

La salud es un derecho

ESTAMOS PARA GARANTIZARLO

INFORME DE LABORES 2016-2017



MINISTERIO DE SALUD

La salud es un derecho

ESTAMOS PARA GARANTIZARLO

Informe de labores 2016-2017

La salud es un derecho

Estamos para garantizarlo

Informe de labores 2016-2017



Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Óscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud



Prohibida la reproducción parcial o total con fines lucrativos.

Equipo técnico

Eduardo Espinoza
María Ángela Elías Marroquín
Carlos Juan Martín Pérez
Giovanni Guevara
Rolando Masís López
Luis Francisco López
Emma Patricia Cortez
Álex Guillermo Martínez
Boris Eduardo Flores

Coordinación editorial

Edwin López Morán

Corrección de texto

Oswaldo Hernández Alas

Fotografía

Unidad de Comunicaciones MINSAL
Archivos MINSAL
Luis Regalado
Boris Eduardo Flores
Edwin López Morán

Primera edición, julio de 2017
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) 2591 7000
Sitio electrónico: <http://www.salud.gob.sv>
Correo electrónico: editorial@salud.gob.sv

Siglas y acrónimos

AACID	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo	FAES	Fuerza Armada de El Salvador
ADESCO	Asociaciones de Desarrollo Comunal	FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
ADS	Asociación Demográfica Salvadoreña	FMLN	Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	FNS	Foro Nacional de Salud
AGI	Áreas Geográficas de Influencia	FOCAP	Fondo Común de Apoyo Programático
APS	Atención Primaria de Salud	FOGELA	Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión de la Calidad
AMCA	Asociación de Ayuda Médica para América Central	FOPROMID	Fondo de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres
AMS	Asamblea Mundial de la Salud	FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
APCS	Programa de Asistencia Financiera No Reembolsable para Proyectos de Seguridad Humana	GBHS	Gasto de bolsillo de los hogares en salud
ARV	Antiretroviral	GGD	Gabinetes de Gestión Departamental
ASPS	Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud	GGG	Gastos del gobierno general
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica	GNS	Gasto Nacional en Salud
BCR	Banco Central de Reserva	GOES	Gobierno de El Salvador
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	GPerC	Gasto per cápita en salud
BM	Banco Mundial	GPerIS	Gasto per cápita institucional
CARR	Consulta de alto riesgo reproductivo	GPrivS	Gasto privado en salud
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	GpúbS	Gasto público en salud
CFTI	Comité Farmatapéutico Institucional	HEM	Hogares de Espera Materna
CICGP	Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública	HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
CISALUD	Comisión Intersectorial de Salud	HTA	Hipertensión Arterial
CMCT	Convenio marco de la OMS para el Control del Tabaco	HTAI	Red Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica	IDH	Índice de Desarrollo Humano
COMURES	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador	IECS	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria
CONAIPAM	Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores	INDES	Instituto Nacional de los Deportes de El Salvador
CONNA	Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia	INFOCA	Información y orientación a la ciudadanía
COSAM	Comando de Sanidad Militar	INS	Instituto Nacional de Salud
CSSO	Comités de Salud y Seguridad Ocupacional	ISBM	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública	ISDEMU	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
CUN	Código Único al Nacido	ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
DAM	Dirección de Atención al Migrante Retornado	JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos	LAIP	Ley de Acceso a la Información Pública
DIRTECS	Dirección de Tecnologías Sanitarias	LEPINA	Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia
DISAM	Dirección de Salud Ambiental	LGTTBI	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales
DNCS	Dirección Nacional de Calidad en Salud	LNR	Laboratorio Nacional de Referencia del MINSAL
DNM	Dirección Nacional de Medicamentos	LPRLT	Ley Nacional de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo
DNPNA	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención	MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
DRLS	Dirección de Regulación y Legislación en Salud	MIGOB	Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial
DRRHH	Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos	MINEC	Ministerio de Economía
DSS	Determinación social de la salud	MINED	Ministerio de Educación
DTIC	Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones	MINSAL	Ministerio de Salud
DUI	Documento Único de Identidad	MINTRAB	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
DVS	Dirección de Vigilancia Sanitaria	ODS	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ECOS	Equipos Comunitarios de Salud Familiar	OIT	Organización Internacional del Trabajo
EMMIE	Iniciativa de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica	OMS	Organización Mundial de la Salud
ENCT	Enfermedades crónicas no transmisibles	ONU	Naciones Unidas
ENECA-ELS	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta de El Salvador	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
ENS-MICS	Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados	OPS	Organización Panamericana de Salud
ERC	Enfermedad Renal Crónica	OSA	Organismo Salvadoreño de Acreditación
ERR	Equipos de Respuesta Rápida	OSI	Oficinas Sanitarias Internacionales
ETS	Evaluación de tecnologías sanitarias	PEIS	Presupuesto extraordinario de inversión social
FAE	Fondo de Actividades Especiales	PEM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial de Respuesta al VIH-sida e ITS 2016 – 2020
		PIB	Producto Interno Bruto
		PNCE	Política Nacional de Cuidado de Enfermería
		PNS 2015 – 2019	Política Nacional de Salud 2015 – 2019
		PPL	Privadas de libertad
		PQD 2014 – 2019	Plan Quinquenal de Desarrollo 2014 – 2019: El Salvador Productivo, Educado y Seguro
		PRIDES	Programa Integrado de Salud
		PVI	Programa de Vacunación e Inmunización

