de ginecología, medicina interna, enfermería, trabajo social y psicología.

Atención a la salud bucal en el ciclo de vida

Los procesos de atención a la salud bucal se han fortalecido con la Reforma de Salud. Se ha facilitado el acceso de la población a los servicios de Odontología, a través de los Ecos, para lo que se cuenta con odontólogos distribuidos en las Unidades Comunitarias Intermedias, Especializadas y Básicas.

Se logró fortalecer la competencia técnica de 350 odontólogos mediante la capacitación en diversas temáticas: atención odontológica en el menor de 5 años, adolescentes y atención odontológica a la mujer embarazada. Esto ha contribuido a la actualización de conocimientos de estos profesionales para brindar una mejor atención.

Atenciones de enfermería

Con el propósito de garantizar que el personal de enfermería tenga las competencias para un cuidado con calidad técnica y humanizado, se capacitó sobre "Habilidades para el cuidado de enfermería, con énfasis en el Modelo de Enfermería Comunitaria" a 228 recursos de los Ecos Familiares en la Región Paracentral y Oriental de Salud.

Se han establecido mecanismos para potenciar el trabajo en red de servicios de enfermería y se ha fortalecido la continuidad de la atención como garantía del Derecho a la salud. En ese contexto, se elaboraron los Lineamientos Técnicos para la Descontaminación de Material Médico Quirúrgico en los Establecimientos de las RIISS.

Prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), especialmente las enfermedades cardiovasculares, renales, pulmonares crónicas, diabetes mellitus y cáncer, constituyeron para el año 2011 más del 60% de todas las muertes en personas mayores de 20 años del país.

Atendiendo este grave problema de salud y con la finalidad de reducir su enorme carga de morbilidad y mortalidad, se han realizado una serie de acciones, en el marco del cumplimiento de lo establecido en la Política de Salud. Estas acciones han permitido conformar una Comisión Nacional intersectorial para posibilitar el desarrollo de intervenciones para un abordaje integral de las ECNT y de sus determinantes.

Investigaciones e intervención en salud renal

Se han desarrollado, a través del Instituto Nacional de Salud, investigaciones epidemiológicas que a lo largo de 2 años abarcaron 11 comunidades, 1306 familias y 5018 personas de todas las edades. Entre ellas el Estudio Nefrolempa Pediátrico (2011), Nefroriente (2011) y Nefroccidente (2011) fueron realizados en comunidades rurales de los municipios de Jiquilisco (Bajo Lempa), San Miguel y Guayapa. Éstos reportaron prevalencias elevadas de 16 a 20% y disminución de la función renal desde edades tempranas en menores de 20 años.

Se ha confirmado un patrón epidemiológico muy particular en las comunidades agrícolas costeras, caracterizado por afectación en ambos sexos, adultos y adolescentes, predominante en el sexo masculino (relación hombre-mujer de 2:1 entre las edades de 20 a 59 años de edad). En cuanto a la causa, en la mayoría de los pacientes diagnosticados no está asociada a la diabetes mellitus ni a la hipertensión arterial, ni a otra enfermedad renal primaria, es decir, su causa es desconocida.

Como resultado preliminar se ha confirmado una coexistencia elevada de factores de riesgo, que plantean la presencia de una doble carga de factores causales y de progresión: los tradicionales y los no tradicionales. Los tradicionales son diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia; mientras que los no tradicionales son riesgos de toxicidad laboral y medioambiental, que pudieran actuar de forma sinérgica en el daño renal. Se han iniciado investigaciones para determinar la toxicidad ambien-



tal y ocupacional. Se ha demostrado a nivel nacional que existe una correlación estadísticamente significativa entre: la prevalencia por municipio con la enfermedad renal crónica y el área del municipio cultivada de caña; así como con la temperatura ambiental. De ambos, el área de cultivo de caña es un factor con peso estadístico mucho más alto. Por lo tanto, existe un factor relacionado con el cultivo de la caña que está produciendo la enfermedad renal crónica, posiblemente al uso de pesticidas, y que es favorecido por la temperatura ambiental alta. Actualmente se están estudiando otros tipos de actividad agrícola y otros tipos de cultivo. Con respecto al análisis de metales en los suelos del Bajo Lempa, todos los metales investigados (plomo, cadmio, cobre, zinc, níquel y cromo), con excepción del plomo, están en concentraciones mucho mayores que las regulaciones establecidas para suelos de uso agrícola en países desarrollados (por ejemplo, en Canadá); e incluso son mayores que las concentraciones aprobadas en los Estados Unidos para la aplicación de lodos de uso industrial. El origen de esos altos contenidos de metales pesados se continuará investigando porque puede haber tres causas posibles: a) altos valores naturales porque las rocas de las que se deriven los suelos tengan valores altos, b) que sean producidos por las inundaciones del río Lempa que podría traer sedimentos contaminados que se depositan en la zona, c) que se estén regando pesticidas o fertilizantes que tengan altos contenidos de metales pesados.

Se ha implementado un nuevo paradigma de abordaje de la salud renal, a través de la investigación clínico-epidemiológica para el desarrollo de acciones integradas e intersectoriales en la promoción y prevención de la enfermedad renal crónica; así como

los factores de riesgos asociados a nivel comunitario a través de los Ecos. Las Intervenciones benefician a personas, familias y comunidades de las regiones de salud intervenidas. El programa integral para la prevención y atención de la enfermedad renal crónica, en proceso de implementación a nivel nacional, forma parte de las acciones enmarcadas dentro del proceso de la Reforma de Salud.

Atención y control de infecciones Adquiridas en la asistencia sanitaria

Las infecciones adquiridas en la asistencia sanitaria son responsables de un incremento en la morbilidad y mortalidad de las personas ingresadas en un servicio de asistencia sanitaria, aumentando de una manera importante los costos de atención. Un logro importante, en este sentido, es la instalación del programa WHO Net en los diferentes hospitales nacionales. La instalación estandariza la vigilancia de la resistencia bacteriana. Promueve, además, el fortalecimiento de la competencia técnica de los encargados de la bacteriología en los hospitales nacionales para el adecuado uso del programa WHO Net.

Atención de la enfermedades desatendidas

Existe un conjunto de enfermedades de origen infeccioso, que en la actualidad persisten exclusivamente en las comunidades más pobres y postergadas del mundo, donde frecuentemente se agrupan y sobrepone. La OMS estima que más de mil millones de personas sufren de una o más de estas enfermedades. Hay, además, varios millones de personas en riesgo de contraerlas.

En El Salvador el programa de Control de Infecciones Desatendidas incluye las siguientes enfermedades: lepra, leptospirosis, rabia, geohelmintiasis y toxoplasmosis.

Lepra

El Programa de Lepra ha logrado mantener la prevalencia desde el año 1996 a la fecha. En el país existen 98 casos, y su tasa de prevalencia ha sido estable y se ha mantenido dentro de los rangos de 0.1 a 0.2 x 10,000 hab. se cumplen así los indicadores de eliminación y el reto de mantenerlos, al tiempo que el personal de salud realiza una búsqueda de la enfermedad para sustentar el indicador. Por el momento, el 100% de los pacientes recibe tratamiento multibacilar. El 14% presenta una discapacidad grado II, otro 14% del grado III y un 72% no presenta discapacidad alguna. Esto significa que se está haciendo un diagnóstico temprano de la enfermedad y reduciendo de una manera importante la discapacidad física permanente que ésta produce.

Leptospirosis

Durante el año 2011, en el marco de la Tormenta 12E, se registró el fallecimiento de una persona y de siete más con sospecha de la enfermedad. Esto conllevó la intensificación de la vigilancia en la población de las comunidades más afectadas.

Se realizó capacitación al personal de salud sobre el tamizaje, detección oportuna y referencia de los casos moderados y severos. Además se realizó, en conjunto con las comunidades y el Ministerio de Agricultura, la desratización en las áreas anegadas y el control de animales domésticos en zonas afectadas. Se incrementó la vigilancia epidemiológica especialmente en la calidad del agua y búsqueda activa de febriles. Por último, se elaboraron los Lineamientos Técnicos para la atención de los pacientes con leptospirosis.

Rabia

Durante el año 2011, se aplicaron un total de 20,200 dosis de vacuna antirrábica para uso en humanos elaborada con células de mono vero. Se vacunaron 749,764 perros con una cobertura del 78% y 228,025 gatos con cobertura del 58%; es decir, se vacunó un total de 977,789 animales.

En coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería, se llevó a cabo el control de murciélagos hematófagos y la vigilancia de la rabia animal. El logro que se ha alcanzado en los casos de rabia animal

es la disminución de casos de 313 -en 1996- a 4 -en 2011-, una reducción del 98%.

Atención de la tuberculosis y enfermedades respiratorias

El Ministerio de Salud, en cumplimiento de las recomendaciones de la OMS para todos los países miembros, ha implementado las 6 estrategias denominadas "Alto a la Tuberculosis": la contribución al fortalecimiento del sector salud, el involucramiento de todos los proveedores de salud, hacer frente a la tuberculosis/VIH y la tuberculosis resistente, desarrollo de investigaciones y la expansión del tratamiento acortado estrictamente supervisado de calidad.

Dentro de la expansión del tratamiento acortado, estrictamente supervisado, se ha implementado la aplicación de la Estrategia PAL (Enfoque Práctico a la Salud Pulmonar) -dirigido a las infecciones respiratorias altas, neumonía, asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica- cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención de los problemas respiratorios.

Se ha mantenido el acceso gratuito a los tratamientos en el total de los casos diagnosticados con tuberculosis, mediante la Estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), que actualmente se implementa en todos los Establecimientos del Ministerio de Salud.

Se ha logrado la implementación de estrategias diferenciadas a poblaciones vulnerables de 26 municipios priorizados, a través del abordaje comunitario de agentes urbanos solidarios en zonas marginales y de difícil acceso. También se ha fortalecido la vigilancia interfronteriza de la resistencia de la tuberculosis en los municipios de Santa Ana y Ahuachapán.

Se organizó el primer congreso de tuberculosis por los docentes de las facultades de medicina del país. El sexto diplomado de atención integral a la tuberculosis estuvo dirigido a personal multidisciplinario, con todas las instituciones prestadoras de servicios (Seguridad Social, Bienestar Magisterial, Centros Penales, Sanidad Militar). Se capacitó más de 200 recursos.

Seguridad alimentaria y nutricional

Lactancia materna

Se oficializó la Política de Promoción, Protección y Apoyo a La Lactancia Materna en agosto de 2011. Se dio a conocer mediante seis jornadas en las cinco regiones de salud, en las que se contó con la parti-

capitación de personal de salud, alcaldías, ONGs, ISSS y educación, entre otros.

Tres UCSF y el Hospital de Ciudad Barrios fueron acreditados como establecimientos de salud amigos de la niñez y la mujer. Se capacitó a 98 nuevos recursos humanos para la Consejería en Lactancia Materna y otros 556 recursos humanos en el Curso Básico de Lactancia Materna.

Se ha elaborado un proyecto de Ley para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, el cual será presentado a la Asamblea Legislativa en el segundo semestre de 2012. Además, se ha logrado financiamiento para el fortalecimiento del componente de lactancia materna, que incluye la realización de una campaña nacional a favor de la práctica de la lactancia materna.

Micronutrientes

El proceso de vigilancia de las pastas alimenticias con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B reportó el 95% de las muestras con niveles dentro de norma. El 89% de la industria cumple con la norma de fortificación de alimentos mediante niveles adecuados de yodo, más del 95% con hierro y el 89% con vitamina A. Se aprobó la inclusión de los micronutrientes en polvo dentro del listado oficial de medicamentos y su uso en niños menores de 5 años, como nueva estrategia para la prevención de deficiencias y la promoción del óptimo desarrollo y crecimiento infantil. Se ha obtenido el financiamiento para la ejecución de un proyecto para fortalecer el componente de prevención de deficiencias por micronutrientes.

Vigilancia del estado nutricional de la población

La incorporación, en el sistema de información estadística del MINSAL, de nuevos indicadores antropométricos para la vigilancia del estado nutricional en el ciclo de vida permitirá identificar y priorizar las áreas geográficas y grupos poblacionales afectados por problemas nutricionales.

Han sido capacitados 215 profesionales, en la toma de medidas antropométricas. Por otra parte, se cuenta ya con financiamiento para la ejecución de un estudio nacional de yoduria, anemia y antropometría, en escolares de primer grado, que será realizado durante el segundo semestre de 2012.

Estrategia de nutrición y desarrollo en la primera infancia

El objetivo principal es promover el óptimo creci-

miento y desarrollo en los primeros mil días de vida (desde la concepción hasta los dos años) para prevenir la desnutrición crónica. En Septiembre de 2011 se inició la implementación con la distribución de un alimento complementario ligado al control infantil. Se llevó a cabo, a través de los Ecos Familiares, en 103 municipios priorizados por su nivel de pobreza. Fueron atendidos 28,000 niños y niñas de 6 a 23 meses de edad; así como 3,500 mujeres embarazadas y madres en período de lactancia. Esta estrategia será fortalecida con la ejecución de un proyecto de atención integral, en 10 municipios priorizados por contar con población que vive en asentamientos urbanos precarios. El proyecto se ejecutará durante tres años. Incluye la compra de alimentos fortificados, el diseño y reproducción de materiales educativos y lúdicos -para brindar servicios integrales a la primera infancia en el desarrollo infantil-, prácticas de crianza y la capacitación del personal de salud.

Nutrición en emergencias

Se actualizaron los lineamientos de atención nutricional en emergencias. Los lineamientos incluyeron aspectos relacionados con el manejo de sucedáneos de leche materna y la promoción de la lactancia materna. Fueron ya puestos en práctica, durante la atención de la Tormenta Tropical 12E.

Fue firmado un convenio con Cruz Roja Salvadoreña para recibir como donación la entrega y distribución de una papilla de harina de arroz fortificada. La donación fue destinada a las familias afectadas durante la tormenta tropical 12-E en los departamentos de Ahuachapán, Sonsonate, La Libertad, La Paz, San Vicente y Usulután. La entrega de la papilla se hizo a través de las UCSF y se atendió a una población de 23,960 familias.

Salud mental

Desarrollo de competencias para el personal de salud mental

Se desarrollaron una serie de capacitaciones para fomentar la protección, autocuidado y promoción de la salud Mental a nivel comunitario. Se certificaron 39 recursos de salud mental, como operadores socio-terapéuticos para la prevención, detección y manejo de las adicciones a nivel comunitario y hospitalario.

Bajo la modalidad de pasantía, fueron capacitados 4 referentes de salud mental, que conocieron la atención en salud mental del sistema del país vasco.

Tres profesionales se capacitaron en Gestión de Servicios de Salud Mental en Nicaragua.

Se contrataron 21 profesionales de salud mental para el seguimiento en la atención de los daños psicosociales causados por la tormenta 12E. Fueron abiertas 2 unidades de salud mental en Hospitales Generales: San Bartolo y San Rafael. Además, se han impulsado estrategias de trabajo en la Promoción de la Salud Mental: abordaje integral a personas afectadas por diferentes tipos de violencia; protección en salud mental ante emergencias y desastres; o prevención del suicidio en los grupos más vulnerables. Estos esfuerzos se unificaron con recursos interinstitucionales: SIS, VIVA, CSJ, ISRI, ISSS, ISBM, FOSALUD, COSAM, Universidades, Ministerio de Justicia, MINED, ISDEMU, ISNA, Secretaría de Cultura de la Presidencia y Agencias de cooperación internacional entre otros.

En coordinación con el Comité Nacional de Epilepsia del MINSAL, han sido elaborados los lineamientos para la descentralización de la atención de la persona con epilepsia. La oficialización de la Política Nacional de Salud Mental se celebró con la participación de la Red Intersectorial.

Programa Nacional de ITS/VIH/sida

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015 centra sus esfuerzos en la prevención primaria, para poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad. Enfoca su atención en incrementar el diagnóstico precoz del VIH; así como en asegurar la atención integral del VIH y mantener la respuesta multisectorial con apego al cumplimiento de los derechos humanos. Su intención es, también, facilitar y aumentar el acceso y cobertura de los servicios y la atención para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Prevención

Se capacitaron 1,887 recursos de todas las Regiones, ISSS, FOSALUD y ONG, como consejeros y facilitadores de la estrategia de información; así como en educación para el cambio de comportamiento y el abordaje a los grupos vulnerables y la incidencia en su percepción del riesgo, con el fin de evitar la transmisión de las ITS.

Se elaboró, con 1,674 recursos, la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH y sífilis. La finalidad era contribuir a la eliminación de la sífilis congénita y aumentar la cobertura y seguimiento a las embarazadas, desde su inscripción en las UCSF, a

los controles subsecuentes y la toma del segundo perfil entre las semanas 28 y 33 de gestación.

En los últimos once años, la incidencia de sida pediátrico ha disminuido, manteniéndose sin incremento el número de casos de transmisión materno-infantil y mejorándose los sistemas de información para el registro. Para la disminución de la transmisión por transfusión sanguínea del VIH e ITS se ha tamizado toda la sangre. En el año 2011, no se registraron casos de VIH adquiridos a través de transfusiones. Se abastecieron reactivos para diagnóstico y seguimiento de VIH, sífilis, hepatitis B y C; así como insumos para el fortalecimiento de la bioseguridad. Se incrementó la toma de pruebas de VIH en 2010 (422,341) y en 2011 (437,130), con un incremento del 12% (50,789 pruebas más).

Las pruebas de VIH realizadas el día nacional de toma se incrementaron el 10%, con 81,283 pruebas, 7,345 pruebas más que en 2010. Las realizadas por el MINSAL en total con el apoyo de otras instituciones como el ISSS y ONG se realizaron 89,004 pruebas. También el número de pruebas de sífilis tomadas por las Unidades Móviles de VIH se duplicó. Por primera vez, se tomaron pruebas de Hepatitis C y B en las Unidades Móviles y se realizaron un total de 2,757 pruebas. Se aumentó la oferta de servicios a trabajadores/as sexuales y se amplió la oferta de servicios de Carga Viral y CD4, en las Unidades Móviles, a las personas privadas de libertad. Durante el día Nacional de la Prueba de VIH se superó en 10% el número de pruebas tomadas en 2010.¹

Atención Integral del VIH/sida, Coinfección TB/VIH e ITS

Desde 1984 hasta el 20 de abril de 2012 se registra un acumulado histórico de 28,025 personas con VIH y Sida, de los cuales 19,139 (68%) corresponden a casos de VIH y 8,886 (32%) a casos de sida. De este total 17,509 (62%) son del sexo masculino y 10,516 (38%) del sexo femenino, con una relación hombre mujer de 1.66:1. Los casos de VIH y los casos de sida se han reducido en un 19.4% desde 2008. Esta reducción se debe básicamente a los casos de Sida, con una reducción del 9.6%.

Para dar una respuesta efectiva ante el VIH y las ITS se difundió y dotó de flujograma diagnóstico al primer nivel de atención, incluidos los Ecos Familiares. La intención era poder detectar y prevenir la aparición de nuevos casos; así como la referencia

1. Fuente: Ministerio de Salud. Mesa Ciudadana de Contraloría Social en VIH y sida. Informe Nacional sobre el Estado del VIH en El Salvador en cumplimiento al Plan Nacional de M&E. Año 2010.

temprana a las 20 clínicas de atención integral para su evaluación, control y tratamiento. En los dos últimos años se ha abastecido de reactivos, para determinar carga viral linfocitos CD4, y de medicamentos antirretrovirales a las personas que están en terapia. En todos los hospitales existen grupos de apoyo para las personas con VIH, que brindan atención integral a las personas más vulnerables en las UCSF del área metropolitana. Se realizaron actividades colaborativas con el Programa Nacional de Tuberculosis a fin de disminuir la mortalidad por esa enfermedad en personas con VIH.

Para la atención de Personas Privadas de Libertad (PPL), en coordinación con la Dirección General de Centros Penales y el ISNA, se capacitó personal de la Fuerza Armada, custodios, médicos y odontólogos. Se cuenta con 22 equipos multidisciplinarios del Primer Nivel de Atención para el trabajo en cárceles y centros de readaptación de menores del ISNA. Se organizaron 15 grupos de apoyo a personas privadas de libertad con VIH. Se cuenta con 1,023 facilitadores PPL para trabajar en promoción y prevención dentro de los centros. 155 personas privadas de libertad fueron capacitadas como consejeros para la toma de prueba. Este trabajo ha permitido introducir otras áreas de salud preventiva dentro de estos establecimientos. El tamizaje se ha incrementado de 8 mil –en 2007– a 24 mil pruebas rápidas de VIH en 2011.² Se brindó terapia antirretroviral a 260 PPL y tratamiento antituberculoso a quienes lo necesitan.

En relación con las poblaciones móviles, se aumentó la cobertura de intervenciones en el Plan de Información, Educación y Comunicación (IEC). En las estaciones de paso, fronteras, aeropuertos y puertos intervenidos con la estrategia; se logró capacitar 187,833 personas: motoristas de carga pesada, trabajadoras sexuales, líderes comunitarios de zonas fronterizas, personal de salud, de migración y otros organismos que trabajan en las fronteras.

Durante la depresión tropical 12 E, algunas personas con VIH tuvieron dificultades para asistir a sus controles médicos y retirar sus medicamentos. Es por eso que se desarrolló un plan de contingencia, con el apoyo de la CONASIDA, OPS y UNICEF, para proporcionar kits de emergencia a 51 personas con VIH.

Derechos humanos y VIH

Se desarrollaron jornadas de difusión y conocimiento del marco legal relacionado al VIH, que incluía el decreto ejecutivo n.º 56, para evitar que la discriminación por orientación sexual e identidad de género impidiera el

acceso a los servicios. Fueron impartidas entre personal del MINSAL, así como mandos medios de la PNC y de la Fuerza Armada, asignada a los centros penitenciarios.

Se elaboraron los lineamientos técnicos para la recepción de denuncias, a fin de que su aplicación sea obligatoria en todos los ámbitos del Derecho a la Salud. Con este fin, se capacitaron 900 recursos organizados en 22 equipos multidisciplinarios regionales de derechos humanos. Se contó además con el nombramiento de delegados jurídicos ministeriales que velaran por el cumplimiento de la Ley de VIH en cada región y en cada hospital de la red. Además, se cuenta con un punto focal de derechos humanos y VIH en todos los establecimientos de salud.

En 2011 se capacitó a 2,500 personas en 60 municipios de la región oriental, central y paracentral del país sobre derechos humanos, reducción de estigma y discriminación, conocimientos básicos de la epidemia y formas de prevención.

Sistemas de Información sobre VIH

Se trabajó en el registro y monitoreo de la información sobre VIH y se implementaron nuevas herramientas de análisis que mejorarán el conocimiento de la epidemia.

Se publicó el boletín sobre el análisis de la situación de VIH, en colaboración con la Mesa Ciudadana de Contraloría Social en VIH y sida.

El país ha cumplido con los compromisos Internacionales sobre el reporte de información. De manera que se han generado los siguientes informes: UNGAS 2010, MEGAS 2008/2010, Informes de Acceso Universal 2008/2009/2010 y el Informe Global de la Respuesta Mundial a la Lucha Contra el Sida 2012.

Sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida

El liderazgo de CONASIDA, como autoridad nacional en sida, ha permitido el involucramiento de diferentes sectores gubernamentales y la apertura de la participación multisectorial en la respuesta al VIH. El Salvador tiene un liderazgo regional y mundial por sus avances contra la epidemia. Por esta razón, le fue otorgada por unanimidad la Presidencia de la Junta Coordinadora de ONUSIDA en Ginebra para 2011 y ha sido reelecto por unanimidad para presidir el Mecanismo de Coordinación Regional de VIH para Centroamérica y República Dominicana. El Fondo Mundial aprobó la consolidación de las subvenciones de VIH. En octubre de 2011, se firmó el nuevo convenio por US\$5,142,000, para el período octubre 2011-diciembre 2013. El fondo permitirá continuar fortaleciendo el sistema de salud y apoyando acciones para la Reforma de Salud.

2. Ministerio de Salud, Registro de las Unidades Móviles. Marzo

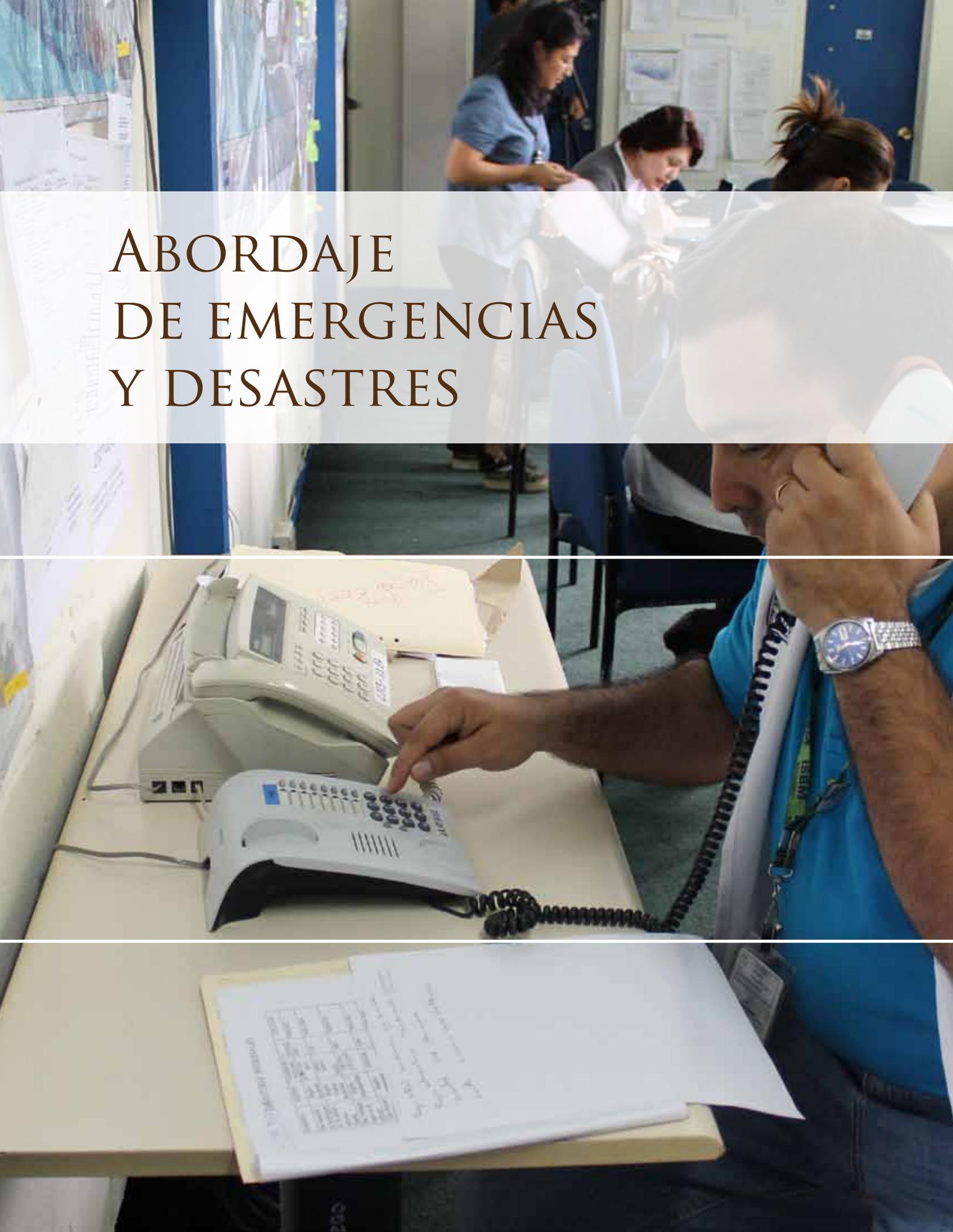
CAPÍTULO 10



“Quiero resaltar que esa labor
–labor de prevención, de anticipación–
nos ha permitido reducir riesgos,
daños e inclusive pérdida de vidas
humanas.”

*Presidente Mauricio Funes
declaración de estado de emergencia,
14 de octubre de 2011*

ABORDAJE DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



Según el PNUD, El Salvador es el país más vulnerable del mundo, afectando a más del 80% de la población. El cambio climático agudiza la ocurrencia de eventos socio-naturales con mayor poder de destrucción, como las últimas cuatro tormentas tropicales (IDA, AGATHA, ALEX y MATHEW) y la Depresión Tropical 12E ocurridas en los últimos tres años.

Las tormentas IDA, AGATHA y la Depresión 12E generaron daños y pérdidas por \$1,267 millones de dólares (5.9% del PIB). Estancó el desarrollo, abatió la producción agropecuaria y golpeó la infraestructura de salud (sólo la Depresión 12E causó daños a 19 hospitales y 238 unidades de salud). Más de 21,000 letrinas destruidas y 10,000 pozos artesanales igualmente destruidos y/o contaminados son una muestra del impacto en la salud de la población para las zonas afectadas.

Eventos epidémicos adicionales transmitidos por vectores –como brotes de leptospirosis, dengue y malaria–, agudización de infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda; así como daño a la salud mental, especialmente a la niñez albergada, demandaron un extraordinario esfuerzo del personal de salud y de la población.

La experiencia acumulada de los dos años previos permitió realizar acciones de evaluación, coordinación y preparación de la respuesta nacional. Se trabajó con: la Comisión Intersectorial de Salud

(CISALUD Técnica y Política); la Comisión Técnica Sectorial de Salud (CTSS); la Comisión de Albergues y la Comisión de Logística –las tres últimas como parte del Sistema Nacional de Protección Civil–, para generar una rápida respuesta a la población afectada.

Como parte de la preparación a las emergencias y desastres se ha logrado la elaboración de los lineamientos técnicos para la preparación, respuesta y rehabilitación de los servicios básicos de salud en emergencias y desastres. Con la participación técnica de todas las instituciones y sectores, se establecieron acciones para ser implementadas en las fases pre, durante y post una emergencia y/o desastre. Tales lineamientos se han validado durante los eventos recientemente ocurridos y han permitido una mejor respuesta en términos de salud.

En el año 2011, el fenómeno natural que afectó al territorio salvadoreño durante el período del 11 al 17 de octubre, denominado Depresión Tropical 12E, generó una declaratoria de emergencia nacional que requirió de una respuesta coordinada de todas las instituciones que conforman la Comisión Técnica Sectorial de Salud bajo el liderazgo del MINSAL.

Desde la declaratoria de alerta amarilla el 11 de octubre a causa de la baja presión, se activó la sala de situación y se mantuvo en sesión permanente la Comisión para la coordinación intersectorial e interinstitucional que se requería.

ORGANIZACIÓN DE LA COMISIÓN TÉCNICA SECTORIAL DE SALUD (CTSS)

El trabajo interno de esta Comisión se divide en cinco subcomisiones:

- a. Prestación de los servicios de salud (atención médica, salud mental y odontológica) para la población afectada por la emergencia y/o desastres.
- b. Promoción, educación y comunicación de medidas para la prevención y control de enfermedades así como para la disminución de la vulnerabilidad y riesgos de la población afectada.
- c. Vigilancia en salud pública que permite la identificación de factores de riesgo que permitan una alerta temprana para la toma rápida y oportuna de decisiones para el control de enfermedades con potencial epidémico.
- d. Saneamiento básico requeridas para la salud de las poblaciones afectadas por emergencias y/o desastres.
- e. Evaluación de daños y funcionalidad de la infraestructura de los servicios de salud

Fuente: MINSAL

Durante ese abordaje se logró establecer un equipo de trabajo multidisciplinario que realizó el cálculo de costos directos e indirectos en salud a causa de la emergencia, mediante la metodología CEPAL. El cálculo estimado fue de \$69.7 millones USD de costos en el período del 11 al 21 de octubre de 2011.

Actividades realizadas por la Comisión Técnica Sectorial de Salud (CTSS)

Las subcomisiones mencionadas desarrollaron una intensa actividad, entre las acciones más relevantes, destacamos:

1. Reuniones por parte de las subcomisiones para elaboración del plan de acción de la emergencia en sus fases durante y después (para la rehabilitación y reconstrucción).
2. Revisión de los lineamientos técnicos para la elaboración del plan sectorial de preparación y respuesta para la asistencia médica-sanitaria y rehabilitación de los servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres.
3. Elaboración y formulación de proyectos para gestión de fondos de ayuda humanitaria internacional para dar respuesta a las necesidades de la población afectada por la emergencia nacional.
4. Elaboración y actualización diaria de informes de actividades realizadas en la emergencia.

5. Designación de recurso humano para atender la demanda a nivel nacional y central.
6. Implementación en línea del Módulo de Desastres en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador (VIGEPES), como parte del Sistema Único de Información en Salud. Todas las instituciones que conforman la CTSS tuvieron acceso al sistema, lo que permitió tomar decisiones con mayor agilidad y conocer tanto los recursos disponibles en cada momento, como las atenciones, daños y actividades realizadas a nivel nacional para el abordaje de la emergencia.

Atención médica, paramédica y en salud mental

El MINSAL participó en la organización de todos los albergues a nivel nacional. Se contabilizaron 638, que recibieron a 15,195 familias para un total de 55,976 personas. El personal de salud trabajó las 24 horas del día sin descuidar el servicio rutinario que se da en las UCSF y en los hospitales de la red. Se realizaron, durante el período del 11 al 23 de octubre de 2011, un total de 39,624 atenciones médicas y 65,536 atenciones en salud mental solamente en los albergues. La respuesta involucró al personal de salud de todas las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud, así como organismos de cooperación externa y organizaciones no gubernamentales.

TABLA 1. Principales causas de consulta en albergues, El Salvador, 12 al 23 de octubre de 2011

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN LOS ALBERGUES, EL SALVADOR, 12 AL 23 DE OCTUBRE 2011													
Consultas médicas	Días												
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Total
Infecciones respiratorias	74	152	243	336	851	1,622	1,724	1,562	1,581	1,760	645	428	10,978
Dermatosis	3	44	123	360	410	1,051	759	1,329	1,093	1,102	283	154	6,711
Diarrea y gastroenteritis	2	5	11	22	45	91	133	114	125	119	40	19	726
Trastornos de ansiedad y depresión	0	2	3	70	29	35	38	58	68	85	43	6	437
Traumatismos	4	0	15	7	8	31	17	27	18	28	8	4	167
TOTAL	83	203	395	795	1,343	2,830	2,671	3,090	2,885	3,094	1,019	611	19,019

Fuente: MINSAL

En cuanto a las principales causas de consulta en los albergues se reporta que las infecciones respiratorias agudas(28%) ocupan el primer lugar, seguido de las dermatosis (17%) y las enfermedades gastrointestinales (2%) del total de las consultas. El bajo índice de enfermedades gastrointestinales es un indicador importante para evidenciar la adecuada aplicación de las medidas de prevención de estas enfermedades en los albergues, ante situaciones de desastres.

Se contabilizaron además 26,514 dinámicas participativas, 19,640 terapias lúdicas, 9,571 consejerías, 5,332 intervenciones breves y 4,479 terapias de apoyo para las personas en albergues.

Comunicación, promoción y prevención

Se informó, promocionó y comunicó medidas de prevención de enfermedades, para su aplicación en albergues a nivel nacional, que incluyeron la gestión y coordinación con medios de comunicación del sector privado del país.

Los titulares informaron permanentemente en los medios de comunicación sobre la situación de salud y las principales medidas preventivas. Se elaboraron cuñas radiofónicas, materiales educativos, dos boletines de prensa diarios para distribución a la prensa e información y publicación en la página web, donde también se subió materiales audiovisua-

les de acceso y reproducción irrestricta.

Se planificaron, conjuntamente con el Ministerio de Educación, 42 talleres para la promoción de la higiene en los centros educativos y comunidades afectadas. Mil docentes, procedentes de todo el país, actuaron como multiplicadores. Adicionalmente se realizaron 7,117 charlas y coordinaciones de actividades para la promoción de la salud.

Vigilancia en salud pública, información y estadísticas

La puesta en línea del Módulo de Desastres, con amplio acceso interinstitucional, permitió responder de forma rápida y satisfactoria a las múltiples demandas de información que se requerían para la toma de decisiones oportunas. El módulo se vio fortalecido con la capacitación -en su uso- del personal de salud y la implementación de la captura de acciones de saneamiento ambiental y de daños a la infraestructura.

Se unificaron y sistematizaron los formularios de recolección de información en los albergues y la verificación del cumplimiento de los flujos de información, desde las instituciones prestadoras de servicios, albergues y otros generadores de datos; hacia los establecimientos de salud del MINSAL.

Se revisó y actualizó la segunda versión de los lineamientos para la elaboración del Plan Sectorial de Preparación y Respuesta en Situaciones de Emer-

TABLA 2. Atenciones de salud mental brindadas en albergues, 12 al 23 de octubre de 2011

ATENCIONES EN SALUD MENTAL BRINDADAS EN ALBERGUES, 12 AL 23 DE OCTUBRE 2011													
Intervenciones en salud mental	Días												
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Total
Dinámicas participativas	0	91	519	1,087	2,188	2,811	3,137	5,445	4,744	4,517	1,666	309	26,514
Terapias lúdicas	9	384	285	832	1,836	1,664	2,446	3,522	3,503	3,826	1,214	119	19,640
Consejerías	321	297	98	420	490	1,078	1,477	1,558	1,907	1,363	466	96	9,571
Intervenciones breves	0	327	234	312	313	903	701	530	909	877	208	18	5,332
Terapias de apoyo	0	9	353	79	293	384	505	760	714	1,095	287	0	4,479
TOTAL	330	1,108	1,489	2,730	5,120	6,840	8,266	11,815	11,777	11,678	3,841	542	65,536

Fuente: MINSAL



gencias y Desastres, además de la planificación de la respuesta de la subcomisión en la fase de rehabilitación y reconstrucción.

Saneamiento ambiental

Se evaluaron las condiciones sanitarias en el 100% de los albergues. Se rehabilitaron o se reconstruyeron 414 Letrinas tipo Abonera Seca Familiar y 3 pozos resumideros, resultando 2,292 personas beneficiadas. Se limpió, desinfectó y rehabilitó 181 pozos, y se instalaron 158 bombas manuales (de mecate), para un total de población beneficiada de 948 habitantes.

Se hizo una inversión de \$354,600 para la construcción y recuperación de obras sanitarias, beneficiando a 370 familias, con el apoyo financiero de OPS y UNICEF. Los ejecutores de dichas obras fueron: SE-RAPHIM, PROVIDA y CRUZ ROJA.

Se adquirieron 4 equipos pesados térmicos, 66 bombas térmicas portátiles, equipo de bioseguridad, combustibles e insumos para el control del vector con una inversión de \$342,774.99 por parte de FOPROMID. Se compraron 5,000 kilos de rodenticida a un costo de \$39,550.

Entre otras actividades, se contabilizan 12,674 controles de higiene de alimentos, 7,390 acciones para la disposición sanitaria de excretas, 3,911 acciones de verificación del agua para consumo humano, 1,830 acciones en el manejo de desechos sólidos y 1,680 acciones para el control de vectores y zoonosis.

Infraestructura sanitaria

El equipo técnico de la subcomisión visitó los establecimientos de salud para verificar y hacer levantamiento de los daños ocasionados por la Tormenta 12E. Entre las principales actividades realizadas por la subcomisión se encuentran:

- La coordinación, evaluación y monitoreo de visitas realizadas a los establecimientos de salud.
- La activación de equipos de trabajo multidisciplinarios (médicos salubristas, arquitectos, ingenieros civiles y biomédicos) para evaluación de los daños y la actualización periódica y sistemática de las mismas en el sistema de información VIGEPES;
- Elaboración de los siguiente documentos:

- informes técnicos por cada equipo evaluador utilizando la metodología CEPAL;
- presupuestos estimados de los daños en infraestructura y equipamiento;
- reportes y monitoreo constante de los daños en los niveles locales en el sistema de información en línea (VIGEPES) para priorizar las visitas de acuerdo al grado de daño reportado (leve, moderado, severo).

- Establecimiento de las acciones urgentes y de corto plazo para apoyar la situación de emergencia en los establecimientos dañados, en los que se identificaron focos de infección como el rebalse de fosas sépticas y celdas de desechos bioinfecciosos.
- Gestión del apoyo de OPS para el restablecimiento inmediato de 9 fosas sépticas y con el PRIDES-BID la reparación de techos, cielo falso y sistema eléctrico de 23 Unidades de Salud.
- Se ha avanzado en la elaboración de 6 carpetas técnicas para iniciar el proceso de compra urgente a través de la modalidad de Contratación Directa, con el PRIDES-BID.
- Se elaboró también un informe preliminar que fue presentado a la Comisión Nacional de Rehabilitación y Reconstrucción de CAPRES, con 151 establecimientos dañados y con costo aproximado de \$14.0 millones de dólares.
- Se elaboró el informe definitivo para el Comité Nacional de Rehabilitación y Reconstrucción que señala 247 establecimientos dañados, (81 con daños leves, 124 con daños moderados, 42 con daños severos).

La vulnerabilidad y el riesgo a que se encuentran expuestos la población y el territorio nacional, exige el diseño de una respuesta multi-institucional e intersectorial que sea al mismo tiempo contundente, inmediato e integral.

Construir esta respuesta en medio de la demanda largamente acariciada por la población de una Reforma Integral de Salud, cuando el país sufre adicionalmente los embates de la crisis económica global, ha sido una tarea muy dura.

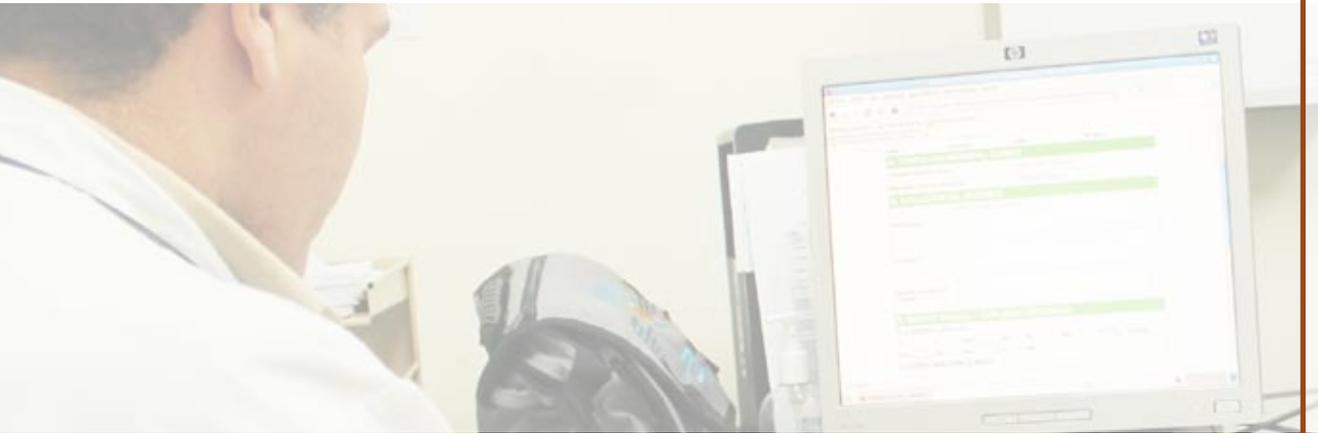
No obstante, el país ha sabido encontrar el camino para hacerlo y el Ministerio de Salud ha desempeñado un papel estratégico, como lo demuestran las iniciativas, las cifras y las acciones descritas.