RedArets	Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	SSR	Salud sexual y reproductiva
RedETSAs	Red de Evaluadores de Tecnologías Sanitarias de las Américas	SUIS	Sistema Único de Información en Salud
RELACSYS	Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud	SUMEVE	Sistema Único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del VIH-sida
RIIS	Redes Integrales e Integradas de Salud	TB	Tuberculosis
RIMSA	Reunión Interamericana Ministerial de Salud y Agricultura	TIC	Tecnologías de Información y Comunicaciones
RISSALUD	Proyecto Redes Integrales de Servicios de Salud	UCA	Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
RMP	Reconocimiento a las Mejores Prácticas	UCG	Unidades de Gestión Clínica
RNPN	Registro Nacional de la Persona Natural	UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
RSI	Reglamento Sanitario Internacional	UCPIC	Unidad de Cuidados Especiales para Pacientes Infectocontagiosos
SAFI	Sistema de Administración Financiera	UCSF	Unidad Comunitaria en Salud Familiar
SE-COMISCA	Secretaría Técnica del COMISCA	UES	Universidad de El Salvador
SEM	Sistema de Emergencias Médicas	UETS	Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
SEPS	Sistema de Producción de Servicios de Salud	UFI	Unidad Financiera Institucional
SETEPLAN	Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia	UISP	Universidad Internacional por la Salud de los Pueblos
SIAP	Sistema Integrado de Atención a Pacientes	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana	UNIEC	Unidad de Investigaciones y Epidemiología de Campos
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	UOC	Unidades Organizativas de la Calidad
SIFF	Sistema de Información de la Ficha Familiar	UPS	Unidad de Promoción de la Salud
SIMMOW	Sistema de Información de Morbilidad Vía Web	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
SINAB	Sistema Nacional de Abastecimiento	UVS	Unidad de Vigilancia Sanitaria
SISAM	Sistema Integrado de Servicios de Salud Ambiental	VICITS	Clinicas de Vigilancia Centinela para las Infecciones de Transmisión Sexual
SNPC	Sistema Nacional de Protección Civil	VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
SNS	Sistema Nacional de Salud		

Contenido

Siglas y acrónimos	[5]
La salud es un derecho. Estamos para garantizarlo/Mensaje de la Ministra de Salud	[9]
Prólogo	[11]
Resumen Ejecutivo	[13]
Fundamentos que guían nuestro trabajo: Visión, misión y objetivos	[17]
Metas y logros	[18]
Plan Estratégico Institucional 2015 - 2019	[23]
Cuentas en salud y presupuesto institucional	[25]
Determinación social de la salud	[43]
Situación de Salud	[51]



Capítulo 1. Una red de servicios moderna y de calidad para garantizar el derecho a la salud	[67]
Redes Integradas e Integrales de Salud	[69]
Tecnologías sanitarias: medicamentos y vacunas	[97]
Instituto Nacional de Salud	[105]



Capítulo 2. Fortaleciendo los elementos estructurales del sistema público de salud	[121]
Regulación y legislación en salud	[123]
Sistema Único de Información en Salud (SUIS) y vigilancia de la salud	[135]
Desarrollo del talento humano en salud	[151]
Salud y sustentabilidad ambiental	[163]
Relaciones internacionales y cooperación en salud	[171]
Derecho a la salud y acceso a la información	[181]