**CONFORMACIÓN DE LA COMISIÓN TÉCNICA SECTORIAL DE SALUD
DEL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL**

1	Ministerio de Salud
2	Ministerio de Educación
3	Ministerio de Agricultura y Ganadería
4	Dirección General de Protección Civil
5	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
6	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
7	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
8	Comando de Sanidad Militar
9	Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)
10	Policía Nacional Civil
11	Instituto de Medicina Legal
12	Cruz Roja Salvadoreña
13	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA)
14	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador (COMURES)
15	Consejo de Alcaldes Municipales de San Salvador (COAMSS)
16	Organización Panamericana de la Salud (OPS)
17	Plan Internacional
18	CARE de El Salvador
19	Visión Mundial

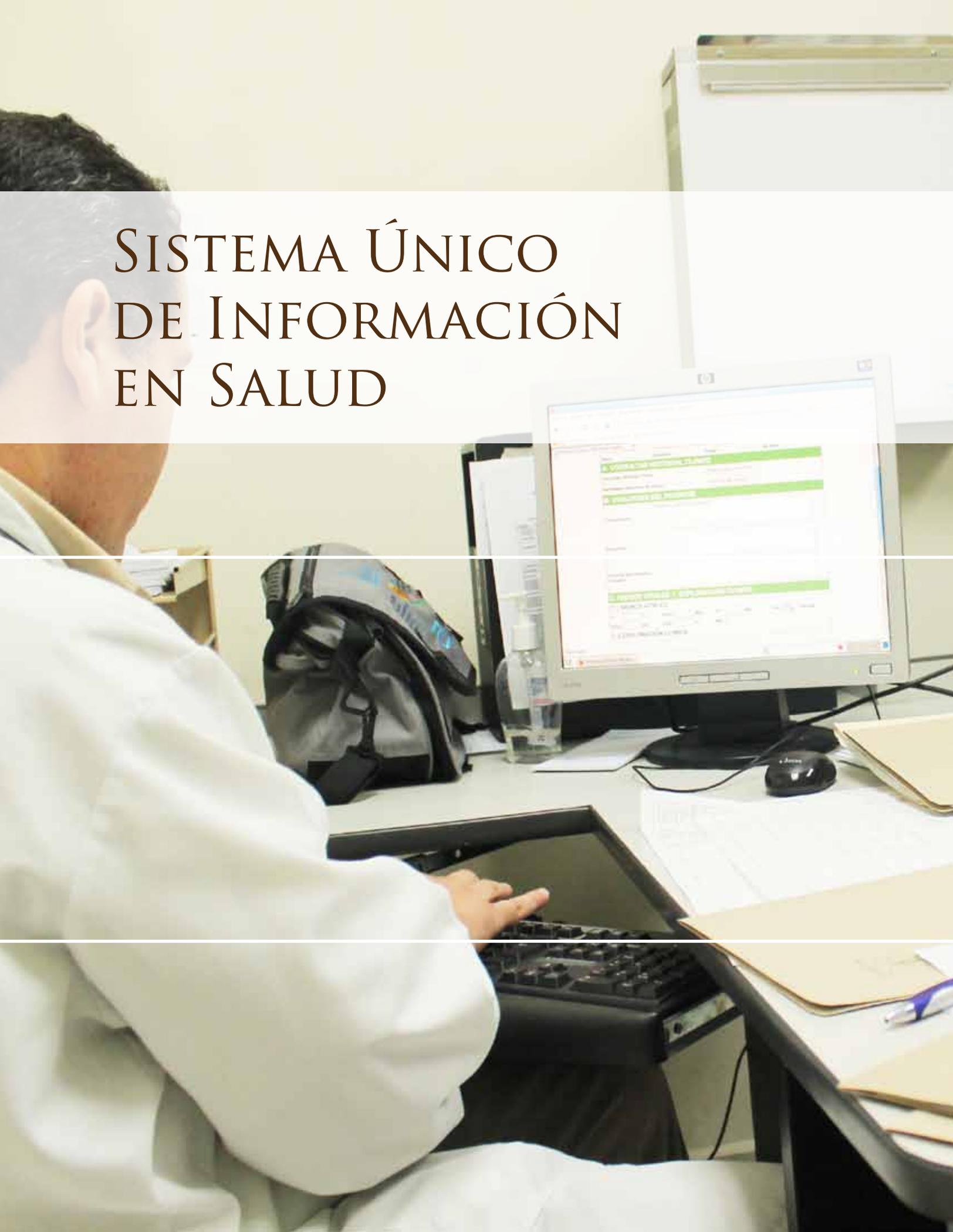
Fuente: MINSAL

CAPÍTULO 11



El SUIS fue reconocido como el sistema de información insignia por el Sistema Nacional de Protección Civil, dado su diseño avanzado, estabilidad y confiabilidad durante los últimos eventos de desastres que ha vivido el país.

SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD



El SUIS es un eje estratégico de la Reforma de Salud, concebido como una herramienta fundamental para contribuir a la modernización de la administración institucional y los servicios de salud. El SUIS contribuye a la aplicación idónea de las políticas de salud, incrementa la calidad, calidez y agilidad de nuestros servicios y facilita la toma de decisiones oportunas, eficaces y eficientes en todo nivel.

- El Ministerio de Salud ha venido superando importantes dificultades para el logro de este objetivo, entre las que se destacan:
- Fragmentación del sistema de información con escaso soporte y orientadas a resolver necesidades particulares de información en lugar de procurar una solución integral.
- Enorme carencia de recursos humanos para el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura tecnológica adecuada.
- Equipamiento de cómputo extremadamente escaso y obsoleto en los establecimientos sanitarios y administrativos.

- Falta de conectividad a la intranet institucional para prácticamente todos los establecimientos del primer nivel de atención sanitaria y el despliegue muy incipiente de redes locales de datos.

La decisión inicial, de crear y desarrollar la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC) en 2010, ha tenido continuidad en 2011 con la formulación de los documentos normativos que han acompañado la estructura y labores institucionales de la DTIC.

Un elemento estratégico en este esfuerzo ha sido el financiamiento alternativo obtenido a través del “Programa Integrado de Salud, PRIDES” (Proyecto de préstamo ES-L1027 de fondos BID). Fosalud financió, en 2011, el sofisticado equipo de los sistemas principales; así como los analistas-programadores que desarrollaron los críticos módulos iniciales del SUIS. A este apoyo se sumó la OPS, Fondo Global, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la República de China (Taiwán).

TABLA 1 Arquitectura a mayo 2012 del Sistema Único de Información en Salud (SUIS), desarrollada por personal de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación del MINSAL (DTIC)

ESTRUCTURA O UNIDAD APOYADA	MÓDULO O SISTEMA INFORMÁTICO	CARACTERÍSTICAS Y/O RESULTADOS
Primer Nivel de Atención	Sistema de Información de Fichas Familiares - SIFF -	<ul style="list-style-type: none"> • Elemento clave para la Planificación, análisis y seguimiento de las redes. • Producción de datos para configurar el perfil de salud de la población. • Acceso público a estadísticas sobre el impacto del despliegue de los ECOSF. • Base de datos para identificar y medir a futuro inequidades de salud en la población y sus determinantes.

ESTRUCTURA O UNIDAD APOYADA	MÓDULO O SISTEMA INFORMÁTICO	CARACTERÍSTICAS Y/O RESULTADOS
Red de Hospitales y Primer Nivel de Atención	Sistema Integral de Atención al Paciente - SIAP -	<ul style="list-style-type: none"> Expediente Clínico electrónico en línea, instalado actualmente en 19 hospitales y 6 UCSF. Integra los módulos: Archivo, citas, consulta, farmacia, laboratorio clínico, imagenología médica. En construcción módulos de: gestión de quirófanos, hospitalización, emergencia y patología
Programa de VIH/ SIDA y Lab. Central	Sistema Nacional de Laboratorio Clínico - LISCE -	<ul style="list-style-type: none"> Automatización del manejo y procesado de muestras. Informe oportuno de los resultados de los análisis de laboratorio. Preservación de la confidencialidad de los datos del paciente
Dirección de Vigilancia de la Salud	Sistema de Información de Morbi-Mortalidad en Web - SIMMOW -	<ul style="list-style-type: none"> Registro de Estadísticas Vitales (nacimientos y defunciones) certificadas en las 262 alcaldías del país Correlación con la información generada por los ECOS desde las comunidades y detección de subregistros.
	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - VIGEPES -	<ul style="list-style-type: none"> Recopilación de eventos epidemiológicos objeto de vigilancia y notificación obligatoria Consolidación de reportes semanales de 1,170 establecimientos de salud procedentes de diferente áreas como estadística, laboratorio, vigilancia epidemiológica Flujos de información e instrumentos de captura de datos estandarizados Detección, toma oportuna de decisiones, respuesta y control de brotes epidémicos y alzas de enfermedades emergentes
Unidad de Abastecimiento y UACI institucional	Sistema Nacional de Abastecimiento - SINAB -	<ul style="list-style-type: none"> Gestión eficaz y eficiente de la logística de adquisición de bienes y servicios de la UACI hasta Almacenes, incluyendo medicamentos, insumos médicos y otros elementos.
Dirección General de Hospitales y Dirección de Planificación	Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de los servicios hospitalarios - SPME -	<ul style="list-style-type: none"> Facilita el análisis de situación y formulación de planes operativos para mejorar la gestión de la oferta de servicios hospitalarios, para enfrentar la demanda creciente de la población.
Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos	Módulo de Planificación de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> Operativiza en línea la metodología OMS de estimación de necesidades de RHS Construye y aplica criterios idóneos y objetivos para determinar brechas y superávits de personal sanitario de acuerdo a la categorización de los establecimientos
MINSAL en su conjunto	Sistema de Información de Indicadores Gerenciales - SIIG -	<ul style="list-style-type: none"> Captura de datos de todos los módulos del SUIIS y de otras fuentes institucionales externas y/o entrada manual de datos Generación de indicadores y paneles de mando según necesidad del usuario final para la toma de decisiones o elaboración de reportes estratégicos

ESTRUCTURA O UNIDAD APOYADA	MÓDULO O SISTEMA INFORMÁTICO	CARACTERÍSTICAS Y/O RESULTADOS
DVS, Unidad de Desastres, Sistema Nacional de Protección Civil, RIIS	Modulo especial para períodos vacacionales y situación de desastres -VIGEPES/desastres-	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en línea y actualizado de eventos epidemiológicos en períodos de especial riesgo (fin de año, Semana Santa y festivos) • Generación frecuente y oportuna de reportes para informar y orientar a la población, prensa e instituciones involucradas
Dirección de RRHH, RIIS, Unidades del nivel central	Plataforma de Educación Virtual y webconferencias múltiples	<ul style="list-style-type: none"> • Complemento a Programas de Formación y Capacitación continuadas • Facilitación de Planificación institucional y seguimiento a planes de trabajo mediante webconferencias en tiempo real a nivel nacional e internacional.

Fuente: Elaboración MINSAL

Mención especial en el SUIS merece el avanzado desarrollo y la pronta puesta en línea de la georreferenciación de los datos para su representación en mapas. Se está finalizando la ubicación con GPS de la totalidad de los establecimientos¹ de salud. Se trabaja también en el intercambio de datos con otras instituciones para la toma de decisiones que reduzcan la vulnerabilidad, faciliten la prevención, la reducción de riesgos y una más pronta recuperación de eventos desastrosos.

Los tres puntos críticos planteados para la sostenibilidad del SUIS son:

- La consolidación y ampliación del Equipo Humano, que debe garantizar su actualización permanente, confiabilidad de los procesos, seguridad informática y mantenimiento.
- El aseguramiento de la Red Informática, la red física y la conectividad de última generación
- El equipamiento de cómputo en todos los establecimientos.

Todos requieren una inversión estratégica y vital para la consolidación de los logros de la Reforma de Salud. En este sentido, es importante consignar el ahorro que ha significado basar el SUIS en software libre.² Se han optimizado los fondos disponibles para equipo procedentes del PEIS, FAE y Fondo Global, sin pagar licencias de software. Además ha permitido adquirir un 40% adicional de equipo con los mismos fondos.

La infraestructura de red, necesaria para el funcionamiento de los módulos del SUIS, ha sido mejorada con fondos PEIS y Fondo Global. Esto permitió la reconstrucción de las redes locales de los establecimientos hospitalarios, el Laboratorio Central y otras dependencias administrativas. La red local de datos de más de 30 establecimientos ha sido completamente reconstruida bajo estándares de calidad.

Para 2012, especialmente con fondos BID, se espera lograr las siguientes acciones:

- Conectar a la intranet institucional, las UCSF Intermedias y Especializadas
- Contratar y consolidar el personal técnico informático estratégico para desarrollar, operar a plenitud y dar mantenimiento al SUIS
- Consolidar el Sistema Integral de Atención a la

Persona (SIAP), actualmente disperso y limitado a 19 establecimientos.

- Dotar de equipo informático a todos los establecimientos del MINSAL
- Implementar el sistema de gestión del Centro Coordinador de Llamadas del Sistema Nacional de Emergencias Médicas.³

El SUIS fue reconocido como el sistema de información insignia por el Sistema Nacional de Protección Civil; dado su diseño avanzado, estabilidad y confiabilidad durante los últimos eventos de desastres que ha vivido el país. La agilidad en el procesamiento de los datos recabados y la rápida generación de reportes consolidados facilitó la respuesta del país, a la población en las zonas afectadas y la distribución de la ayuda internacional.

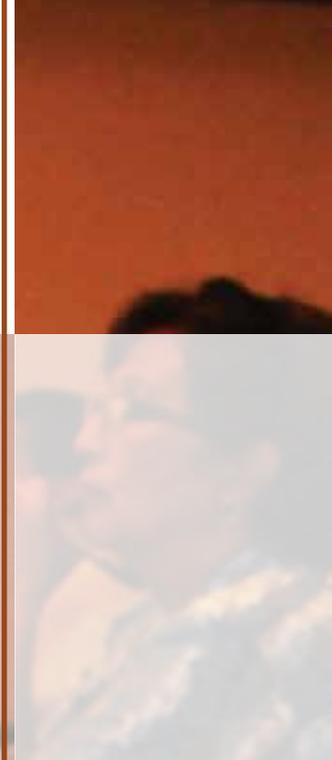
El SUIS, como eje estratégico de la Reforma de Salud, constituye un elemento catalizador de la innovación y actualización permanente para sí y para el resto de actores del Sistema de Salud y su red de servicios. Es una herramienta cada vez más esencial e imprescindible para la vinculación y el desarrollo de los otros ejes estratégicos y del Sistema de Salud en su conjunto. Es objeto igualmente de una creciente atención, a través de delegaciones interesadas en conocerlo, procedentes de los países vecinos y del resto de la región latinoamericana.

1. <http://geo.salud.gov.sv>

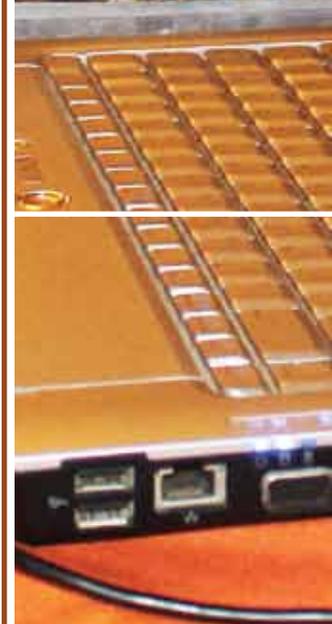
2. Software libre: http://es.wikipedia.org/wiki/Software_libre. Las PC con software libre del MINSAL usan la distribución de GNU/Linux Debian, el escritorio KDE y la suite de ofimática Libreoffice.

3. Donación del software SIEPES versión Argos de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, España. La donación e incorporación al SUIS incluye, además de la aplicación (completamente basada en plataformas libres), el código fuente y sus derechos de modificación, lo cual garantizará su sostenibilidad a largo plazo sin costo para el Estado.

CAPÍTULO 12



La Dirección Nacional de Regulación y Legislación en Salud conduce y facilita los procesos técnicos para la elaboración o la actualización del marco regulatorio sanitario nacional.



A photograph showing several healthcare professionals in white lab coats. In the foreground, a woman in a white lab coat is looking at a laptop. She has a name tag and a purple ribbon on her lapel. Behind her, another person in a white lab coat is also looking at the laptop. The background is slightly blurred, showing an indoor setting with a red exit sign on the wall.

REGULACIÓN Y LEGISLACIÓN EN SALUD

Los documentos producidos mediante los procesos de elaboración técnica que la Dirección de Regulación coordina se definen como instrumentos técnicos jurídicos. Además, la Dirección desarrolla y fortalece los procesos de notificación, autorización, inspección y coerción de equipos y fuentes radiactivas.

La totalidad de los instrumentos técnicos jurídicos promulgados pueden ser consultados en <<http://www.salud.gob.sv>> o al enlace directo: <<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>> (Centro Virtual de Documentación Regulatoria).

Avance en políticas de salud

- Política Nacional para el Control Interno de la Gestión Institucional, cuyo objetivo es “Divulgar las directrices para la aplicación del marco legal en las áreas administrativas y técnicas, que garanticen el cumplimiento efectivo del sistema de control interno, por parte de los funcionarios y empleados del Nivel Superior, Regional y Local del MINSAL”.
- Política Nacional de Medicamentos, cuyo objetivo general es: “Contribuir a la garantía del derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través del acceso oportuno a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, promoviendo el uso racional de los mismos”.
- Política Nacional de Lactancia Materna, cuyo objetivo general es: “Garantizar el ejercicio del derecho a la lactancia materna de las niñas y los niños, madres y familias salvadoreñas, como elemento indispensable para lograr un óptimo estado de salud, desarrollo y nutrición”.
- Política Nacional de Salud Mental, cuyo objetivo general es “Contribuir al bienestar integral de la persona, familia, comunidad, sociedad y su entorno de manera justa y equitativa, para favorecer el desarrollo y uso óptimo de las capacidades y potencialidades psicológicas y relacionales, así como, lograr el ejercicio pleno del derecho humano a la Salud Mental de manera sostenida a través de la participación social e intersectorial”.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva cuyo objetivo general es “garantizar la salud sexual

y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad”. (En proceso de aprobación).

- Política Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Previsión Social) cuyo objetivo general es “Promover el respeto a la seguridad y la salud ocupacional, a través de la formación de una cultura preventiva, estableciendo los lineamientos y directrices generales que permitan reducir los riesgos, accidentes y daños a la salud que sean consecuencia del trabajo, y las patologías que tengan su efecto hacia el trabajo, además de fortalecer las acciones de atención de la salud de los trabajadores, por medio de la instauración de programas de gestión de riesgos laborales en el sector público y privado”(En proceso final de oficialización).

Participación en comités y comisiones intersectoriales

- Comité de seguimiento a la LEPINA en el sector salud, se elabora de forma participativa la ficha médica de Nacimiento, para dar cumplimiento a los artículos del 72 al 77 de la LEPINA, entre otras acciones.
- Comité Nacional de Reglamentación Técnica y Seguridad en el Consumo, da seguimiento a la Política de Protección al Consumidor, en coordinación con el Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica (OSARTEC) del Sistema Nacional de Calidad.
- Comité Interinstitucional de Salud Bucal, apoya a la Unidad de Salud Bucal en la elaboración participativa de la Política de Salud Bucal.
- Comité Nacional de Lactancia Materna, apoya a la Unidad de Nutrición, en la elaboración participativa del Plan de Implementación de la Política de

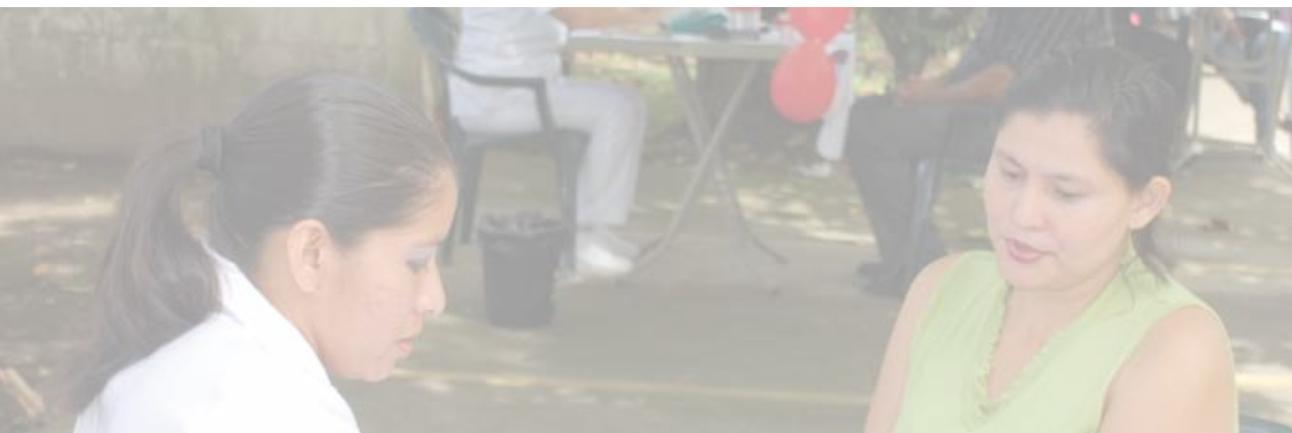
- Lactancia Materna y su proyecto de Ley.
- Comisión Nacional Antidrogas, representa al MINSAL en el proceso de elaboración de normativa para la acreditación de personal e instituciones que apoyan la rehabilitación.
- Sistema de Calidad, participa en representación del MINSAL en el Consejo Nacional de Calidad y sus organismos técnicos: OSARTEC, OSA, CIM, OSN y Comité Técnico de la Política de Calidad.
- Ley del Tabaco, que permitió la elaboración del anteproyecto de reglamento de la Ley y los Lineamientos para los pictogramas, en conjunto con FOSALUD.
- Seguimiento en el tema de Alcoholes, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Policía Nacional Civil se logra preparar el trabajo interinstitucional para asumir el rol regulador a partir del 2012.
- Propuesta de anteproyecto de la Ley del VIH en coordinación con Comisión de Legislación de CONASIDA..

Institucionalización de más de 60 instrumentos técnicos jurídicos en los siguientes ámbitos:

- Para normar y regular el funcionamiento del sector salud se emitieron las Normas Técnicas Sanitarias siguientes: para la autorización de funcionamiento de establecimientos agroindustriales, de piscinas y balnearios, para la prevención y el control de las Infecciones de transmisión sexual, para la prevención y control de la tuberculosis. Y los lineamientos técnicos siguientes: para autopsias, para la descontaminación de material médico quirúrgico en los establecimientos de las RIIS, para la atención de personas intoxicadas con plomo, de bioseguridad, para la atención integral en salud de las personas privadas de libertad y lineamientos técnicos para la atención y el control de la leptospirosis.
- Para potenciar el rol regulador del MINSAL en el Sistema Nacional Integrado de Salud se oficializó la norma para el desarrollo del servicio social y los lineamientos técnicos para implementación de advertencias sanitarias contempladas en la ley del tabaco.
- Para adecuar el funcionamiento del MINSAL a los retos que representa funcionar en Red, se promulgaron una norma de atención integral e integrada a todas las formas de violencia y los manuales siguientes: para el control de la citología, para el funcionamiento de las unidades móviles, de organización y funcionamiento de las RIIS. Además los lineamientos técnicos siguientes: para la referencia, retorno e interconsulta, para el manejo de suministros en almacenes del MINSAL, para la atención integral de todas las formas de violencia.
- En relación a la normativa de organización y funcionamiento se oficializaron los Manuales de organización y funcionamiento de la Dirección de Tecnologías, Información y Comunicaciones (DTIC); Dirección del Primer Nivel de Atención; Dirección Nacional de Hospitales; Dirección de Enfermedades Infecciosas; Gerencia General de Operaciones y el Manual de procedimientos de la Unidad de Conservación y Mantenimiento. Además los Lineamientos técnicos de seguridad y salud ocupacional del MINSAL; elaboración de instrumentos técnicos jurídicos, para el mantenimiento, administración y desarrollo de tecnologías de información y comunicación y los Lineamientos técnicos para el control de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Para normar la organización y funcionamiento de los Hospitales, se oficializaron las Guías Clínicas de: Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Ortopedia, Pediatría, Psiquiatría, para la atención del neonato y Lineamientos técnicos de la mejora continua de los Hospitales.
- Para promover espacios de participación ciudadana se oficializaron los Lineamientos técnicos de promoción de la salud, operativos para la casa de agua saludable “net cal at yejc”, operativos para la estrategia plan de parto y Lineamientos técnicos para la preparación, respuesta y rehabilitación de los servicios básicos de salud en emergencias y desastres.

La Unidad Reguladora y Asesora de Radiaciones (UNRA), es catalogada por la Organización Internacional de Energía Atómica (OIEA) como una de las mejores de Latinoamérica. Dicha Unidad ha emitido 202 autorizaciones, 285 inspecciones, capacitaciones permanente al personal de salud y ha participado en el Proyecto Regional del OIEA-RLA/9/067 “Control de las Exposiciones Médicas y Protección Radiológica del paciente”. El trabajo interinstitucional para la aplicación de la Ley reguladora de la producción y comercialización del alcohol y bebidas alcohólicas, fue el resultado del trabajo conjunto con el Ministerio de Hacienda y la PNC, para crear la Ventanilla Única de Alcoholes durante enero del 2012. De igual manera se destaca el trabajo para dar cumplimiento a la Ley para el control del tabaco, coordinando acciones con FOSALUD, OPS y PNC, tales como procesos de capacitación al personal responsable de la aplicación de la Ley.

CAPÍTULO 13



En el año 2011, las acciones se concentraron en el desarrollo y fortalecimiento de la redes de laboratorios clínicos, vigilancia de salud pública y bancos de sangre. También se apoyó la investigación en temas prioritarios, así como la formación y la capacitación a personal de las RISS.



INVESTIGACIÓN EN SALUD Y EMERGENCIAS MÉDICAS



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

En el marco de la Reforma de Salud, se ha propuesto como una de las prioridades la creación y funcionamiento del Instituto Nacional de Salud (INS). Fue creado por acuerdo Ministerial el 13 de septiembre de 2010. El INS es una organización científico-técnica subordinada al Ministerio de Salud (MINSAL) que conduce procesos de generación, transmisión y difusión de conocimientos científicos y tecnológicos, para la solución de los principales problemas de salud. El INS lo componen: redes de Laboratorios especializados, Escuela de Gobierno e investigación en Salud.

El MINSAL gestionó con éxito la movilización de recursos externos, a través del desarrollo y aprobación de proyectos con países amigos, y así obtener cooperación no reembolsable como son: los proyectos de "Desarrollo y fortalecimiento institucional del INS" con la cooperación Española (AECID); fortalecimiento de equipos técnicos estratégicos para la implementación de la Reforma de Salud con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); cooperación bilateral con Brasil, Cuba, Japón y otros aliados internacionales, como es la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud (IANPHI). También se incluyó como un tema de inversión en los proyectos de financiamiento al MINSAL a través del BID y BM.

Escuela de Gobierno

Para la organización y funcionamiento de la Escuela de Gobierno (EGS), se establecieron los principales objetivos:

- Desarrollar y mantener la competencia de los cuadros de conducción y de gestión estratégica del sistema de salud del MINSAL;
- Producir y diseminar conocimiento e información para la toma de decisiones en el ámbito de

gobierno y gestión del sistema de salud;

- Contribuir a mejorar la eficacia y la eficiencia de las políticas públicas en Salud.

Investigación

En lo relativo a la investigación se concluyeron cuatro estudios. "La situación de la investigación en Salud 2011" permitió identificar y caracterizar más de un centenar de investigadores en el sector Salud. "El estado actual de Residencias médicas en El Salvador 2011" incluye cinco años de análisis cuantitativo de este grupo profesional, un análisis de los aspectos educativos con los contenidos programáticos de enseñanza y décadas de antecedentes históricos.

Asimismo, en Salud Sexual y Reproductiva, se diseñó y ejecutó el estudio "La ultrasonografía como herramienta de apoyo en el diagnóstico ginecológico y obstétrico", para conocer el uso de la ultrasonografía y la validez de sus resultados, en diez hospitales de segundo nivel. En mayo de 2012, se inició un protocolo de investigación sobre el conocimiento de Género en Salud entre el personal clave del Ministerio de Salud que se concluirá a finales de este mismo año. De la misma manera, saldrán a la luz las investigaciones de la enfermedad renal crónica, en 11 comunidades, de dos zonas del país.

Entre las investigaciones que se encuentran en proceso destacamos: Plan piloto de la investigación de bacterias patógenas en agua de piscinas; Estudio de Geohelminthiasis y Malaria financiado por OPS; Apoyo a investigaciones de metales en pacientes renales en el Bajo Lempa; Investigación de Bordetella pertussis por Biología Molecular; Estudio de resistencia al Osetamivir (CDC-CAR); Estudio de coinfecciones Dengue-Influenza (CDC-CAR); Estudio de validación de la prueba rápida Treponemica para implementar el algoritmo

diagnostico de laboratorio de la sífilis; Estudio de Vigilancia centinela en ITS/VIH en cuatro unidades comunitarias de Salud Familiar (Barrios ,Concepción, San Miguel, Sonzacate); Estudio de Histoplasmosis método ELISA en pacientes VIH Primera fase.

Red de laboratorios

Las redes de laboratorios enfrentan retos como la fragmentación y débil inversión en los años anteriores. En 2011, se realizó un diagnóstico de la red de laboratorios clínicos y la revisión conceptual de las redes de laboratorio en general con apoyo de expertos de Brasil, generando la elaboración de un plan que incluye la definición de estrategias y actividades en periodo de transición hacia la propuesta de transformación de las redes actuales.

En el segundo semestre de 2011 se inició la inversión en temas priorizados (recursos humanos, equipos y reactivos) a través de los fondos de proyectos que el MINSAL ejecutaba (AECID y BID).

Laboratorio Nacional de Referencia

Se aumentó en un 50% la producción de los diferentes análisis que realiza el Laboratorio Nacional de Referencia, debido a la inversión en recursos humanos, equipos y reactivos, así como el fortalecimiento de las capacidades técnicas de dichos recursos.

Asimismo se amplió la infraestructura del Laboratorio Descentralizado de San Miguel para descentralizar los análisis de alimentos fortificados (sal, azú-

car y harina de trigo y de maíz) y bebidas alcohólicas.

También se ha fortalecido la Red de Laboratorios de Citología con Recurso Humano y equipo. Se ha mejorado la respuesta inmediata a eventos emergentes como la Tormenta 12E, al Reglamento Sanitario Internacional (investigación de Vibrio cholerae, investigación de Plasmodium falciparum, Leptospirosis) e intoxicaciones alimentarias.

Red Nacional de Laboratorios Clínicos

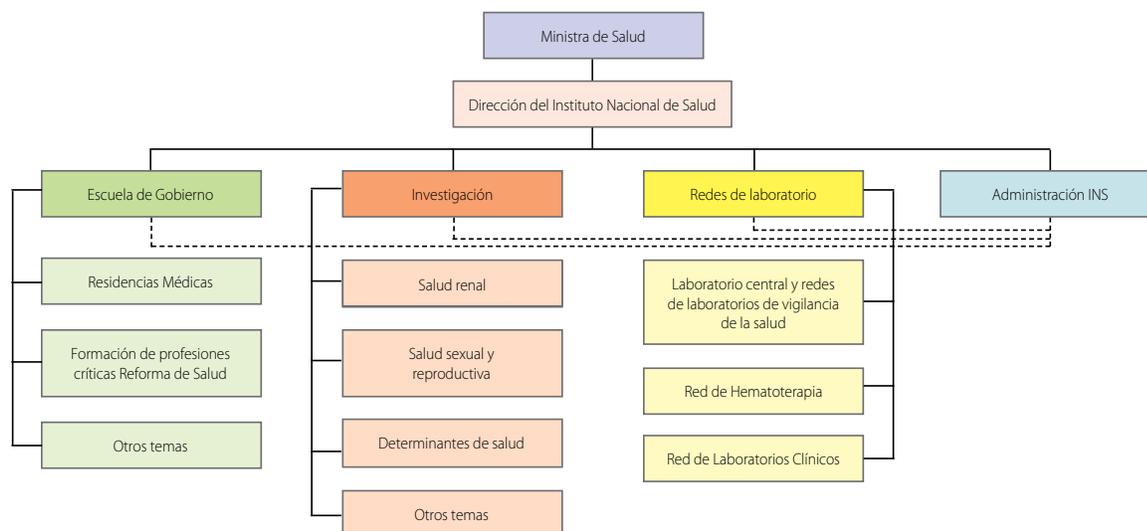
Se realizó un diagnóstico de la red de laboratorios clínicos, en el primer nivel de atención y en 10 Hospitales. Se elaboró el Plan de fortalecimiento en equipamiento y recurso humano de la red para 5 laboratorios clínicos regionales y 10 hospitales.

Red Nacional de Bancos de Sangre

Se han realizado talleres para la elaboración de proyectos de regionalización del Banco de Sangre del Hospital de Santa Ana; para evaluar los resultados de control de calidad externo de la Red de Bancos de Sangre.

Se ha promovido la formación de comités transfusionales en la red de hospitales de Occidente, Oriente y Paracentral. También se han priorizado las necesidades para convertir el Banco de Sangre del Hospital de San Miguel en Homocentro de Oriente. Por último, se ha conformado el quipo técnico ministerial para elaborar la Política de Bancos de Sangre y Medicina transfusional.

GRÁFICO 1. Estructura organizativa del Instituto Nacional de Salud



SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

La Comisión Nacional del Sistema de Emergencias Médicas (CONASEM) la integran las siguientes instituciones: Ministerio de Salud (Presidencia); Ministerio de Defensa; FOSALUD; Policía Nacional Civil; Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Cruz Roja Salvadoreña.

Para el funcionamiento del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) se conformaron 5 subcomisiones: la Pre Hospitalaria; la Hospitalaria; Auditoría; Rehabilitación y Desarrollo de Recursos Humanos. Sus integrantes recomiendan, en el documento “Guía de la Atención Pre Hospitalaria”, la inclusión de la Dirección del Sistema de Emergencias Médicas en la CONASEM para vincular la intersectorialidad con la operatividad del sistema.

El Ministerio de Salud, mediante el SEM, prestará asistencia sanitaria a todas aquellas personas que por su condición sean consideradas como una emergencia médica; cuyo diagnóstico o tratamiento requieran atención inmediata y de alta complejidad, por considerarse con riesgo grave para la vida o produzcan secuelas graves y permanentes para la misma.

El 17 de septiembre del año 2011, las autoridades del MINSAL y de la PNC suscribieron el primer convenio con el SEM. El objetivo era articular planes y acciones conjuntas para el establecimiento de un Centro Coordinador del SEM, en estrecha relación con el Sistema de Seguridad 911.

El equipo técnico visitó la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), para ver la organización encargada del Sistema de Emergencias Médicas en la Provincia española de Andalucía. Se tomó como modelo las ciudades de Sevilla y Málaga para conocer la forma en que funciona dicho sistema y para establecer los contactos del apoyo técnico necesario durante la implementación del SEM.

En enero de 2012, se nombra la Dirección del SEM con el propósito de agilizar la implementación del mismo y organizar al equipo humano que dirigirá su funcionamiento. Se ha determinado la implementación en 4 etapas, para dar cobertura a 1.5 millones de habitantes por cada etapa, hasta cubrir todo el territorio salvadoreño. Por los limitados recursos financieros, se iniciará en los 9 municipios de la Región Metropolitana más densamente poblados (San Salvador, Soyapango, Mejicanos, Ciudad Delgado, Cuscatancingo, Ayutuxtepeque, San Marcos, Apopa, Ilopango) y los municipios de Santa Tecla y Antiguo Cuscatlán en el Departamento de La Libertad. Se han identificado los lugares estratégicos para ubicar las bases asistenciales: espacios adecuados para la ubicación del personal médico y paramédico, así como ambulancias con equipo necesario para la atención de emergencias. Serán 5 ambulancias y se ubicarán en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de Zacamil, Monserrat, Apopa, Alberto Aguilar Rivas (Santa Tecla) y el Hospital de Soyapango.

Se han diseñado los Indicadores de Evaluación de Impacto del Sistema de Emergencias Médicas para monitorear la reducción de la morbi-mortalidad por lesiones de causa externa y otros, con la asistencia técnica de la Dirección de la Vigilancia Sanitaria.

En marzo de 2012 representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales involucradas en la atención Pre-hospitalaria y Hospitalaria en el país (FOSALUD, sistema 911, Comandos de Salvamento, Cruz Roja Salvadoreña, Cruz Verde, Cuerpo de Bomberos, Protección Civil, CSSP, Glasswing International, COMURES, MINSAL, ISSS, BSM, MRREE) formularon un perfil de proyecto de apoyo técnico y financiero por parte del Gobierno de Japón, coordinado con la Oficina de Cooperación Técnica del Gobierno de Japón (JICA).

El presupuesto de funcionamiento del SEM cuenta con tres fuentes de financiamiento: GOES, FOSALUD préstamo del BID. Su monto asciende a 20 millones de dólares para un periodo de 5 años, distribuidos de la siguiente forma: \$6.9 millones para el SEM; \$13.1 millones para el fortalecimiento de las Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales.

Metas del periodo 2012-2013

Se contará con 3 ambulancias de Soporte Vital Avanzadas – SVA (Tipo A) y 12 ambulancias de Soporte Vital Básico – SVB (Tipo B). Las SVA estarán dotadas de medicamentos, insumos y Personal Médico y Paramédico para atención de pacientes en el sitio del incidente.

Se ha proyectado en la etapa inicial incluir 7 hospitales: Rosales, Maternidad, de Niños “Benjamín Bloom”; Soyapango, San Bartolo, Zacamil y San Rafael, a los que se les fortalecerán las unidades de emergencias con personal, equipamiento, insumos y medicamentos, en los 2 últimos hospitales mencionados se realizará la adecuación de una Unidad de Cuidados Intensivo de 6 camas cada uno.

Con el funcionamiento del SEM, la prestación de servicios médicos dará un salto de calidad e incidirá en las estadísticas médicas. De hecho, reflejará el trabajo realizado por el sistema de salud ante las situaciones de emergencias médicas del día a día, como las provocadas por situaciones de desastres naturales y androtropicos.

TABLA 1. Componentes del Sistema de Emergencias Médicas

PREHOSPITALARIO CONSTITUIDO POR:
El Centro Coordinador regulará la coordinación entre los prestadores de atención prehospitalaria y las unidades de emergencias de los hospitales. Contendrá la cartera de servicios de todos los prestadores de salud integrados al SEM y hará efectivos los procesos y normativas de atención pre-hospitalaria concertadas y consensuadas en el CONASEM.
Red de Ambulancias desconcentradas propias y concertadas, ubicadas en bases asistenciales.
HOSPITALARIO CONSTITUIDO POR:
Unidades de Emergencias
Unidades de cuidados Intensivos
Seguimiento ambulatorio para rehabilitación

Fuente: Elaboración MINSAL

CAPÍTULO 14



La Unidad de Salud Ambiental enfoca su trabajo en la vigilancia de las condiciones sanitarias de la población, aplicando la estrategia de atención primaria de salud integral a los diferentes componentes ambientales.



SALUD AMBIENTAL



Saneamiento

Una de las estrategias del MINSAL es el fortalecimiento técnico de su personal y de otras instituciones públicas -como ANDA e ISNA- o privadas. Se capacitó a 2253 personas como inspectores de saneamiento ambiental, promotores, enfermeras, servicios generales y administrativos. La intención fue mejorar su desempeño en las áreas de: saneamiento ambiental; disposición de excretas y tratamiento de aguas negras y grises; sustancias químicas peligrosas; diagnóstico Sanitario en Hospitales; Saneamiento Ambiental; o Estándares de Calidad hospitalario sobre el manejo de los desechos bioinfecciosos, entre otros.

En saneamiento, se vigiló el sistema de tratamiento de aguas residuales procedentes de agroindustrias en los municipios de: Quezaltepeque, Apopa, Nejapa y Sonsonate. Se inspeccionaron un total de 18,166 disposiciones de excretas y aguas residuales. Se evaluaron 26 proyectos habitacionales, en coordinación con el Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano (VMVDU) y la Secretaría de la Cultura SECULTURA; Se realizaron 11,457 inspecciones, identificándose 7,462 establecimientos que cumplían la norma. Las inspecciones se realizaron en fuentes de agua como pozos excavados, pozos perforados y manantiales (38.4 %); en sistemas de abastecimiento de agua (36.7 %) y en plantas envasadoras o distribuidoras de agua envasada y aparatos productores de Hipoclorito de Sodio (25 %).

Agua de consumo humano

En la vigilancia de la calidad del agua que hace el personal de saneamiento ambiental, 519 muestras fueron sometidas a análisis físico químico; pero solamente 471 cumplieron la norma de agua de consumo. A 200 muestras se le hizo el análisis de trazas de metales. De 757 muestras de agua envasada analizadas con examen bacteriológico, cumplieron con la norma solamente 730 muestras.

Con relación al Hipoclorito de Sodio o Puriagua, en todo el país se tienen funcionando 1,194 equipos productores de este líquido. Se produjeron 375,485 litros de hipoclorito de sodio y se distribuyeron 357,047 litros a las comunidades. Se reportaron aproximadamente 289,239 viviendas que hicieron uso del hipoclorito de sodio como medida para desinfectar el agua, frutas y verduras; además se instalaron 9 equipos para producir Puriagua.

El Ministerio de Salud también contribuyó a la elaboración y revisión de la ley de aguas, en coordinación con las instituciones que integran CISALUD -tales como ANDA, MARN, MINED, Defensoría del Consumidor, MAG, FISDL, MOP, STP, ISNA y ASIA-.

Como medida para evitar riesgos en la salud pública, se elaboraron y evaluaron los planes de seguridad del agua en 18 municipios, con sistemas de distribución de agua potable, y 23 hospitales de la red nacional de salud.

La Unidad de Salud Ambiental, mediante el programa de sustancias químicas peligrosas, ha dado seguimiento a las empresas que manipulan este tipo de sustancias a nivel nacional -de acuerdo a lo establecido en el Convenio de Basilea para C.A. y México,-. Con el programa de los desechos bioinfecciosos, se ha mantenido un seguimiento y control a las instituciones públicas y privadas que manipulan este tipo de desechos. De hecho, éste es uno de los programas importantes, dentro de la unidad de salud ambiental. Actualmente se ha dado cobertura sanitaria (manejo interno, recolección, tratamiento y disposición final) a los 30 hospitales, 369 unidades de salud y 3 laboratorios nacionales, que generaron aproximadamente 1500 ton/año. Se invirtió \$ 25,000.00, para el manejo interno de los desechos: provisión de 20,000 bolsas plásticas negras y 191,000 bolsas plásticas rojas; 760 cajas plásticas de embalaje y 56 galones de pintura anticorrosiva negra para el mantenimiento de celdas de bioseguridad. Por otra parte, con fondos GOES, se invirtieron más de \$ 800,000.00/año para la gestión adecuada de los desechos bioinfecciosos.

El Ministerio de Salud ha continuado y ampliado el programa de recuperación de los desechos sólidos comunes, con potencial reciclable, generados en los establecimientos de Salud. Esto ha permitido cambios de actitud entre el personal de salud hacia el medio ambiente. En 27 Hospitales Nacionales y 15 UCSF, se recuperaron 66,326 libras de papel, 45,598 de plástico, 5,267 de aluminio, 32,313 cartones, 2793 placas de RX y 31,093 libras de hierro.

Con el objetivo de prevenir riesgos de contaminación por la bacteria *Vibrio cholerae*, se han tomado 158 nuevas muestras para identificar la bacteria, y 106 muestras anuales para análisis microbiológicos en aguas superficiales. Durante el primer trimestre del año, el total de muestras cumplidas es del 80%; en aguas superficiales corresponde al 100% y en piscinas el 97%. En coordinación con OPS y MAG, en diciembre del año 2011, se llevó a cabo una investigación de campo -sobre *Vibrio cholerae* O1, serotipo Ogawa, aislado en Laguna de Apastepeque y Sta. Clara, San Vi-

cente se elaboró también un estudio sobre seguridad microbiológica en Letrinas Solares con un equipo de investigadores de la Universidad de Florida del Sur -en las comunidades: Los Ángeles, J/El Majahual y Jerusalén, J/ Puerto La Libertad, D/La Libertad-.