Capítulo 3. Nuevos avances en promoción de la salud	[187]
Trabajo intersectorial	[189]
Foro Nacional de Salud	[195]
Género y salud	[207]
Boletín epidemiológico	[209]





La salud es un derecho

Estamos para garantizarlo

Mensaje de la ministra de Salud

En los tres años de gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén hemos experimentado una profundización de la Reforma de Salud, consolidando logros y sumando nuevas conquistas en salud pública. El Salvador está comprometido con la implementación acelerada de la agenda 2030 para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), principalmente con el Objetivo 3, que nos convoca a «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», y a procurar su interconexión con los otros 16 ODS.

El fortalecimiento de lo público, iniciado con la supresión de la barrera económica al acceso a la salud, constituida por las cuotas voluntarias, abrió el camino para la garantía del derecho humano a la salud. A partir de entonces, nuevas acciones se han venido sumando al fortalecimiento del sistema público de salud:

Una inversión sin precedentes en infraestructura y equipamiento en la red de servicios. Desde 2009 a la fecha, 401 establecimientos de salud se han construido, remodelado, ampliado y equipado debidamente, de los cuales 176 corresponden solo a los últimos tres años. Dentro de estos establecimientos se encuentran el nuevo Hospital Nacional de La Unión y el Centro Oftalmológico de San Vicente.

576 Equipos Comunitarios de Salud familiar y especializados se desplazaron en los municipios con mayores niveles de pobreza del país, rompiendo las barreras de exclusión y de acceso geográfico.

Se instauró un nuevo modelo de gestión de servicios en redes. A la fecha contamos con cinco redes regionales, 17 redes de SIBASI y 68 microrredes.

Se abrieron espacios para la participación de la sociedad civil en la formulación de las políticas de salud, en los encuentros de las redes nacionales, regionales, de SIBASI y microrredes, en la Comisión Intersectorial de Salud, en los comités de contraloría social en cada uno de los establecimientos de salud y en las Oficinas por el Derecho a la Salud, donde el personal de salud y la sociedad identifican y resuelven las prioridades locales y nacionales de salud. Esto ha permitido cambios positivos en los indicadores más representativos de la salud pública, como la mortalidad materna, uno de los más sensibles a la equidad, y que en 2016 cerró con la tasa más baja en la historia de nuestro país. Hemos rebasado el 90 % en las coberturas de vacunación de menores de un año, ha reducido significativamente la desnutrición crónica en escolares y seguimos disminuyendo la mortalidad infantil. En 2016, El Salvador fue reconocido por OPS como «Campeón de la Malaria en la región de las Américas» por sus avances en la eliminación de esta enfermedad.

Contamos con un plan educativo y de prevención con estrategias para combatir la malnutrición, por déficit o por sobrepeso y obesidad, con énfasis en la población infantil y juvenil, y las enfermedades no transmisibles, derivadas o potenciadas por las anteriores, entre las que

destacan cáncer, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica.

El fortalecimiento del sistema de vigilancia sanitaria conjuntamente con un Sistema Único de Información en Salud ha facilitado la clasificación de todos los municipios del país con una serie de criterios sociales y epidemiológicos que nos permiten identificar a tiempo posibles epidemias, realizar alertas estratificadas y orientar las acciones intersectoriales con participación ciudadana, público y privada, a través del Sistema Nacional de Protección Civil, que nos ha permitido estar entre los pocos países en las Américas que han controlado las epidemias de zika, chikunguña y dengue y tener por sexto año consecutivo la tasa más baja de letalidad por dengue en el continente.

Estamos desarrollando estrategias de salud pública, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial, en modelos innovadores participativos que trascienden a las instituciones de salud, como el recién presentado Modelo de Salud Urbana y la estrategia de abordaje intersectorial del embarazo en adolescentes.

Todos estos avances han permitido que las instituciones públicas que conformamos el Sistema Nacional de Salud en El Salvador hayan desarrollado una hoja de ruta, basada en la Estrategia de

acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, que está permitiendo la integración del sistema bajo la premisa de la determinación social de la salud, mediante los siguientes mecanismos:

Adoptar una planificación conjunta, un modelo de atención en salud familiar y comunitaria y un modelo de gestión en Redes Integrales e Integradas de salud, basado en Atención Primaria de Salud, con el desarrollo de acciones de salud pública y fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y su armónica coordinación con la red de hospitales; un conjunto de prestaciones garantizadas en salud según el curso de vida; un Plan Nacional de Uso Racional de Medicamentos y un modelo de gestión productiva de servicios que incluye un sistema de costos.