Junto al MARN, se formularon e implementaron proyectos relacionados con convenios internacionales -a través del Centro Regional del Convenio de Basilea para Centroamérica y México CRCB-CM-: como el inventario y preparación para la destrucción de Compuestos Orgánicos Persistentes (COP'S) y Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono (SAO). En coordinación con OPS, se implementó una consultoría en dos hospitales de la red pública para mejorar la gestión de los desechos químicos y se elaboró la propuesta para su manejo y disposición final. El MINSAL autorizó la importación de 14,420 toneladas de sustancias químicas controladas. Se trabajó también en la asistencia técnica y acompañamiento a UCSF para los procesos de inspección sanitaria y la autorización de permisos



de funcionamiento para más de 27 empresas complejas -17 UCSF de Región Metropolitana, Región Pa-racental y Región Central de Salud-

Vigilancia y control de vectores

Para el control del dengue, se realizó un plan integral que contempló tres fases en tres jornadas nacionales. El promedio de participación en la fase institucional fue de 115,496 empleados, en la domiciliar de 81,036 y en la fase comunitaria de 53,955. La participación comunitaria fue un elemento clave para el desarrollo exitoso de dichas jornadas, así como el involucramiento de las instituciones que integran CISALUD. Las acciones antivectoriales se realizaron además en centros turísticos y playas (en los periodos vacacionales de Semana Santa, Agosto y fin de año). Otras intervenciones realizadas para la eliminación de inservibles -potenciales criaderos de zancudos- se hicieron en cementerios, escuelas, universidades y mercados, entre otros.

Estas acciones de control del dengue, en 2011, reportan 2,291,114 inspecciones en viviendas de todo el país. En algunas de las visitadas más de una vez, para dar seguimiento, se encontraron nuevamente larvas de *Aedes Aegypti*. Se encontraron 11, 997,639 criaderos de zancudos: el 57% fueron tratados y un 33,5% fueron eliminados. Las viviendas que no se inspeccionaron -por encontrarse cerradas, renuentes o deshabitadas- suman 349,212. Este dato evidencia un riesgo latente. Para el control del vector en estadio adulto, se fumigaron 1, 864,069 viviendas con equipo portátil y 615,137 con ULV pesada. La unidad de vectores recuperó 165 bombas que habían sido reportadas como dañadas por las cinco regiones de salud.

En el marco de la Tormenta 12E se destinaron \$ 342,774.99 de los Fondos de Emergencias, de FOPRO-MID, para fortalecer las acciones de control de los vectores transmisores del dengue y otras enfermedades. Para la prevención y control de malaria se ejecutaron acciones operativas en 1,355 caseríos, 630 cantones y 315 barrios del área urbana; aplicando rociado residual en 5,032 viviendas y fumigación con equipo térmico portátil y pesado ULV en 76,745 viviendas.

Con relación a la enfermedad de Chagas, se contó con el apoyo de agencias de cooperación para revisar, actualizar, reproducir y socializar la Norma Técnica para la Prevención y Control de Chagas. La segunda fase de Control de Chagas, iniciada en 2008, finalizó en marzo del 2011 con los departamentos de: Santa Ana, Sonso-

nate, Ahuachapán, La Libertad, Usulután, San Miguel y Morazán. Sin embargo, el componente educativo se extendió al resto de los departamentos del país y, pese a la finalización del proyecto, la presencia de JICA se mantuvo en el departamento de Ahuachapán con una voluntaria japonesa hasta marzo de 2012. Se realizó el equipamiento con bombas de rociado, repuestos y equipos de bioseguridad para el control del Chagas, con fondos de Japón, por un monto de \$150,000 en los departamentos de Chalatenango, San Salvador, La Paz, San Vicente, Cuscatlán, Cabañas y La Unión. Otras actividades se realizaron con estudiantes de las universidades para promover la investigación de esta enfermedad. Se realizaron foros con organismos de cooperación y Organismos No Gubernamentales, donde se abordó la necesidad de mejorar las condiciones de la vivienda para combatir la enfermedad de Chagas en todo el país.

Se inició el proyecto ECOSALUD, con una duración de 3 años, en el municipio de Texistepeque, departamento de Santa Ana. En él, se trabaja conjuntamente con el Centro de Investigaciones y Desarrollo en Salud (CENSALUD) de la UES. El abordaje de Chagas va más allá del vector, pues se evalúan los determinantes sociales, ambientales y culturales. De esa forma, se ejecutarán acciones para la reducción de estos riesgos. El proyecto se socializó con los diferentes niveles de atención de salud, la Comisión Intersectorial de Salud y la comunidad. La inversión promedio en el control del vector causante de la enfermedad de Chagas es de \$ 882, 569, este monto incluye recurso humano, rociador, inspección de vivienda, insecticida y combustible.

Como parte de la vigilancia entomológica, se visitaron 235,399 viviendas de las cuales 5,784 (2.5%) fueron positivas a chinches. Se realizó rociado de producto químico residual en 22,794 viviendas.

En el control de la enfermedad de Leishmaniasis se fortaleció el componente educativo con el objetivo de dar a conocer la enfermedad, signos, síntomas, detección y control en los diferentes niveles de atención. De acuerdo a los diferentes escenarios operativos; institucionales y comunitarios, se impartieron 2,692 charlas en centros escolares, grupos organizados, y comunidades

Asimismo se fortaleció la investigación entomológica en diferentes localidades para la identificación del vector *Lutzomyia*, identificándose 5 especies: *Lutzomyialongipalpis*, *Lu. evansi*, *Lu. cayennensis*, *Lu.durani* y *Lu. Chiapanensis*.

Zoonosis

Con el fin de evitar los riesgos de contraer enfermedades zoonóticas, se impulsó el Tratado de Cooperación Técnica entre El Salvador y Honduras con el apoyo de la OPS; con el objetivo de eliminar la rabia en 34 municipios fronterizos de los departamentos de Chalatenango, Cabañas, San Miguel, Morazán y La Unión. En este primer esfuerzo se vacunaron 61,225 perros y 25,669 gatos y se adquirieron 16 Kits para toma y envío de muestras y el Intercambio de tecnología en la producción de biológico con Honduras.

A nivel nacional se inspeccionaron y trataron 22,371 viviendas y establecimientos, utilizando más de 3,937 kg de rodenticida a un costo de \$ 20,700. Se procesaron 64 muestras para diagnóstico y se capacitaron 140 Inspectores de saneamiento ambiental para la prevención y control de la leptospirosis.

Se desarrollaron talleres para verificar los avances del reglamento sanitario internacional, donde participaron diferentes sectores en la revisión y socialización de protocolos, planes y procedimientos, así como las diferentes evaluaciones y monitoreos enviados a la OMS.

Se elaboró el diagnóstico higiénico sanitario de 32 rastros municipales -de un total de 55- y se está

en proceso de elaboración de la Norma Higiénica Sanitaria para inspección, autorización y control de los rastros, en coordinación con el MAG y MARN.

Control e higiene de los alimentos

Se aprobaron 2,519 productos alimenticios para la comercialización, y se rechazaron 112 productos alimenticios debido a datos incorrectos en: etiquetado nutricional (15.1%), criterios microbiológicos (8.0%), aditivos Alimentarios (54.5%), Calidad -parámetros físico-químicos- (17.1%), Grado alcohólico (4.5%). Se hicieron 672 cambios en el registro sanitario y se aprobaron 39,526 importaciones de alimentos y bebidas.

Se apertura la ventanilla única de alcoholes, en coordinación con el Ministerio de Hacienda, Se registraron un total de 160 usuarios: de los cuales 9 son industrias de alimentos, 14 droguerías, 60 laboratorios, 13 destilerías, 52 farmacias y 12 de uso industrial.

Se dio atención a 825 solicitudes de las diferentes empresas usuarias del Sistema de Trámites en línea. Se activaron 560 cuentas de usuarios nuevos. Se modernizó el equipo informático de la Unidad, con tres servidores y 14 equipos nuevos y se fortaleció el área de Saneamiento Ambiental de las Unidades de Salud con la entrega de 75 equipos completos.

CAPÍTULO 15



El MINSAL ha incrementado su participación en foros y diversos ámbitos del campo de salud internacional, logrando apoyo para el proceso de Reforma y mayor efectividad y aprovechamiento de la cooperación, además de ganar espacio creciente en el debate internacional relacionado con el desarrollo y la soberanía sanitaria.



DIMENSIÓN INTERNACIONAL



Se ha continuado la abogacía para fortalecer el multilateralismo en salud, preservar la cooperación internacional para los países de desarrollo medio como manera de mantener y consolidar los logros de las últimas décadas, además de visualizar los determinantes particulares que las enfermedades crónicas tienen o pueden tener en países como los centroamericanos. Se han redoblado los esfuerzos para que los acuerdos logrados en los foros internacionales avancen de manera oportuna en el alineamiento efectivo de los recursos de la cooperación.

Eventos significativos con presencia de las autoridades sanitarias de El Salvador

La participación de las autoridades del MINSAL en eventos relacionados con la definición de políticas internacionales de salud ha sido relevante para el debate de temas y acuerdos conjuntos para fortalecer el desarrollo sanitario. A continuación se enumeran algunos de estos eventos y los temas abordados.

Integración centroamericana (COMISCA Y RESSCAD)

El MINSAL participó a distancia en la XXVII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), realizada en Panamá del 6 al 7 de octubre de 2011.

También se participó oficialmente en la XXXIV Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), realizada en la ciudad de Guatemala los días 23 y 24 de junio de 2011.

Se coordinaron dos reuniones en calidad de Presidencia Pro Tempore del COMISCA en el marco de la XXXV Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana y la instalación del Consejo de Ministros de Salud del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) realizadas en la ciudad de San Salvador, El Salvador los días 1 y 2 de diciembre de 2011.

En el marco del Plan Regional de Salud 2010-2015 del COMISCA, se continúan trabajando, a través de las respectivas comisiones, los ejes de negociación conjunta de medicamentos, desarrollo de recursos humanos y enfermedades crónicas. Especialmente se logró que la Enfermedad Renal Crónica fuese reconocida como un problema de salud pública de la Región de Centroamérica.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

El MINSAL participó en la Reunión del 51º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y 63º Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, realizada en Washington DC del 25 de septiembre al 1 de Octubre de 2011.

Además se contó con participación oficial en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza del 20 al 26 de mayo de 2012. Durante la Asamblea la delegación de El Salvador se reunió con la nueva gerente de portafolio para El Salvador de los proyectos del Fondo Mundial, con quien se trataron los temas sobre ampliación del plazo de cierre de los proyectos Ronda 7 y estrategia de lucha contra el VIH/sida-RCC. Además se logró la aprobación de la segunda fase del proyecto de Prevención y Control de la Tuberculosis y la continuidad de apoyo para la lucha contra el VIH/sida.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA)

Se contó con participación oficial en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida, en la sede de Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York, EEUU del 7 al 11 de junio de 2011. El Salvador sustentó la presidencia de la Junta Coordinadora de ONUSIDA y abogó por la promoción de la unidad de Latino América y el Caribe contra el VIH/sida.

También se contó con asistencia oficial a la reunión de coordinación del programa de VIH/sida, realizada en Ginebra, Suiza del 18 al 24 de junio de 2011. Se presidió la sesión n.º 28 de la Junta Coordinadora de ONUSIDA, abogando por el logro de acuerdos y la aprobación de orden del día en el tema de inclusión de las mujeres con VIH en la toma de decisiones. Asimismo, se negoció la aprobación de resultados del informe sobre atención a personas con VIH en situación de desastres con énfasis en aspectos relativos a su seguridad alimentaria.

Acuerdos suscritos por el MINSAL en el período

El Salvador (RREE y MINSAL) y OPS/OMS suscribieron la Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con El Salvador 2012-2015. La estrategia de cooperación centrada en el país es una propuesta de la Organización Mundial de la Salud que permite construir una visión a mediano y largo plazo de la cooperación técnica con el país, en el contexto de las prioridades nacionales y de la contribución de los países a los compromisos regionales y globales.

Se firmó un memorándum de Entendimiento de la Alianza por la Salud Neonatal en El Salvador, integrada por USAID, OPSOMS, AECID, SaveTheChildren, Visión Mundial, Plan Internacional, INTERVIDA, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial, CALMA, ASONES, ANAES, MINSAL. El objetivo es atender los problemas de salud neonatal y el cumplimiento de las Metas del Desarrollo del Milenio. Se impulsarán acciones de diseminación e implementación de intervenciones claves para la salud neonatal. La vigencia es de 2010 a 2014.

También se suscribió un convenio marco de Cooperación al Desarrollo entre el Ministerio de Salud de la República de El Salvador y la Asociación Española Médicos del Mundo (MdeM). El objetivo es fortalecer la alianza entre el MINSAL y MdeM para la ejecución de proyectos de cooperación al desarrollo y apoyo a emergencias. La vigencia es de 5 años a partir del 8 de julio de 2011.

Finalmente, se estableció un carta compromiso entre el Ministerio de Salud de la República de El Salvador y la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES). El objetivo es determinar las intenciones de cooperación de las partes referentes a la construcción del Sistema de Emergencias Médicas de El Salvador. La vigencia es de 4 años a partir del 13 de junio de 2011.

Mobilización de recursos para la Reforma de Salud de El Salvador

Como ya se mencionó en el informe anterior, el MINSAL ha definido una estrategia para movilizar recursos, acorde con su orientación de política sanitaria y sus necesidades más urgentes. En ese marco político se establecen principios que orientan y definen la gestión de la cooperación internacional en salud.

Es con esa orientación que el MINSAL viene participando activamente en iniciativas de cooperación de origen multilateral y bilateral, en los procesos e instituciones del Sistema de Integración Centroamericano, en las iniciativas cooperativas del ámbito subregional, así como en lo que corresponde a la representación del país en las instancias de gobernanza de los organismos del sistema multilateral.

Principios orientadores de la cooperación por parte del Ministerio de Salud

- Alineamiento y armonización de la cooperación internacional con la Política de Salud y su Plan Estratégico, ambos enmarcados en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2009-2014.
- 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.
- Coordinación activa con la Secretaría Técnica de la Presidencia, el Ministerio de Hacienda y Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Mobilización de recursos de la cooperación internacional en salud para el desarrollo de políticas públicas intersectoriales orientadas a fortalecer el sistema de salud y promover la participación ciudadana.

La contribución de la Cooperación Internacional en Salud (CIS)

Como se ha mencionado en los anteriores informes, si se mira en términos financieros, la cooperación internacional en salud para el MINSAL no es sustantiva como en otros países (si se toma en cuenta su aporte en relación al presupuesto nacional de salud); no obstante, tiene una importancia decisiva para la movilización de recursos orientados al fortalecimiento

de la capacidad nacional para ejercer las funciones esenciales de la salud pública. Asimismo, la oferta de bienes y servicios de salud que brinda el MINSAL se ha visto ampliada y fortalecida con la cooperación no reembolsable que han destinado los países amigos y organismos internacionales.

El Sistema de Naciones Unidas, a través fundamentalmente de OPS/OMS y también con el apoyo de UNICEF y UNFPA, ha continuado apoyando sostenidamente al Ministerio de Salud. OPS/OMS ha proporcionado apoyo técnico importante para la formulación e implementación de la Reforma de Salud, así como a la evaluación de programas prioritarios, fortalecimiento institucional y desarrollo de recursos humanos.

En el presente periodo los principales donantes que forman parte de la cooperación Norte-Sur y que han apoyado al MINSAL con proyectos de infraestructura, equipamiento, cooperación técnica y desarrollo de recursos humanos, ya sea directamente o por medio de sus agencias bilaterales, son Estados Unidos (USAID), España (a través de AECID y de la cooperación descentralizada), Japón y Luxemburgo, entre otros. La cooperación Sur-Sur es particularmente importante con Brasil y Cuba.

La cooperación reembolsable en salud gestionada por el MINSAL está relacionada con tres bancos: el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y el Banco Mundial (BM). Con el préstamo de

42 millones de dólares del BCIE se financia el proyecto del nuevo Hospital Nacional de Maternidad, donde se han finalizado las obras de terracería y se ha contratado la fase de construcción de los edificios que conlleva el proyecto. Con el préstamo del BID ratificado por la Asamblea Legislativa en diciembre de 2010 y que asciende a 60 millones de dólares, se están ejecutando las acciones establecidas para la consecución de la Reforma de Salud, fortalecimiento de la capacidad instalada, contratación de personal y desarrollo de capacidades de los recursos humanos entre otros. Con respecto al BM, como se señala en el capítulo correspondiente, se concluyó el proyecto RHESSA. Una nueva operación de 80 millones de dólares fue aprobada por parte del Directorio del BM en junio del 2011 y en este momento está en la Asamblea Legislativa para su ratificación.

Durante este tercer año algunos proyectos han sido concluidos y otros han sido formulados, gestionados, aprobados y/o han iniciado o continúan su ejecución. A continuación, se presentan cuadros resumen de los montos con los que las agencias multilaterales y bilaterales han apoyado al Ministerio de Salud en los últimos tres años de gestión. Posteriormente, se describen los proyectos en ejecución, los proyectos gestionados que ya obtuvieron aprobación y que comenzarán a implementarse durante los próximos meses y los proyectos que están en proceso de gestión y que se espera sean aprobados durante los próximos meses.



EJECUCIÓN ANUAL DE COOPERACIÓN NO REEMBOLSABLE			
PAÍS/ ORGANISMO INTERNACIONAL	EJECUCIÓN (US\$)		
	Jun/2009 a May/2010	Jun/2010 a May/2011	Jun/ 2011 a May/2012
COOPERACION BILATERAL			
USAID	3,279,610.00	4,560,201.00	3,837,753.00
España	2,533,450.00	3,090,523.00	3,132,349.00
España	(726,555.00)	(1,070,488.00)	
Medicus Mundi	(720,840.00)	(568,377.00)	(820,740.00)
Médicos del Mundo	(444,637.00)	(627,500.00)	(769,231.00)
España/ AECID	(353,988.00)	(530,849.00)	(859,412.00)
España/ SETEFE		(203,309.00)	(180,691.00)
Cátedra UNESCO- Catalunya	(147,430.00)		
España Proyecto Esther	(75,000.00)		(80,000.00)
España Mensajeros por La Paz	(65,000.00)		
España FUDEN			(119,044.00)
Andalucía Consejería de Salud/ Escuela Andaluza de Salud Pública		(90,000.00)	(90,000.00)
País Vasco			(213,231.00)
Japón	1,091,000.00	2,929,000.00	718,580.00
Gran Ducado de Luxemburgo	3,239,240.00	35,000.00	800,000.00
Corea	2,000,000.00	40,000.00	
Italia		543,828.00	591,734.00
China Taiwán			55,364.00
Brasil			108,412.00
Chile		110,000.00	
Finlandia (IANPHI)		25,000.00	
COOPERACIÓN MULTILATERAL			
Fondo Global	964,356.00	772,000.00	515,907.00
OPS /OMS	260,000.00	1,432,643.00	*6,084,014.00
UNICEF	11,000.00	60,774.00	62,300.00
UNFPA	183,657.00	317,086.00	127,460.00
PMA		64,120.00	
BID	100,000.00		
INTERVIDA			1,174,627.00
Universidad Heudelberg Alemania/ Unión Europea			16,060.00
Brigadas Médicas por Cuba, Organizaciones de USA, Taiwán, España e Italia (incluyendo donativos)	2,632,000.00	2,408,000.00	1,235,000.00
Donativos por Alemania, Organizaciones de USA y España (medicamentos, insumos, materiales y equipo médico)	2,026,375.00	1,559,074.00	2,381,753.00

EJECUCIÓN ANUAL DE COOPERACIÓN NO REEMBOLSABLE			
PAÍS/ ORGANISMO INTERNACIONAL	EJECUCIÓN (US\$)		
	Jun/2009 a May/2010	Jun/2010 a May/2011	Jun/ 2011 a May/2012
Donativo de 1,600,000 vacunas contra la influenza AH1N1, por medio de la OMS		13,820,800.00	
GRAN TOTAL	18,320,688.00	31,768,049.00	20,841,313.00

Notas generales:

* En caso de OPS/OMS se ha modificado la fórmula del reporte por parte de la institución, por lo que en este tercer año se reportan también las acciones del primer semestre del año 2011.

El mayor porcentaje de los fondos son manejados directamente por las agencias internacionales y/o las oficinas coordinadoras de proyectos y solamente una parte de los mismos son administrados directamente por el MINSAL.

JORNADAS MÉDICAS			
OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO (US\$)	ORGANISMO
Realizar exámenes y cirugías especiales en pacientes. Hospital de Sonsonate	Realización de 45 cirugías ginecológicas de útero, quistes ováricos, miomas, etc. Donación de medicamentos del cuadro básico (vitaminas y acetaminofén).	140,000.00	Helping Hands
Realización de exámenes de la vista y entrega de lentes a pobladores de algunos caseríos y cantones de San Luis La Herradura de La Paz	Realización de 544 exámenes de la vista y entrega de 323 lentes prescritos, además de 167 lentes de sol a personas que lo necesitaban.	5,000.00	Agua Viva
Realizar intervenciones quirúrgicas de oftalmología y exámenes de la vista. Hospital Santa Rosa de Lima del departamento de La Unión	Realización de 30 Cirugías oftalmológicas entre cataratas, pterigiones, correcciones del párpado y cuenca de ojo malformado para inserción de prótesis, extirpación de tumores benignos de conjuntiva y córnea. Entrega de lentes a pacientes.	125,000.00	Eye Care Organización
Consulta General a pobladores de algunos cantones de Santa Ana y La Libertad	Realización de 1255 consultas generales y de especialidades como nutrición, psicología y oftalmología. Se realizaron pruebas de glucosa, además de entrega de medicamentos.	40,000.00	Asociación Cristiana de Desarrollo Integral para la Familia
Realizar cirugías en niños con defectos congénitos del corazón. Hospital Nacional Benjamín Bloom	23 operaciones por cateterismo en niños con malformaciones congénitas del corazón (cardiópatas); capacitación al equipo médico de cardiólogos pediatras; donación de medicamentos, equipo e insumos médicos.	200,000.00	Fundación Sana Mi Corazón
Apoyar con intervenciones médico quirúrgicas y brindar consultas de especialidades en Hospital de Zacatecoluca	Realización de cirugías en las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología, ortopedia, Ginecología, Odontología y Consulta General. Beneficiando 604 pacientes.	245,000.00	China Taiwán

JORNADAS MÉDICAS			
OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO (US\$)	ORGANISMO
Realizar intervenciones médico quirúrgicas de ortopedia, donación de medicamentos e insumos médicos	Desarrollo 44 cirugías de ortopedia para personas con problemas en extremidades, rodilla y cadera, además de la provisión de insumos médicos como clavos, platinas, tornillos, medicamentos y otros, para pacientes del Hospital Nacional de San Miguel	255,000.00	Misión Rainbow
Realizar intervenciones médico quirúrgicas	Realización de 25 cirugías, entre apendicetomía, extirpación de hernias, lipomas, quistes y safenectomía etc., en pacientes de Hospital Nueva Guadalupe	125,000.00	Funda Jucuapa
Realizar intervenciones médico quirúrgicas. Sonsonate	Realización de 130 cirugías en cirugía general, pediatría, ortopedia, urología, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología y obstetricia, cirugías bucal y plástica.	100,000.00	Barco Hospital Confort/ USAID

DONATIVOS			
OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO (US\$)	ORGANISMO
Donar equipo médico. Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca	Entrega y recepción de equipo e instrumental médico para ortopedia, además de monitores fetales, sistema de fototerapia, glucómetros, tensiómetros estetoscopios, electrocardiógrafo, desfibrilador, doppler fetal, material de osteosíntesis, medidores de presión, oxímetros de pulso, etc.	25,000.00	Fundación Hilffür das Hospital Santa Teresa E.V de Alemania- Dr. EnnoKeller
Donar Equipos, materiales e insumos médicos para el Hospital Nacional San Rafael de Santa Tecla, del departamento de La Libertad.	Entrega de Equipos e instrumental para cirugía de ortopedia, clavos, tornillos, grapas de hueso, alambres para osteosíntesis, set de fresas intramedulares, cánulas de traqueotomía, sierras, electrocauterio, instrumental para cirugía ginecológica, bandejas, vendajes, férulas, guantes, mesas para cirugía mayo y nebulizadores entre otros.	100,000.00	American Fracture Association - AFA
Donar Instrumental, Insumos médicos y medicamentos	Entrega de equipo médico, instrumental, vasijas, bandejas, vitaminas y multi-vitaminas entre otros, establecimientos de salud de la Región Centro.	17,900.00	Fundación Benefit El Salvador
Donar equipos, insumos y materiales médicos para el Hospital Nacional Benjamín Bloom.	Entrega de instrumental pediátrico quirúrgico, catéteres, cámaras de video de endoscopia, equipo de laparoscopia, tubos de alimentación pediátrica, equipos para respiración con sus accesorios completos, ventiladores pediátricos, nebulizadores cánulas y lámparas quirúrgicas, equipos y materiales para ortopedia, resucitadores manuales y monitores de presión entre otros.	10,000.00	MedShare
Donación de medicamentos e insumos médicos (3 embarques)	Beneficiarios: Hospitales Zacamil, Rosales, Bloom, Usulután, Sonsonate, San Miguel, San Rafael, Santiago de María, Santa Ana; Regiones Oriental, Occidental, Paracentral, y el ISRI	2,075,983.00	PROYECTO HOPE
Donación de medicamentos	Medicamentos del cuadro básico: analgésicos e antiinflamatorios, antihipertensivos y antibióticos, en respuesta emergencia por depresión tropical E12	32,638.00	Laboratorios Bagó S.A. de Argentina.

DONATIVOS			
OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO (US\$)	ORGANISMO
Donación de equipo médico para Hospital Nacional de San Francisco Gotera/Morazán	Recepción y entrega de equipo médico: Andaderas, sillas de ruedas manuales y eléctricas, camas de hospital, bastones, muletas, inodoro con bacinica, rieles de cama, grúas para levantar enfermo, entre otros.	20,232.00	Condado de Montgomery/ USA
Financiar obras de infraestructura en Banco de Leche Humana	Reparación de techos en el área de partos y adecuación del Banco de Leche Humana, ubicado en el Hospital Nacional de Maternidad	100,000.00	Salvadoreños en el exterior

PROYECTOS EN EJECUCIÓN			
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACION	MONTO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Programa de apoyo a Red Solidaria	Mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud en atención materna e infantil. Ciudad Barrios/ San Miguel. Proyecto finalizado	800,000.00 (monto total: 3,900,000.00 Años 2008- 2012)	Gobierno del Gran Ducado de Luxemburgo
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. Proyecto a Nivel Nacional	3,837,753.00 (monto total: 41,200,000.00 Años 2006- 2012)	USAID
Mejoramiento funcional del Hospital de Chalchuapa y desarrollo de la RISS	Mejorar la Calidad en Salud de la Población de la red de servicios del municipio de Chalchuapa, con énfasis en el área Materno-Infantil. Hospital Nacional de Chalchuapa	591,734.00 (monto total: 2,510,341.00 Años 2011- 2012)	Gobierno de Italia
Apoyo técnico a la implementación de Bancos de Leche Humana en El Salvador	Implementar un Banco de Leche Humana de referencia nacional, mediante un proceso continuo de transferencia de tecnología y capacitación de profesionales, para sentar bases de una red de BLH en el país y fortalecer las acciones de los programas de atención materno infantil. Hospital de Maternidad.	45,352.00 (monto total: 95,840.00 Años: 2011- 2013)	Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) y Ministerio de Salud de Brasil IFF/ Fiocruz
Apoyo al fortalecimiento y desarrollo del Sistema Nacional de Sangre y Hemoderivados de El Salvador	Fortalecer el sistema nacional de sangre y hemoderivados, por medio de la transferencia de conocimientos técnicos y capacitación de profesionales, para crear las bases de un sistema capaz de atender con seguridad y calidad las necesidades nacionales	35,000.00 (monto total: 185,856.00 Años: 2011- 2013)	ABC, Ministerio de Salud de Brasil, HEMOBRÁS
Apoyo técnico para la creación del INS	Apoyar la creación del Instituto Nacional de Salud en las áreas científicas y tecnológicas	28,060.00 (monto total: 263,184.00 Años: 2011- 2013)	ABC, FIOCRUZ, Ministerio de Salud de Brasil
Fortalecimiento de la capacidad de rectoría y apoyo al desarrollo de la red de servicios públicos del MINSAL	Apoyo a la gestión pública, la capacidad de rectoría y el fortalecimiento de la RISS. Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo, en colaboración con OSAKIDETZA (Servicio Vasco de Salud), a través de OSALDE (Asociación por el Derecho a la Salud)	213,231.00 (monto total 455,000 para dos años)	Agencia Vasca para el Desarrollo, OSAKIDETZA y OSALDE
Programa integral para la prevención y atención de la enfermedad renal crónica (Nefrolempa)	Implementar un programa integral de salud renal para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la ERC y mejoría de la calidad de vida en el primer nivel de atención de salud. Cinco comunidades del Bajo Lempa. Proyecto finalizado.	180,691.00 (monto total: 210,000.00 Años 2010- 2011)	España/ SETEFE

PROYECTOS EN EJECUCIÓN			
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACION	MONTO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Desarrollo y fortalecimiento institucional del INS	Desarrollar institucionalmente el INS para que esté en condiciones de liderar la proposición de soluciones técnicas y científicas requeridas para avanzar en la implementación de la política de salud	316,852.00 (monto total: 6,922,000.00 Años: 2011- 2014)	Fondo de Fortalecimiento Institucional AECID/ SETEFE
Reducción de tiempos de espera en cirugías electivas y consultas de especialidad	Contribuir a la disminución de los tiempos de espera en cirugías electivas y consultas de especialidad en los hospitales Nacionales: Rosales, Benjamín Bloom, Maternidad y Santa Ana. Proyecto finalizado.	542,560.00 (monto total: 644,703.00 Años: 2010- 2011)	AECID/ SETEFE
Mejora de condiciones del ejercicio del derecho a la salud de poblaciones en situación precaria	Mejorar las condiciones de salud de poblaciones precarias con incidencia en la adolescencia, mujeres, personas en situación de prostitución y poblaciones móviles. Municipios de La Unión: Conchagua, Santa Rosa de Lima, Pasaquina, Anamorós y Meanguera del Golfo. Énfasis en adolescentes y mujeres, así como personas en situación de prostitución y las poblaciones móviles	291,344.00 Plan Anual	Medicos del Mundo/ AECID
Mejora de redes de atención a personas vulnerables al VIH/sida, explotación sexual y violencia de género, en La Unión	Mejorar las redes de atención para poblaciones vulnerables de zonas urbanas del departamento de La Unión, sobre la base de la equidad de género, en los Municipios: La Unión, Conchagua, Santa Rosa de Lima, Pasaquina y Anamorós	353,370.00 Plan Anual	Médicos del Mundo/ Junta Andalucía/ JCCM/Caja Granada
Acompañamiento a la implementación del nuevo modelo de salud	Fortalecer establecimientos de salud, medioambiente y organización comunitaria de Cuisnahuat, Sonsonate, integrando a la comunidad organizada en acciones de APS dirigidas al grupo materno infantil y personas vulnerables.	63,384.00 Plan Anual	Médicos del Mundo/ Ayuntamiento de Valencia/gobierno de Navarra
Mejora de salud materno-infantil, en especial de los determinantes de salud de familias pobres	Contribuir a mejorar el estado de salud de la población infantil y de las mujeres en edad fértil y en especial de los determinantes de la salud de los núcleos familiares de acentuada pobreza y vulnerabilidad del municipio de Cuisnahuat, Sonsonate.	61,133.00 Plan Anual	Médicos del Mundo/ Ayuntamiento de Sevilla
Proyecto Esther para hospitales nacionales	Mejorar la atención a personas con VIH/sida, con énfasis en prevención de la transmisión vertical en mujeres embarazadas, niños positivos al virus y control de enfermedades oportunistas.	80,000.00 Plan Anual	Ministerio de Sanidad y Consumo de España
Prevención de VIH/sida mediante la sensibilización comunitaria	Planificar y ejecutar un proceso de sensibilización comunitaria para la prevención del VIH-Sida, desarrollado por lideresas que viven con VIH/sida, formadas como facilitadoras. Desarrollar actividades de sensibilización comunitaria para la prevención del VIH/sida	45,000.00 Plan Anual	Medicus Mundi/ Fondo Mundial/PNUD
Fortalecimiento del sistema público de salud en salud sexual reproductiva	Mejorar la salud con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. SIBASIS de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate y 4 municipios de Usulután. Proyecto finalizado	654,408.00 (monto total: 2,180,557.00 Años: 2008- 2012)	Medicus Mundi/ AECID/Zaragoza y Granada- España
Fortalecimiento del sistema público de salud en el nivel descentralizado en cuatro municipios del oriente	Acompañar desde el nivel comunitario la implementación de la estrategia de atención primaria en salud integral, definida por el MINSAL y con ello garantizar el cumplimiento al derecho humano a la salud en los SIBASIS de San Miguel y Usulután	45,332.00 Plan Anual	Medicus Mundi/AACID

PROYECTOS EN EJECUCIÓN			
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACION	MONTO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Programa de formación de líderes y lideresas comunitarios en El Salvador	Desarrollar un programa de capacitación a 1,200 líderes y lideresas comunitarias para la prevención del VIH/sida en El Salvador.	76,000.00 Plan Anual	MedicusMundi/Fondo Mundial/PNUD
Curso de gestión para el primer nivel de atención	Capacitar a los 5 directores regionales, 17 directores de SIBASI y el equipo de la Dirección del Primer Nivel de Atención.	90,000.00	Escuela Andaluza de Salud Pública/Consejería de Salud de Andalucía/ OPS/OMS
Mejora de la calidad de la atención materna, perinatal e infantil en El Salvador	Realizar Acciones para la disminución de la morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil, en la Región Occidental y en los departamentos de La Unión, Morazán y el área Metropolitana de San Salvador.	\$119,044.00 ejecutado del monto total \$ 444,072.00 para tres años	Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN-ESPAÑA),
Fortalecimiento a políticas públicas	Contribuir a garantizar derechos humanos a favor de la niñez y adolescencia en especial en temas de salud, educación y protección en municipios de La Libertad, San Vicente, Usulután, Morazán y La Paz..	176,247.00 Plan Anual	INTERVIDA
Fortaleciendo la atención a la primera infancia.	Contribuir a fortalecer la atención a la primera infancia y elaboración de planes nacionales que garanticen la atención en este periodo importante de la vida de un niño y una niña. Municipios de La Libertad, San Vicente, Morazán y La Paz.	43,520.00 Plan Anual	INTERVIDA
Uniendo lazos de solidaridad a favor de la infancia	Contribuir con el fortalecimiento de programas estatales de salud para mejorar las condiciones de salud de escolares de 392 escuelas, en municipios de La Libertad, La Paz, San Vicente, Morazán y Usulután	928,320.00 Plan Anual	INTERVIDA
Participación social	Contribuir a la promoción de la participación social en salud en 33 comunidades, a través de los Comités de Salud. En municipios de La Libertad, La Paz, San Vicente y Usulután	26,540.00 Plan Anual	INTERVIDA
Fortalecimiento de acceso a servicios básicos de niñez y adolescencia	Certificación a establecimientos de salud como Amigos de la Niñez, a escala nacional	5,300.00 Plan Anual	UNICEF
Acciones para el área de salud ambiental por emergencia nacional	Minimizar los riesgos ambientales y garantizar la calidad del agua que consume la población en los albergues y zonas afectadas, asegurando la asistencia humanitaria a causa de la depresión tropical E12	30,000.00 Plan Anual	UNICEF
Eliminación de los trastornos por deficiencia de yodo	Apoyar en la eliminación sostenida de los trastornos por la deficiencia de yodo, a través de la yodización universal de sal	27,000.00 Plan Anual	UNICEF
Contribución a políticas, normas y protocolos de SSR	Apoyar el fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva. A escala nacional	127,460.00	UNFPA
Seguimiento a proyecto control de la enfermedad de Chagas	Brindar seguimiento al proyecto a un año de finalizado. Proyecto finalizado	49,073.00	JICA- JAPÓN
Proyecto Ángeles	Mejorar capacidad de docentes e instructores de servicio de educación básica y permanente de enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Proyecto finalizado.	343,508.00 (monto total: 861,000.00 Años: 2008- 2011)	JICA- JAPÓN

PROYECTOS EN EJECUCIÓN			
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACION	MONTO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Voluntarios especialistas	Transmitir técnicas y destrezas a escala comunitaria en diferentes temáticas, a partir de la experiencia japonesa. Santa Ana, Usulután, La Paz, Morazán, Chalatenango y San Miguel	90,999.00 Plan Anual	JICA- JAPÓN
Cooperación técnica por medio de cursos y pasantías	Fortalecer las capacidades técnicas de los profesionales de salud en las diferentes temáticas de los cursos ofrecidos. A escala nacional	235,000.00 Plan Anual	JICA- JAPÓN
Evaluación clínica de dengue e identificación de riesgo para enfermedad grave	Mejorar diagnóstico y manejo clínico del dengue mediante identificación de parámetros clínicos y laboratorio para diagnóstico de enfermedad en 72 horas. A escala nacional. Estudio en 6 países	16,060 (monto total:225,000.00 Años: 2012- 2014)	Universidad Heudenberg Alemania/ Unión Europea
Construcción, remodelación y equipamiento de laboratorios	Incrementar cobertura y calidad de procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportuno mediante desarrollo y equipamiento de los laboratorios de patología y citología. Hospitales Rosales, Santa Ana, Laboratorio Central y las cinco regiones de salud	55,364.00 (monto total:3,390.000.00 Años: 2012- 2013)	Gobierno de China (Taiwan)
Atención primaria de salud	Contribuir al acceso universal a sistemas y servicios de salud basados en atención primaria de salud (APS). A escala nacional	906,425.00 468,595.00 (monto total: 1,375,020.00 Plan dos años	OPS/OMS Fondos Extrapresupuestarios
Vigilancia de la salud	Apoyar a la vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades. A escala nacional.	601,976.00 221,628.00 (monto total: 823,604.00 Plan dos años	OPS/OMS Fondos Extrapresupuestarios
Salud familiar y comunitaria a lo largo del ciclo de vida	Apoyar el fortalecimiento de la salud familiar y comunitaria a lo largo del ciclo de vida. A escala nacional	576,919.00 1,076,096.00 (monto total: 1,653,015.00 Plan dos años	OPS/OMS Fondos Extrapresupuestarios
Salud, medio ambiente y gestión de riesgos	Apoyar el desarrollo de las capacidades nacionales para la gestión de riesgos y del medio ambiente. A escala nacional	459,818.00 1,756,057.00 (monto total: 2,215,875.00 Plan dos años	OPS/OMS Fondos Extrapresupuestarios
Apoyo para el alineamiento y la armonización	Articular la estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con el país y armonizar con la cooperación internacional en salud.	16,500.00	OPS/OMS
Estrategia lucha contra el VIH/sida	Reducir la incidencia del VIH/sida y la tasa de mortalidad causada por el sida. Escala nacional	395,907.00 (monto total: 7,080,000.00 Años: 2008- 2012)	Fondo Global
Prevención y control de la tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.	Luchar contra la tuberculosis y la coinfección TB/VIH y la multidrogorresistencia (MDR). 26 Municipios del país	96,703.00 (monto total: 390,099.00 Años: 2010- 2012)	Fondo Global

PRÉSTAMO EN EJECUCIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO EJECUTADO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Programa integrado de salud (PRIDES)	Apoyar la implementación del nuevo modelo de atención en salud centrado en las RISS.	A nivel nacional	4,800,000.00 (total del préstamo 60,000,000.00 en 5 años)	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

PRÉSTAMO EN GESTIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Fortalecimiento del sistema público de salud.	Expandir la cobertura, equidad y calidad de servicios de salud prioritarios y fortalecer la capacidad de rectoría del MINSAL, para desarrollar las funciones esenciales de salud pública	A nivel nacional	80,000,000.00 (en 4 años) El Préstamo ha sido aprobado por el Directorio del Banco Mundial. Está en consideración de la Asamblea Legislativa para su ratificación.	Banco Mundial (PRESTAMO)

PROYECTOS APROBADOS A EJECUTARSE EN LOS PRÓXIMOS AÑOS				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Construcción, remodelación y equipamiento de los laboratorios de patología de los Hospitales Rosales, Santa Ana y unidades de citología de la Red Pública.	Incrementar la cobertura y la calidad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportuno mediante el desarrollo y equipamiento de los laboratorios de Patología y Citología para satisfacer la demanda asistencial de la población a nivel nacional.	Hospitales Rosales y San Juan de Dios de Santa Ana y en los servicios de Citología del laboratorio Central Max Bloch y las 5 Regiones de Salud.	3,390,000.00 (para 2 años)	Gobierno de China (Taiwán)
Reconstrucción por tormenta AIDA.	Oportuna asistencia humanitaria y respuesta a crisis. Reconstrucción y equipamiento de hasta 23 establecimientos de salud.	Prioridad zona Paracentral del país	8,000,000.00	USAID
Apoyo a las acciones de atención de la salud y formación de cabildos indígenas de El Salvador.	Mejorar la calidad de vida de la población indígena, creando programas de control social para fortalecer las acciones de salud existentes.	Nivel Nacional	121,664.00	Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) y MINSAL de Brasil

PROYECTOS APROBADOS A EJECUTARSE EN LOS PRÓXIMOS AÑOS				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO (US\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
Apoyo al programa de fortalecimiento de la rectoría y la red de servicios del MINSAL	Contribuir al desarrollo del sector salud apoyando la gestión pública de salud y el fortalecimiento de la red de servicios para la mejora de la salud y calidad de vida de la población salvadoreña	Nivel Nacional	2,470,000.00 (para 2 años)	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo- AACID
Salvaguarda nutricional para población infantil en riesgo en áreas urbanas de El Salvador.	Proteger la salud nutricional y el desarrollo integral de 35,000 niños en situación de riesgo en comunidades urbanas precarias.	25 comunidades urbanas del país	2,749,430.00 (en tres años)	Japón (administrado a través del Banco Mundial)
El Salvador/ Salud-Mesoamericana 2015	Contribuir a la reducción de la morbilidad materna e infantil, a través del fortalecimiento del primer nivel de atención en concordancia con la Reforma de Salud que impulsa el MINSAL	14 municipios del país	4,750,000.00 (en 18 meses)	Iniciativa Mesoamericana a través del BID (Cooperación No reembolsable)

MISIONES OFICIALES EN EL EXTERIOR. JUNIO DE 2011 A MAYO DE 2012			
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CAPACITACIONES (CONGRESOS, SEMINARIOS, FOROS, TALLERES, CURSOS Y BECAS)	GESTION EN SALUD (REUNIONES DE TRABAJO, TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA, REPRESENTACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PAÍSES)	TOTAL
Cooperación Multilateral (Organismos Internacionales)	208	202	410
Cooperación Bilateral (Organismos Internacionales)	82	104	186
TOTAL	290	306	596

Nota: regiones y países más frecuentes de los eventos fueron Centroamérica, el Caribe y Suramérica, México, Estados Unidos. Pocas veces en Europa y Asia.