Lo anterior implica que tenemos una ruta clara y determinada para la integración del sistema, lo cual ha permitido que, en consenso con todas las instituciones integrantes del sistema, se haya formulado y presentado el anteproyecto de *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud*, que actualmente está en la honorable Asamblea Legislativa pendiente de aprobación. Esta nueva herramienta jurídica permitirá enfrentar los nuevos desafíos en salud y consolidar un sistema público sostenible y centrado en el derecho humano a la salud.



DRA. VIOLETA MENJÍVAR
MINISTRA DE SALUD

Prólogo

El presente INFORME DE LABORES 2016-2017 da cuenta de la intensa actividad desplegada por el Ministerio de Salud (MINSAL) durante este tercer año de gestión del gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén.

Como en años anteriores, el INFORME describe e integra tanto las acciones desplegadas por la red de servicios del MINSAL como las desarrolladas y requeridas para el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS). En ambos casos la Reforma de Salud, conformada por sus 10 ejes estratégicos, constituye la guía y el elemento inspirador de uno de los procesos de cambio que cautiva, por sus logros y capacidad de innovación, al resto de países de la región.

Porque, ¿cómo una reforma de salud en un país tercermundista ha podido reducir en tan solo ocho años de manera tan drástica la mortalidad materna y controlar epidemias que diezmaban a la población infantil año con año? ¿Cómo ha logrado El Salvador ser en tan poco tiempo un pionero y referente regional en materia de vigilancia sanitaria? ¿Cómo ha podido mejorar hasta tener uno de los mejores programas de vacunación con coberturas útiles que lo ubican en el primer lugar de la subregión centroamericana? ¿Cómo ha podido colocarse a la par de países del primer mundo en logros contra el VIH y el Zika? ¿Qué ha hecho para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declare

«Campeones de la Malaria en las Américas» por eliminar casi por completo el paludismo cuando todos sus países vecinos viven con él a diario? ¿Por qué tiene por sexto año consecutivo la tasa más baja de letalidad por dengue en todo el continente? ¿Cómo ha podido construir en apenas ocho años y a un increíble bajo costo uno de los tres mejores sistemas de información del subcontinente, objeto de admiración de propios y extraños?

La respuesta a todas estas interrogantes es la misma: un trabajo denodado en construir progresivamente un sistema de salud público, unificado, fuerte, universal, solidario y financiado por impuestos generales, con un objetivo simple y claro: garantizar, a toda la población, el derecho humano a la salud.

No hay recetas mágicas

Los principios de nuestra estrategia básica, la Atención Primaria de Salud (APS), fueron planteados en 1978 con claridad y sencillez: trabajo intersectorial, participación social, organización comunitaria y búsqueda constante de la equidad. Nuestra Reforma de Salud también se ha nutrido de los planteamientos de la medicina social Latinoamericana sobre la determinación social de la salud (DSS) en la década de 1970 y en años posteriores.

Para no medicalizar la APS y privarla de su contenido revolucionario, hemos evitado equipararla al Primer Nivel de Atención o circunscribirla a la órbita de los consultorios y hospitales. Hemos sorteado con éxito el intento de fraccionar la DSS en determinantes aislados, que no van más allá de proveer con un nuevo nombre a los factores de riesgo, desviando la atención y evitando cuestionar el modelo hegemónico, que basa el desarrollo de unos pocos en el subdesarrollo de los demás.

La Atención Primaria de Salud nació en las comunidades y para las comunidades. Los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), los Hogares de Espera Materna (HEM), la Comisión Intersectorial de Salud y el Foro Nacional de Salud son solo algunas de sus expresiones en nuestra Reforma de Salud.

La Determinación Social de la Salud se engarza con esta estrategia y le da el necesario contexto global y el complemento explicativo al complejo proceso de enfermar y morir, que cierra espacios y caminos a una población que toma conciencia de la necesidad de cuestionar desde su raíz un modelo de desarrollo que es económicamente falaz e inalcanzable y adicionalmente depredador de los bienes naturales, extractivista, hiperconsumista, excluyente, basado en el ejercicio de la violencia y la explotación sobre la persona, las comunidades y toda forma de sociedad.