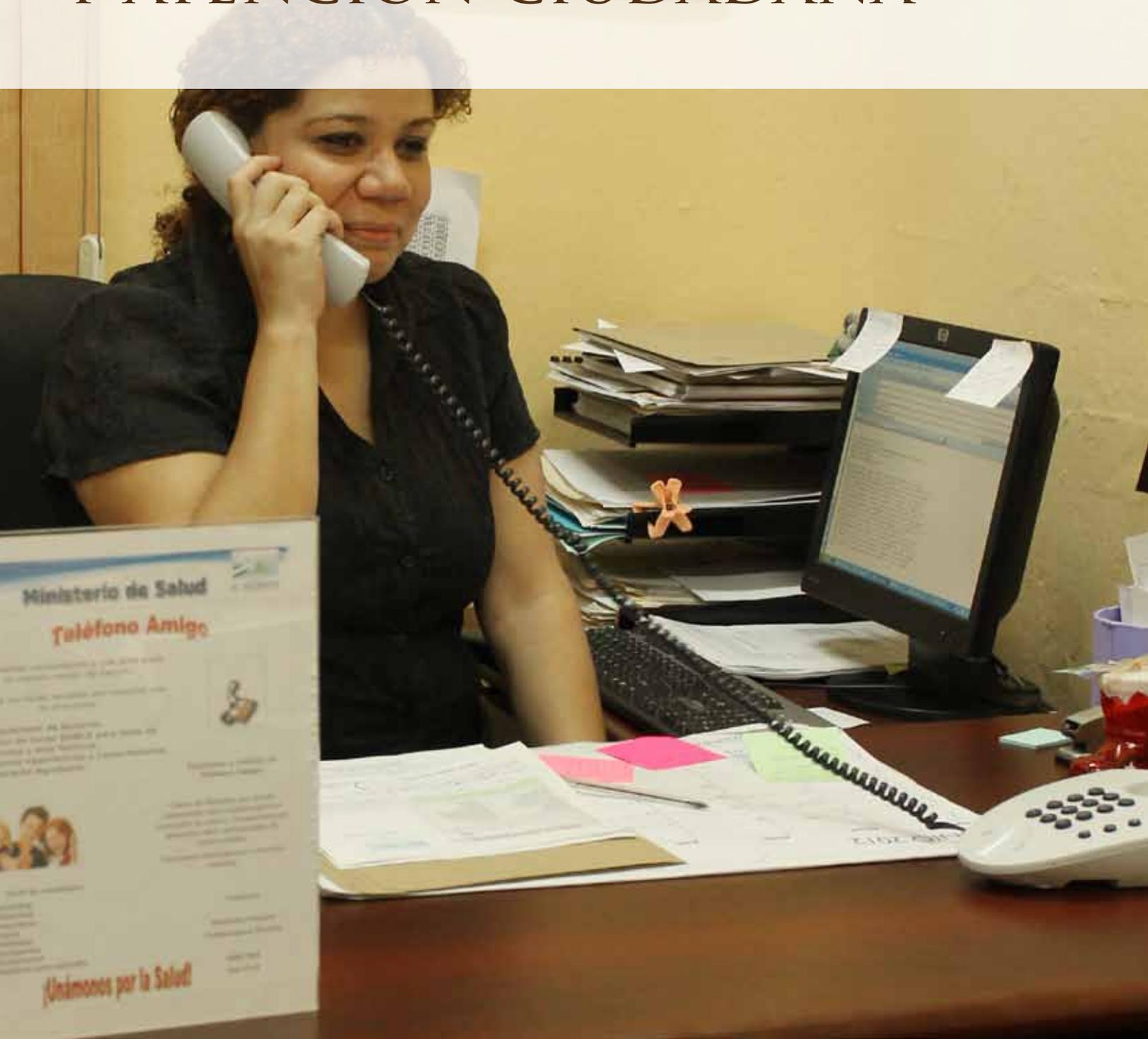
CAPÍTULO 16



El MINSAL ha mejorado su capacidad de comunicación con la ciudadanía. Ha establecido mecanismos nuevos y ha fortalecido los ya existentes. Ahora la población puede ejercer y exigir el cumplimiento de su derecho a la salud.



TRANSPARENCIA Y ATENCIÓN CIUDADANA



Ministerio de Salud
Teléfono Amigo

¡Unámonos por la Salud!

El Ministerio de Salud, mediante la Unidad por el Derecho a la Salud, ha facilitado la comunicación entre la ciudadanía y la institución a través de diferentes mecanismos para ejercer el derecho a la salud de la población.

Los servicios personalizados y telefónicos se han puesto a disposición de la ciudadanía para orientarla en sus consultas relacionadas con los establecimientos de salud y los servicios que prestan a la población, el personal atiende en horarios laborales y en horarios extendidos, se tiene el apoyo de estudiantes en servicio social de diferentes carreras de instituciones de educación superior, en los teléfonos: Amigo y por el Derecho a la Salud.

También existen consultas por medios electrónicos sobre los servicios que presta la institución o para dar aviso al MINSAL sobre irregularidades en el funcionamiento de los establecimientos y en la atención recibida durante la prestación de servicios de salud. La UDS-AVG durante este periodo, registró al menos 3,334 atenciones.

De las 2,860 solicitudes ciudadanas, el 69% piden información de procesos o servicios institucionales; el resto son solicitudes sobre la atención de espe-

cialistas, exámenes para diagnóstico y medicamentos, entre otros. El 96% de estas solicitudes fueron atendidas por los diferentes establecimientos del MINSAL, según su naturaleza. El resto de casos (4%) fueron atendidos a través del convenio específico para la provisión de servicios de salud entre MINSAL e ISSS.

Los 367 reclamos ciudadanos, fueron sobre demandas de servicios o avisos de irregularidades en la prestación de los mismos en los establecimientos de salud. Los tipos de reclamaciones se relacionan principalmente con problemas de insalubridad en la comunidad, malos tratos por parte del personal de salud, falta de atención y falta de medicamentos.

La ciudadanía a través de la PDDH hizo 107 denuncias, las cuales fueron retomadas por el MINSAL para hacer las respectivas investigaciones con el objetivo de garantizar el derecho humano a la salud de la población. Entre las situaciones más denunciadas fueron desabastecimiento de medicamentos y otros son situaciones laborales, denegación de atención, de contaminación ambiental, malos tratos, retardo en programación de citas, discriminación, inadecuada infraestructura, equipo y/o funcionamiento.

MECANISMOS DE CONSULTA A DISPOSICIÓN DE LA CIUDADANÍA



ATENCIÓN TELEFÓNICA

Teléfono Amigo (2221-1001)

Teléfono por el Derecho a la Salud (2205-7383)



ATENCIÓN PERSONALIZADA

Calle Arce n.º 827, San Salvador



ATENCIÓN ELECTRÓNICA

Sitio electrónico del MINSAL <www.salud.gob.sv>

Correo electrónico institucional <atención@salud.gob.sv>

Reparación a víctimas de graves violaciones a los derechos humanos

Se ha dado seguimiento a la atención médica gratuita a 46 personas, víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, en cumplimiento a las medidas de reparación impuestas, a través de recomendaciones o sentencias, por parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos al Estado salvadoreño, en brindar asistencia médica, psicológica o psiquiátrica de manera gratuita a través de los establecimientos especializados de salud.

Los casos y números de personas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos son: Caso Natividad Ramírez (2 personas) y caso Rochac y otros (21 personas). Caso Serrano Cruz (5 personas), Caso García Prieto (2 personas) y Caso Contreras Mejía y Rivera (16 personas). La atención ha sido brindada por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con la Dirección de Derechos Humanos de la Cancillería de la República (Ministerio de Relaciones Exteriores) y representantes legales de las víctimas.

Asimismo se ha coordinado -con los establecimientos de salud- la atención médica gratuita de 88 personas, como parte de las medidas de reparación incluidas en el decreto Nº 57, sobre la creación de la Comisión Nacional de Reparación a las Víctimas de violaciones a los derechos humanos, ocurridas durante el contexto del conflicto armado interno.

Para atender debidamente a víctimas de violaciones a los derechos humanos, se han realizaron 25 jornadas de capacitaciones sobre trato digno y reforma de salud con enfoque de derechos humanos, dirigidas a direcciones, jefaturas y equipos técnicos, en coordinación con la PDDH, programa de VIH, Cancillería y Secretaría Técnica de la Presidencia.

Misión Milagro

Con el fin de brindar asistencia médica quirúrgica, en la especialidad de oftalmología, en el marco del Convenio de Cooperación entre el Gobierno de El Salvador y el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, se coordinó el apoyo para la realización en El Salvador, de tres brigadas que visitaron 18 comunidades donde se evaluaron 2,992 pacientes salvadoreños por parte de médicos oftalmólogos venezolanos, en búsqueda de las 1,287 personas con diagnósticos de catarata o pterigion, quienes fueron preseleccionadas para su posterior evaluación, por

parte del MINSAL, a través de exámenes clínicos y evaluación preoperatoria. Una vez seleccionados, 650 personas viajaron a la República Bolivariana de Venezuela para su intervención quirúrgica, el resto de personas están en lista de espera para viajes posteriores.

Oficina de Información y Respuesta (OIR)

El Ministerio de Salud comprometido con una gestión pública transparente, nombró en noviembre de 2011 al Oficial de Información -en cumplimiento a la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP)-, para conducir e impulsar el proceso de implementación de la ley, a partir del proceso de capacitación e inducción que impulsó la Subsecretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Se informó a las direcciones regionales y de hospitales los contenidos y alcances de la Ley, resaltando la importancia de tener lista la información denominada oficiosa debidamente publicada en la página Web. Además se designaron en los 30 hospitales, las 5 Regiones de Salud y Secretaría de Estado Oficiales de Enlace, quienes fueron los encargados de recabar y clasificar la información oficiosa establecida en el Art. 10 LAIP.

En el Nivel Central, la Unidad de Informática instaló un centro de cómputo con 20 computadoras disponibles para que cada uno de los Oficiales de Enlaces con la orientación de informática y la OIR ingresaran a la Web la información oficiosa.

El MINSAL fue la primera institución del Órgano Ejecutivo en abrir las puertas a la ciudadanía que lo requiera, el 3 de mayo de 2012 anunciado en conferencia de prensa. Para el montaje de esta Oficina se destinaron recursos humanos y materiales ya existentes.

Desde la página Web del MINSAL, www.salud.gob.sv puede ingresar al Portal de Gobierno Transparente, para consultar la información, o acudir a las instalaciones de la OIR ubicadas en la Calle Arce Nº 827, San Salvador.

Unidad de Comunicaciones

La Unidad de Comunicaciones ha realizado una labor de información, difusión y comunicación sobre el quehacer institucional, mediante convocatorias a conferencias de prensa de las autoridades, cobertura de actividades, gestión de entrevistas personalizadas

sobre temas de interés de los diferentes medios de comunicación y una amplia difusión de la labor del MINSAL, a través de la publicación de boletines y comunicados de prensa en la página web institucional. A través de las redes sociales (you tube, twitter, face book), se ha mantenido una rápida y estrecha comunicación con la población.

Por segundo año consecutivo se mantiene el programa de radio: Viva la Salud, “un programa para vivir bien y con salud”, transmitido en Radio Nacional de El Salvador, 96.9 en FM, todos los lunes a las 8 de la mañana, este ha sido una ventana informativa constante con la población, que permite trasladar un mensaje actualizado, claro, sencillo, ameno y veraz sobre el quehacer de esta importante cartera de Estado.

Igualmente desde la UDECOM se apoya a las diferentes áreas de trabajo, formulando campañas de comunicación para la prevención del dengue, del cáncer de cérvix y de mama, de vacunación; otras sobre medidas higiénicas para prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas. Y se han diseñado diferentes campañas institucionales para dar a conocer el trabajo de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos) y los avances de la Reforma de Salud. La rendición de cuentas, es otro esfuerzo de esta Unidad, desde donde se organiza y coordina con diferentes áreas del MINSAL y otras entidades para este evento; también se coordina con otras instituciones, las actividades públicas en las que participan las autoridades ministeriales.

Esta Unidad coordina la subcomisión de comunicaciones de CISALUD para eventos de emergencias, desastres y combate de enfermedades. También participamos en las “mesas de trabajo de comunicación” con otras instituciones, como por ejemplo de la Trata de Personas, Defensoría del Consumidor, Discapacidad y Transparencia Activa.

Editorial

Durante el segundo semestre del año 2009, se creó el Programa Editorial del Ministerio de Salud, instancia encargada de coordinar los procesos de diseño, diagramación e impresión de la papelería y las publicaciones oficiales del MINSAL. El Programa Editorial tiene como tarea fundamental garantizar un nivel técnico de alta calidad en los procesos de edición e impresión (tanto en su contenido como en su forma), sin perder de vista el objetivo de volver asequibles los documentos oficiales al público para el cual van dirigidos.

Durante el año 2010, el Programa Editorial definió una guía de estilo para las publicaciones oficiales y estandarizó los formatos de publicación; formuló además una guía para solicitud de reproducción de formularios, con la idea de mejorar los tiempos de entrega, satisfacer la demandad de los niveles locales y fortalecer la imagen institucional del MINSAL. Durante este mismo año se publicó el primer volumen de la colección Salud para todos, dedica a la reflexión de temas de salud desde la perspectiva del derecho a la salud integral y universal. Se intervino directamente en el proceso de diseño y publicación del informe de labores institucional y se asumió la conducción tanto del Taller de Impresiones como de la Sección de Reproducciones.

En el año 2011, se publicó el primero número de la colección Zoé, dedicada a la reflexión de temas bioéticos. Se avanzó en la reorganización de los procesos de producción del Taller de Impresos y se contrató personal especializado en diseño editorial (2 artistas plásticos). Para el primer semestre del año 2012, se ha realizado un diagnóstico general de la maquinaria, el equipo humano y los recursos financieros con los que se cuenta para tareas relacionadas con producción de impresos, con el fin de fortalecer el Taller de Impresos y la Sección de Reproducciones, reducir costos y se elevar la calidad de producción.

RESUMEN DEL BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO 2011-2012

TABLA 1. Indicadores de Salud, El Salvador, años 2005-2011

DESCRIPCIÓN DE INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
INDICADORES DE COBERTURAS DE ATENCIÓN							
Cobertura de BCG aplicadas en menores de un año	84.0	92.8	77.6	86.9	87.8 (a)	88.6 (a)(h)	91.0 (a)
Cobertura de antipolio, tercera dosis aplicada en menores de un año	89.0	95.5	77.6	88.9	91.2 (a)	89.1 (a) (h)	89.2 (a)
Cobertura de rotavirus , segunda dosis aplicada en menores de un año			79.6	78.1	61.5 (a)	89.6 (a) (h)	89.7 (a)
Cobertura de pentavalente, tercera dosis aplicada a menores de un año	89.0	95.7	89.7 **	89.1	90.6 (a)	89.2 (a) (h)	89.4 (a)
Cobertura de SPR, primera dosis aplicada a niños de un año	99.0	98.0	89.9 **	84.7	90.2 (a)	90.6 (a) (h)	89.9 (a)
Cobertura de inscripción en el menor de 1 año	88.7	84.2	77.8	79.7	98.0 (a)	84.7 (a)	92.0 (a)
Porcentaje de inscripción infantil antes de los 28 días de nacido	72.7	73.4	76.8	80.6	79.9 (a)	79.5 (a)	81.2 (a)
Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años	52.4	51.8	51.9	53.4	83.2 (a)	87.1 (a)	90.7 (a)
Cobertura de control posnatal de 10 a 49 años	48.8	48.3	46.9	49.2	74.6 (a)	81.4 (a)	82.4 (a)
cobertura de parto intrahospitalario del Sistema Nacional de Salud	43.9	39.3	43.7	67.7	84.9 (a)	90.0 (a)	87.7 (a)
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años	87.2	89.6	93.1	95.0	97.5 (a)	98.0 (a)	99.0 (a)
Porcentaje de partos atendidos por parteras en mujeres de 10 a 49 años (b)	12.8	10.4	6.9	5.0	2.5	2.0	1.0
Porcentaje de partos en adolescentes atendidos en la red de establecimientos del SNS	30.2	30.0	30.6	31.1	24.5 (a)	24.0 (a)	23.6 (a)
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	7.5	6.8	8.1	8.2	8.6 (a)	8.7 (a)	8.7 (a)
INDICADORES DE MORTALIDAD							
Tasa de mortalidad general por 100,000 habitantes en la red de hospitales del SNS	182.3	182.1	180.6	180.8	187.2 (a)	198.1 (a)	202.5 (a)
Razón de mortalidad materna (directas e indirectas) x 100,000 nacidos vivos	71.2 (c)	65.4 (d)	57.3 (d)	47.3 (d)	56.0 (d)	51.8 (d)	50.8 (d)
Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 1,000 nacidos vivos (a) (f)	9.9	10.2	10.2	8.8	8.4	7.9	9.3
Tasa de mortalidad en menores de 1 año x 1,000 nacidos vivos (a) (f)	8.5	8.2	8.9	7.7	7.1	6.9	7.9
Tasa de mortalidad neonatales (< de 28 días) x 1,000 nacidos vivos (a) (f)	5.8	5.3	5.9	5.0 (b)	4.5	4.5 (b)	5.2 (b)
Tasa de mortalidad neonatal temprana (< 7 días) x 1,000 nacidos vivos (b) (f)	4.4	4.5	4.9	4.2	3.8	3.7	4.0
Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 7 a 28 días) x 1,000 nacidos vivos (b)(f)	1.4	0.8	1.0	0.8	0.7	0.8	1.3

DESCRIPCIÓN DE INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de mortalidad perinatal x 1,000 nacidos (g)	12	11.1	13	11.7	10.4 (a)	9.8 (a)	10.6 (a)
Tasa de mortalidad fetal general (nacidos muertos) x 1,000 nacidos (a)	7.6	6.6	8.1	7.5	6.6	6.2	6.7
Tasa de mortalidad por sida a nivel hospitalario (b)	5.8	5.6	5.4	5.6	5.3	5.4	4.4
OTROS INDICADORES							
Tasa de egreso x 1,000 habitantes	56.6	55.2	55.5	55.0	76.9 (a)	77.3 (a)	81.3 (a)
Porcentaje de emergencias atendidas	13.4	14.1	13.2	13.6	13.7 (a)	13.9 (a)	14.5 (a)
Porcentaje de consulta curativa	87.5	87.8	88.1	88.7	85.9 (a)	86.3 (a)	84.9 (a)
Porcentaje de consulta preventiva	12.5	12.2	11.9	12.3	14.1 (a)	13.7 (a)	15.1 (a)
Número de casos de coinfección TB-VIH	188	176	206	190	199	180	192
Tasa anual de casos de VIH/sida por 100,000 habitantes	27.3	28.1	34.1	34.5 (a)	30.8 (a)	30.7 (a)	26.7 (a)
Porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH (e)	–	–	–	12.1	9.0	8.9	Tiempo de cohorte no concluido

Fuente: sistemas estadísticos del sistema nacional de salud

- A partir del 2009 Se incluyen datos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en algunos indicadores: MINSAL: Ministerio de Salud, ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social, COSAM: Comando de Sanidad Militar, PNC: Policía Nacional Civil
- Datos reportados por la red de establecimientos del MINSAL
- Dato de Estudio Línea de base de Mortalidad Materna, 2005. (En el 2005 se realizó una investigación para establecer la línea de base de mortalidad materna, utilizando la metodología RAMOS-Reproductive Age Mortality Survey- que permitió estimarla en 71.2 x cada 100,000 nacidos vivos. Luego se ha continuado monitoreando la muerte materna en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica con la misma metodología).
- En noviembre de 2011, un grupo de expertos hizo una revisión de las defunciones registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del período comprendido entre 2006 y 2011. Adicionalmente se realizan coordinaciones con la DIGESTYC, a fin de homologar cifras oficiales.
- En el último trimestre del 2011, el MINSAL realizó un estudio de Transmisión Vertical con apoyo técnico y financiero de OPS, revisándose la cohorte de 2008 a 2010 de recién nacidos expuestos perinatalmente- hijos de madre VIH(+)- estimándose el porcentaje de Recién Nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH.
- Para el cálculo de la mortalidad infantil y menor de un año se ha corregido la serie de datos con los siguientes criterios: denominador país (DIGESTYC) y no institucional (MINSAL); incorporación de todos los nacidos vivos, para la construcción de los indicadores.
- Para el cálculo de la mortalidad Perinatal se ha corregido la serie de datos con los siguientes criterios: denominador país (DIGESTYC) y no institucional (MINSAL); incorporación de todos los nacimientos (vivos y muertos), para la construcción de los indicadores.
- Se hizo revisión de las dosis aplicadas para el año 2010 por parte del ISSS

* Todas las Tasas se calcularon utilizando población estimada por DIGESTYC

** Para cobertura de vacunación años 2007 se incorporó las dosis aplicadas por otras instituciones específicamente en SPR y Pentavalente

TABLA 2. Reporte de atenciones brindadas por niveles en la red de establecimientos del MINSAL, 2008 - 2011

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN				
TIPO	2008	2009	2010	2011
Cirugías Menores	47,178	47,296	46,361	48,053
Cirugías Mayores	0	0	0	0
Total Consultas Curativas	6,414,962	7,791,251	7,894,964	7,689,058
<i>Consultas Ambulatorias</i>	6,386,137	7,759,515	7,867,881	7,658,759
<i>Consultas de Emergencias</i>	28,825	31,736	27,083	30,299
Consultas Preventivas	1,908,950	2,121,528	2,139,428	2,258,607
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				
TIPO	2008	2009	2010	2011
Cirugías Menores	101,959	111,255	116,950	134,342
Cirugías Mayores	69,212	70,985	76,658	83,328
Total Consultas Curativas	2,251,997	2,446,933	2,625,433	2,644,089
<i>Consultas Ambulatorias</i>	1,600,555	1,690,277	1,800,520	1,748,405
<i>Consultas de Emergencias</i>	651,442	756,656	824,913	895,684
Consultas Preventivas	121,878	144,509	141,964	116,864
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN				
TIPO	2008	2009	2010	2011
Cirugías Menores	22,838	21,967	21,470	19,019
Cirugías Mayores	29,976	35,708	31,436	32,998
Total Consultas Curativas	532,924	541,687	581,497	575,620
<i>Consultas Ambulatorias</i>	411,881	455,966	485,058	487,223
<i>Consultas de Emergencias</i>	121,043	85,721	96,439	88,397
Consultas Preventivas	10,447	3,297	3,073	3,257
TOTAL ATENCIONES				
TIPO	2008	2009	2010	2011
Cirugías Menores	171,975	180,518	184,781	201,414
Cirugías Mayores	99,188	106,693	108,094	116,326
Total Consultas Curativas	9,199,883	10,779,871	11,101,894	10,908,767
<i>*Consultas Ambulatorias</i>	8,398,573	9,905,758	10,153,459	9,894,387
<i>*Consultas de Emergencias</i>	801,310	874,113	948,435	1,014,380
<i>*Consultas Preventivas</i>	2,041,275	2,269,334	2,284,465	2,378,728

Fuente: Sistema de Producción de Servicios-SEPS y Sistemas de Morbimortalidad en Línea -SIMMOW*Nota: Se realizó una revisión histórica de las atenciones para los años 2008 al 2011

TABLA 3. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los establecimientos del MINSAL, 2007-2011