Nos reconocemos en medio de una crisis civilizatoria, causada por la imposición de un sistema monocultural, imperial, patriarcal, ecocida e irracional. Por ello, las decisiones adoptadas en estos momentos son definitivas y nos hacen responsables ante las futuras generaciones.

En salud, El Salvador marca el camino correcto para el resto del continente. Nuestra reforma es el reflejo del buen vivir en la salud. Pero defender sus logros y, más aun, profundizarlos, requiere decisiones valientes en otros campos:

avanzar en el financiamiento solidario, la redistribución de la riqueza, una recaudación fiscal progresiva, armonía en el relacionamiento de la sociedad con la naturaleza, la interdependencia y el respeto a todas las formas de vida, el cese de la explotación irracional de recursos naturales no renovables, una mayor identificación, medición y análisis de las desigualdades, el reconocimiento del derecho al agua priorizando el derecho humano a la salud por encima de los intereses corporativos, políticos y financieros, el abordaje territorial de la DSS, desarrollar mayores niveles de integración del Sistema Nacional de Salud y adecuar el marco legal a las nuevas realidades, son algunos de los desafíos más importantes.

A este contexto nacional vienen a sumarse los peligros globales que enfrenta la humanidad: el cambio climático, el agotamiento de los recursos naturales, el tensionamiento bélico y poderosas presiones políticas y financieras contra todo lo que cuestiona el modelo hegemónico de desarrollo. La situación nacional e internacional se configura así compleja y difícil, por lo que el empoderamiento territorial y el fortalecimiento de la organización comunitaria, particularmente del Foro Nacional de Salud (FNS), paralelo a la profundización de espacios de participación, se perfilan como elementos catalizadores estratégicos para movilizar a toda la población en torno al ejercicio pleno de su derecho a la salud, identificando y enfrentando los factores que limitan este ejercicio y contribuyendo a potenciar y ejercer el liderazgo nacional e internacional que la Reforma de Salud viene empujando desde sus orígenes.

La humanidad entera está en peligro, su tiempo y margen de actuación se agotan. Salvarnos es una responsabilidad compartida. Nuestro personal y la Reforma de Salud entienden el desafío y actúan conforme a él, pero hace falta aún más: ¡Unámonos para crecer! 

Resumen ejecutivo

La situación de salud evidencia una mejoría sustancial en la población salvadoreña expresada en la reducción sostenida de la carga de enfermedad durante los tres años del gobierno del profesor Salvador Sánchez Cerén, respaldada por la vigilancia periódica y reporte semanal a la población de once enfermedades relevantes sujetas a vigilancia obligatoria de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional.

Los éxitos son consecuencia de acertadas decisiones políticas en materia de salud: ruptura de barreras económicas, geográficas y culturales que dificultaban el acceso; aumento constante y sostenido de cobertura y el fortalecimiento del sistema público como el mejor paradigma a seguir. La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) sustenta nuestras innovaciones, como los Equipos Comunitarios de Salud familiar (ECOS), los hogares de espera materna, la apertura y legitimación de espacios de participación, la intersectorialidad, el desarrollo de la organización comunitaria y el abordaje de la determinación social de la salud, elementos insignia de nuestra Reforma de Salud.

El INFORME DE LABORES se presenta en tres grandes capítulos. La división responde a fines didácticos y de comprensión para el lector, ya que en la práctica forman un todo indisoluble. El primero, más vinculado a los servi-

cios de salud; el segundo, al ejercicio y función de la rectoría del MINSAL al interior del sistema, así como el enfoque de derechos vinculados a la salud, y el tercero conformado por los desarrollos más recientes e innovadores del proceso de reforma.

El trabajo en redes integrales e integradas de salud, conformadas por dependencias de los diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del SNS, prestadores de servicios que se incorporan gradualmente y expresiones comunitarias de la sociedad, permite lograr la continuidad de la atención a la persona, la familia y la comunidad, identificando y resolviendo las prioridades territoriales, no solo desde la evidencia médica sino en continuo diálogo con las comunidades, especialmente con el Foro Nacional de Salud. Nada de lo anterior pudo haberse logrado sin los Equipos Comunitarios de Salud familiares y especializados, que para este año totalizan 576, distribuidos en 186 municipios.