EVENTO		2007	2008	2009	2010	2011	PROMEDIO
Diabetes Mellitus (E10-E14)	Consultas	267,008	269,080	306,167	335,798	349,333	305,477
	Egresos	7,776	7,567	8,271	9,806	10,211	8,726
	Fallecidos	417	396	390	513	458	435
	Letalidad	5.4	5.2	4.7	5.2	4.5	5.0
Hipertensión Arterial (I10-I15)	Consultas	505,006	517,367	644,535	689,579	734,809	618,259
	Egresos	3,254	3,419	3,729	4,149	4,605	3,831
	Fallecidos	121	154	168	172	188	161
	Letalidad	3.7	4.5	4.5	4.1	4.1	4.2
Enfermedades Crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	Consultas	171,631	158,624	202,400	212,255	215,183	192,019
	Egresos	8003	7,473	9,938	9,689	10,254	9,071
	Fallecidos	117	162	181	238	213	182
	Letalidad	1.5	2.2	1.8	2.5	2.1	2.0
Enfermedad Renal Crónica (N17-N19)	Consultas	16,464	16,641	18,928	23,890	29,195	21,024
	Egresos	4,085	4,549	4,935	5,599	5,720	4,978
	Fallecidos	505	629	615	668	721	628
	Letalidad	12.4	13.8	12.5	11.9	12.6	12.6
Cáncer (C00-D09)	Consultas	40,247	38,915	41,704	45,832	47,762	42,892
	Egresos	6,363	6,122	6,106	6,804	7,566	6,592
	Fallecidos	626	601	640	735	799	680
	Mortalidad	9.8	9.8	10.5	10.8	10.6	10.3
Traumatismos (S00-T14)	Consultas	319,557	301,325	350,936	373,600	396,971	348,478
	Egresos	25,754	24,699	24,416	23,802	24,460	24,626
	Fallecidos	1,139	1,054	1,058	1,108	1,123	1,096
	Letalidad	4.4	4.3	4.3	4.7	4.6	4.5
Total ECNT	Consultas	1,319,913	1,301,952	1,564,670	1,680,954	1,773,253	1,528,148
	Egresos	55,235	53,829	57,395	59,849	62,816	57,825
	Fallecidos	2,925	2,996	3,052	3,434	3,502	3,182
	Letalidad	5.3	5.6	5.3	5.7	5.6	5.5
Todas las causas SIMMOW	Consultas	10,077,757	9,199,883	10,779,871	11,101,894	10,912,761	10,414,433
	Egresos	338,589	337,111	364,915	374,770	400,230	363,123
	Fallecidos	8,806	8,853	9,149	9,746	10,139	9,339
	Letalidad	2.6	2.6	2.5	2.6	2.5	2.6

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)

TABLA 4. Servicios técnicos dados en la red de establecimientos de salud del MINSAL, 2009-2011

ACTIVIDADES	2009	2010	2011
IMAGENOLOGÍA			
Fluoroscopías	885	1,525	1,994
Radiografías	716,216	765,399	832,182
Ultrasonografías	152,038	181,667	204,356
Placas Inutilizadas	44,732	42,041	48,488
Mamografías Diagnósticas	6,738	10,742	10,563
Mamografías de Tamizaje	905	1,650	3,817
Tomografías Axiales Computarizadas	10,991	11,766	19,985
Resonancias Magnéticas Nucleares	0	6	3,321
EXÁMENES DE CARDIOLOGÍA			
Electrocardiogramas	110,658	135,341	153,355
Ecocardiogramas	5,867	4,211	6,063
Pruebas de Esfuerzo	785	515	650
Pruebas de Holter	56	139	517
NEFROLOGÍA			
Hemodiálisis	19,704	24,749	26,231
Diálisis Peritoneales	17,882	25,634	23,458
GINECOLOGÍA			
Citologías	263,789	270,766	302,878
Inspección Visual con Ácido Acético	3,793	9,468	13,685
Colposcopías	16,161	15,518	17,983
Crioterapias	3,059	3,450	4,171
Conos Loop/Leep	1,206	1,643	1,862
Electrodiatermias	105	191	375
OTROS SERVICIOS			
Total Biopsias tomadas	68,105	71,908	79,250
Electroencefalogramas	6,418	8,906	9,965
Terapias Respiratorias	630,667	621,401	860,978
Inhaloterapias	1,155,939	1,226,839	1,165,331
Rehidrataciones Orales	58,142	63,490	50,986
Audiometrías	2,139	3,870	5,071
Curaciones	3,271,316	4,266,697	4,487,596
Inyecciones	11,181,894	14,503,559	14,447,852

ACTIVIDADES	2009	2010	2011
Tomas de Muestras de Tamizaje Neonatal	37,573	25,727	1,378
Endoscopias	5,702	5,573	6,440
Espirometrías	10,403	9,980	13,708
Fisioterapias	271,570	324,495	399,913
ODONTOLOGÍA			
Total Consultas	2,010,229	2,005,526	1,966,517
Obturación pieza permanente	428,664	431,790	434,453
Exodoncia pieza permanente	234,453	214,497	202,705
Profilaxis	675,307	716,953	745,051
Radiografías	4,999	4,647	3,932
Detartraje	198,539	212,279	206,129
Curetaje	10,002	9,960	7,511
Cirugía oral	9,490	9,156	10,150
Exodoncia pieza temporal	204,358	184,476	172,669
Sellante de fosas y fisuras	19,858	16,986	21,847
Obturación pieza PRAT	49,132	46,186	37,243
Sellante pieza PRAT	251,157	219,440	182,017
Obturación pieza temporal	55,078	54,855	58,971
Pulpotomías	6,469	6,195	7,620
Aplicación tópica de flúor	39,828	33,595	43,691
SALUD MENTAL			
Total atenciones	50,370	60,602	80,729
Psicoterapias individuales realizadas	42,681	44,712	55,143
Psicoterapias grupales realizadas	12,666	24,258	15,406
Intervenciones en Crisis	6,967	12,763	25,070
Sesiones educativas	43,518	51,205	57,850

Fuente: Sistema Estadístico de Producción de Servicios- SEPS

TABLA 5. Coberturas de vacunación del Sistema Nacional de Salud, enero-diciembre de 2011

EDAD	VACUNA	INSTITUCIONES				TOTAL DE DOSIS APLICADAS	COBERTURA EN PORCENTAJE (b)
		MINSAL (a) (b)	ISSS (b)	COSAM (b)	OTROS (b)		
Menor de un año de edad	BCG	87,273	21,641	146	3	109,063	91.0
	Antipolio (tercera dosis)	89,484	17,278	181	24	106,967	89.2
	Rotavirus (segunda dosis)	89,549	17,781	178	33	107,541	89.7
	Pentavalente (tercera dosis)	89,657	17,286	182	24	107,149	89.4
De un año de edad	SPR	90,948	16,016	150	31	107,145	89.9
* Población menor 1 año						119,896	
* Población de 1 año						119,201	

Fuente: sistema de producción de servicios y módulo de vacunas para el año 2011

Notas: se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud para los años 2009 al 2011

Instituciones informantes: MINSAL: Ministerio de Salud, ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social, COSAM:

Comando de Sanidad Militar, PNC: Policía Nacional Civil, algunas instituciones privadas y ONG.

* Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009-2011 Censo 2007

(a) Incluye dosis aplicadas por FOSALUD

(b) Se han excluido las dosis aplicadas a extranjeros

TABLA 6. Coberturas de vacunación, 2005-2011 (a)

VACUNA	AÑOS						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (b)	2011
BCG	84.0	92.8	77.6	86.9	87.8	88.6	91.0
Antipolio (tercera dosis)	89.0	95.5	77.6	88.9	91.2	89.1	89.2
Rotavirus (segunda dosis)*			79.6	78.1	61.5	89.6	89.7
Pentavalente (tercera dosis)	89.0	95.7	89.7**	89.1	90.6	89.2	89.4
SPR	99.0	98.0	89.9**	84.7	90.2	90.6	89.9
Población menor 1 año*	119,602	118,236	118,792	120,410	122,232	123,401	119,896
Población de 1 año*	121,786	119,796	119,482	120,161	121,150	121,764	119,201

Fuente: sistema de producción de servicios y módulo de vacunas para el año 2011

Notas: se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud para los años 2009 al 2011

Instituciones informantes: MINSAL: Ministerio de Salud, ISSS, COSAM, PNC, algunas instituciones privadas y ONG.

* Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009-2011 Censo 2007

**Se incorporó las dosis aplicadas por otras instituciones específicamente en SPR y Pentavalente

(a) Para el cálculo de la cobertura se han excluido las dosis aplicadas a extranjeros

(b) Se hizo revisión de las dosis aplicadas para el año 2010 por parte del ISSS

TABLA 7. Atenciones preventivas y curativas brindadas en instituciones del MINSAL y el ISSS (2005-2008) y de todo el SNS, 2005-2011

TIPO DE CONSULTA	2005	2006	2007	2008(a)	2009 (a)	2010 (a)	2011
Total consulta curativa y atenciones preventivas	16,624,715	17,820,878	17,775,973	16,564,206	19,040,544	19,172,298	19,636,448
Atenciones preventivas	2,078,926	2,176,015	2,107,823	2,041,275	2,683,220	2,631,987	2,969,263
Consultacurativa	14,545,789	15,644,863	15,668,150	14,522,931	16,357,324	16,540,311	16,667,185
Consulta general	12,601,779	13,439,424	13,596,948	12,544,999	14,121,693	14,245,828	14,248,196
Emergencias	1,944,010	2,205,439	2,071,202	1,977,932	2,235,631	2,294,483	2,418,989
Porcentaje de emergencias atendidas	13.4	14.1	13.2	13.6	13.7	13.9	14.5
Porcentaje de consulta curativa	87.5	87.8	88.1	87.7	85.9	86.3	84.9
Porcentaje de consulta preventiva	12.5	12.2	11.9	12.3	14.1	13.7	15.1

Fuente: sistemas estadísticos institucionales

Notas: para los años 2005 al 2008, datos tomados del Sistema de Producción de Servicios (SEPS). A partir del 2009: Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW), incluyendo información de las instituciones del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y COSAM: Comando de Sanidad Militar.

(a) Se realizó una revisión de datos, donde se han incluido atenciones brindadas por otras instituciones, como clínicas privadas, ONG y Centros Penales

TABLA 8. Egresos hospitalarios atendidos en la red de instituciones del sector, 2005-2011

DESCRIPCIÓN	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total de egresos hospitalarios (a)	342,191	335,453	338,590	337,112	472,982	477,972	509,901
Total de intervenciones quirúrgicas mayores	144,554	140,081	140,542	146,742	155,323	155,734	166,284
Tasa de egreso x 1000 habitantes	56.6	55.2	55.5	55.0	76.9	77.3	81.3
Población total país (b)	6,049,412	6,073,859	6,098,714	6,124,705	6,152,558	6,182,262	6,274,563

Fuente: sistemas estadísticos institucionales

Notas: (a) se hizo una revisión de datos en la tendencia histórica.

(b) Población 2005-2009 según DIGESTYC; para el año 2010 se ha utilizado la proyección trabajada por consultoría, ambas poblaciones con base a censo 2007

TABLA 9. Atenciones infantiles brindadas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2005-2011

DESCRIPCIÓN	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ***	2011
Total de atenciones infantiles	511,810	484,736	449,082	464,020	521,977	521,613	554,436
Total inscripciones menor 1 año *	106,136	99,504	92,462	96,006	119,832	104,488	110,331
Total inscripciones menor de 28 días	77,151	73,006	71,014	77,394	95,702	83,075	89,538
Porcentajes inscripción precoz	72.7	73.4	76.8	80.6	79.9	79.5	81.2
Total controles subsecuentes	405,674	385,232	356,620	368,014	402,145	417,125	444,105
Cobertura de inscripción	88.7	84.2	77.8	79.7	98.0	84.7	92.0
Población menor 1 año**	119,602	118,236	118,792	120,410	122,233	123,401	119,896

Fuentes: sistemas Estadísticos Institucionales

Notas: a partir del año 2009 incluye datos de Sistema Nacional de Salud Instituciones informantes: MINSAL: Ministerio de Salud, ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social, COSAM: Comando de Sanidad Militar

* Se incluye inscripciones de los menores de 28 días

** Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009-2011 Censo 2007

*** Se hizo una revisión de datos, donde se han incluido atenciones brindadas por otras instituciones como clínicas privadas, ONG y Centros Penales

TABLA 10. Atenciones maternas brindadas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2005-2011

DESCRIPCIÓN	2005	2006	2007	2008	2009 ***	2010 ***	2011
Total de atenciones maternas (inscripciones+controles)	505,470	508,049	509,000	532,705	664,965	665,221	604,710
Inscripciones de 10 a 49 años	91,133	89,537	89,236	91,412	98,276	100,777	109,077
<i>Inscripciones antes de 12 semanas</i>	40,146	42,380	43,165	45,339	60,031	63,662	70,093
<i>Porcentaje inscripción precoz</i>	44.1	47.3	48.4	49.6	61.1	63.2	64.3
Controles prenatales	334,453	339,793	343,788	361,944	478,860	475,536	398,241
Controles puerperales	79,884	78,719	75,976	79,349	87,829	88,908	97,392
Total de atenciones maternas en adolescentes (inscripciones+controles) (a)	148,995	149,648	162,141	172,488	57,916	158,158	173,448
Inscripciones de 10 a 19 años	26,978	28,866	29,828	30,759	24,352	24,292	26,672
<i>Inscripciones antes de 12 semanas</i>	5,785	12,437	14,392	15,576	14,776	15,197	16,880
<i>Porcentaje inscripción precoz</i>	21.4	43.1	48.2	50.6	60.7	62.6	63.3
Controles prenatales	100,981	99,253	110,801	118,966	11,554	111,975	123,154
Controles puerperales	21,036	21,529	21,512	22,763	22,010	21,891	23,622

DESCRIPCIÓN	2005	2006	2007	2008	2009 ***	2010 ***	2011
Cobertura de inscripción de 10 a 49 años	52.4	51.8	51.9	53.4	83.2	87.1	90.7
Cobertura de atención posnatal de 10 a 49 años	48.8	48.3	46.9	49.2	74.6	81.4	82.4
<i>Embarazadas esperadas**</i>	173,800	172,775	171,850	171,227	118,072	115,638	120,200
<i>Partos esperados**</i>	163,843	162,818	161,893	161,270	117,190	109,218	118,245

Fuente: sistemas estadísticos institucionales

Nota: desde el año 2009 se incluyen datos de Sistema Nacional de Salud.

Las instituciones informantes en el 2010 son MINSAL, ISSS y COSAM.

* Las atenciones en adolescentes están incluidas en el total de atenciones de 10 a 49 años

** Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según censo 2001 y para los años 2009 y 2010 censo 2007

***Se revisaron datos y se incluyeron atenciones brindadas por otras como clínicas privadas, ONG y Centros Penales

TABLA 11. Partos atendidos en la red de instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2005-2011

DESCRIPCIÓN	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total de partos (institucionales + parteras)	82,470	71,381	75,997	79,520	102,065	100,289	104,745
Total de Partos atendidos por personal calificado de 10 a 49 años	71,931	63,991	70,790	75,565	99,490	98,303	103,721
Partos por cesárea	19,864	17,978	19,957	21,204	29,702	28,952	31,511
<i>Porcentaje de parto por cesárea</i>	27.6	28.1	28.2	28.1	29.9	29.5	30.4
Partos atendidos en adolescentes*	21,693	19,192	21,659	23,529	24,411	23,590	24,494
<i>Porcentaje de partos adolescentes</i>	30.2	30.0	30.6	31.1	24.5	24.0	23.6
Porcentaje de partos atendidos institucionalmente	87.2	89.6	93.1	95.0	97.5	98.0	99.0
Total de nacimientos	72,423	64,470	71,405	76,142	100,395	99,129	104,654
Nacidos vivos	71,684	63,867	70,653	75,413	99,570	98,355	103,835
Nacidos muertos	739	603	752	729	825	774	819
Nacidos vivos con bajo peso	5,381	4,343	5,715	6,212	8,542	8,595	9,028
<i>Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso</i>	7.5	6.8	8.1	8.2	8.6	8.7	8.7
Cobertura de parto institucional **	43.9	39.3	43.7	67.7	84.9	90.0	87.7
Partos atendidos por partera***	10,539	7,390	5,207	3,955	2,575	1,986	1,024
Partos esperados ***	163,843	162,818	161,893	111,536	117,190	109,218	118,245

Fuente: sistemas estadísticos institucionales

Notas: a partir del año 2009 incluye datos de Sistema Nacional de Salud. Las instituciones informantes en el 2010 son: MINSAL: Ministerio de Salud, ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social, COSAM: Comando de Sanidad Militar

* Los partos en adolescentes están incluidos en el total de atenciones de 10 a 49 años

** Para el cálculo de la cobertura no incluye los partos por partera

*** Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009 y 2010 Censo 2007

TABLA 12. Muertes y tasas de mortalidad en menores de 5 años registradas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2005-2011

AÑO	MENORES DE 5 AÑOS		MENOR DE 1 AÑO		NEONATALES (< DE 28 DÍAS)		PERINATAL (a)		FETAL GENERAL (NACIDOS MUERTOS)		TOTAL NACIDOS VIVOS (a)
	CANT.	TASA	CANT.	TASA	CANT.	TASA	CANT.	TASA	CANT.	TASA	
2005	1,112	9.9	955	8.5	655	5.8	1,353	12	852	7.6	112,769
2006	1,090	10.2	883	8.2	565	5.3	1,190	11.1	708	6.6	107,111
2007	1,090	10.2	950	8.9	633	5.9	1,384	13	859	8.1	106,471
2008	990	8.8	861	7.7	558	5.0	1,305	11.7	836	7.5	112,049
2009	1,048	8.4	889	7.1	558	4.5	1,293	10.4	825	6.6	124,898
2010	990	7.9	863	6.9	565	4.5	1,233	9.8	774	6.2	125,464
2011	1,172	9.3	998	7.9	660	5.2	1,341	10.6	839	6.7	126,052

Fuentes: sistemas estadísticos institucionales

Notas: a partir del año 2009 incluye datos de Sistema Nacional de Salud. Las instituciones informantes en el 2010 son MINSAL, ISSS y COSAM. Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según censo 2001 y para los años 2009 y 2010 censo 2007

(a) Para el cálculo de la mortalidad perinatal se ha corregido la serie de datos con los siguientes criterios: denominador país (DIGESTYC) y no institucional (MINSAL); incorporación de todos los nacimientos (vivos y muertos) para la construcción de los indicadores. Incluye cantidad de nacidos muertos

ABREVIACIONES

AACID:	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo	ISRI:	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos
ADESCO:	Asociación de Desarrollo Comunitario	ISSS:	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
AECID:	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	JICA:	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
AMSS:	Área Metropolitana de San Salvador	KOICA:	Agencia de Cooperación Internacional de Corea
ANDA:	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados	LACAP:	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública
ANEP:	Asociación Nacional de la Empresa Privada	LEPINA:	Ley de Protección de la Niñez y Adolescencia
APS:	Atención Primaria de Salud	LGBT:	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transgénero, Transexuales
BCIE:	Banco Centroamericano de Integración Económica	MAG:	Ministerio de Agricultura y Ganadería
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo	MARN:	Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales
BM:	Banco Mundial	MIDES:	Manejo Integral de Desechos Sólidos
CDC:	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, EE. UU.	MINED:	Ministerio de Educación
CEPA:	Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma	MINSAL:	Ministerio de Salud
CIS:	Cooperación Internacional en Salud	MOP:	Ministerio de Obras Públicas
CISALUD:	Comisión Intersectorial de Salud	MRREE:	Ministerio de Relaciones Exteriores
COMURES:	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador.	OIM:	Organización Internacional para las Migraciones
CONAIPD:	Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad	OMS:	Organización Mundial de la Salud
CONASIDA:	Comisión Nacional del Sida	ONG:	Organismos No Gubernamentales
CSSP:	Consejo Superior de Salud Pública	ONUSIDA:	Organización de las Naciones Unidas para el Sida
DIGESTYC:	Dirección Nacional de Estadística y Censo	OPS/OMS:	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
DIRMED:	Dirección de Medicamentos	PEIS:	Presupuesto Extraordinario de Inversión Social
DTIC:	Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación	PNC:	Policía Nacional Civil
EASP:	Escuela Andaluza de Salud Pública	PPR:	Presupuesto por Resultados
ECNT:	Enfermedades Crónicas No Transmisibles	PRHESSA:	Proyecto de Reconstrucción de Hospitales y Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud
ECOS-E:	Equipo Comunitario de Salud Especializado	PRIDES:	Programa Integrado de Salud
ECOS-F:	Equipo Comunitario de Salud Familiar	RISS:	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
EPES:	Empresa Públicas de Servicios de Salud	RRHH:	Recursos Humanos
ERC:	Enfermedad Renal Crónica	SAN:	Seguridad Alimentaria y Nutricional
FAE:	Fondo de Actividades Especiales	SEM:	Sistema Nacional de Emergencias Médicas
FISDL:	Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local	SIMMOW:	Sistema de Morbimortalidad en Línea
FNS:	Foro Nacional de Salud	SIS:	Secretaría de Inclusión Social
FOPROLYD:	Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado	SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
FOSEP:	Fondo Salvadoreño para Estudios de Preinversión	SNS:	Sistema Nacional de Salud
FOPROMID:	Fondo de Protección y Mitigación de Desastres	SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
GOES:	Gobierno de El Salvador	STP:	Secretaría Técnica de la Presidencia
IANPHI:	Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública	SIAP:	Sistema Integral de Atención al Paciente
IML:	Instituto de Medicina Legal	SUIS:	Sistema Único de Información Estratégica
INCAP:	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá	SVA:	Soporte Vital Avanzado
INS:	Instituto Nacional de Salud	SVB:	Soporte Vital Básico
IRA:	Infecciones Respiratorias Agudas	TRIPS:	Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio
IRC:	Insuficiencia Renal Crónica	UACI:	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
ISBM:	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	UFP:	Unidad de Formación Profesional
ISNA:	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia	UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
		UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
		VMT:	Viceministerio de Transporte
		VIGEPES:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

*Este documento se terminó de imprimir
durante el mes de junio de 2012,
en San Salvador, El Salvador.
El tiraje consta de 2000 ejemplares.*

Los sueños puestos a prueba frente a la realidad concreta empezaron a rendir sus frutos pese a la severa crisis económica a que se ha enfrentado el país. El proceso de Reforma ha logrado continuar su desarrollo en buena parte gracias al esfuerzo sostenido de personal de salud profundamente comprometido y la participación de comunidades organizadas y conscientes...

María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud de El Salvador



Ministerio de Salud