Continuamos fortaleciendo la infraestructura sanitaria y su equipamiento, con una inversión de más de US\$ 34 millones, que se ven reflejados a lo largo y ancho del país. Especial mención merece la inauguración del Hospital Nacional de La Unión, derecho que durante años le fue negado a la población de este departamento.

En relación a la atención integral a la salud de la mujer, la mortalidad materna continúa siendo el indicador más sensible de equidad y del funcionamiento en red. Su reducción será nuestro compromiso constante y nos complace informar que los pasos adoptados, desde la promoción de la salud en la comunidad hasta el acceso a los servicios especializados, nos sitúan entre los cinco países con la mortalidad materna más baja de Latinoamérica, superando con ello nuestras propias expectativas establecidas en el PQD 2014-2019.

El fortalecimiento de la institucionalidad para integrar la evaluación y el uso racional de tecnologías sanitarias propició que El Salvador fuera sede del VIII Encuentro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas con la participación de 14 instituciones de 8 países de Latinoamérica y Canadá. Pero la creación del Sistema Nacional de Farmacovigilancia fue la clave para que El Salvador entrara al Programa Internacional de Farmacovigilancia, con sede en Suecia, y además nos permitirá convertirnos en centro regional de excelencia en materia de seguridad de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

En el caso de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, nuestras acciones en salud se adecuan a sus necesidades concretas. Así nace la unidad móvil de rayos x, para la detección y manejo de las personas con tuberculosis en centros penales, acción que ha reportado una mejoría significativa en el éxito terapéutico de casos. Como parte de la sostenibilidad de la respuesta al VIH, el MINSAL adquiere los medicamentos antirretrovirales con financiamiento GOES, no dependiendo de donaciones externas.

El Centro Oftalmológico Nacional del Hospital Santa Gertrudis de San Vicente ha realizado en dos años de funcionamiento con apoyo de la cooperación cubana más de 10 000 intervenciones quirúrgicas de cataratas y pterigión, sin ningún costo para la población usuaria, lo que contrasta con las 151 intervenciones anuales que se realizaban antes de 2009.

Indiscutiblemente, el ejercicio de la rectoría del MINSAL al interior del Sistema Nacional de

Salud se ha consolidado a causa de la Reforma de Salud, lo que en este año se ha cristalizado y legitimado en el anteproyecto de *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud*, suscrito por cada uno de los titulares de sus instituciones, avalado por el presidente de la república y el compromiso de la Asamblea Legislativa de abordar su discusión cuanto antes. Este nuevo marco normativo pretende emancipar la salud pública de las ataduras del mercado para centrarla en la persona, la familia y la comunidad. Implica un avance sustancial para los sistemas públicos de salud de las Américas, quienes siguen de cerca a El Salvador, ya que nuestros avances son los más relevantes del continente en los últimos 50 años.

El Sistema Único de Información en Salud (SUIS) es ya una herramienta estratégica imprescindible que continúa fortaleciéndose con el abordaje de la determinación social de la salud. El SUIS ha desarrollado nuevos instrumentos para la vigilancia sanitaria y la identificación, medición y análisis de inequidades en salud entre grupos poblacionales mediante el cruce con otras bases de datos y variables socioeconómicas (nivel educativo, ingreso, pobreza, acceso a agua segura, servicios básicos) y el desarrollo de modelos matemáticos predictivos, geoposicionamiento por áreas pequeñas y otras innovaciones metodológicas. Esto ha permitido identificar soluciones como el abordaje de brotes de enfermedades transmisibles, control exitoso de las arbovirosis, análisis del embarazo en adolescentes y otras, estableciendo estrategias y generando capacidades a largo plazo. Además, gracias al SUIS, el expediente clínico electrónico es una realidad en 28 de los 30 hospitales y funciona a la perfección en 91 unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF). Todas estas innovaciones han colocado a nuestra vigilancia y a nuestro SUIS como uno de los tres mejores sistemas de información latinoamericanos.

En cuanto al talento humano, se ha continuado la formación en Atención Primaria de Salud, totalizando a la fecha 1600 profesionales y técnicos, especialmente de los ECOS, y 300 personas adicionales formadas en el «curso de

derecho humano a la salud» (UISP). La Escuela de Gobierno se ha sumado a este esfuerzo desarrollando 18 cursos de educación continua y por primera vez en el país se dispone de una maestría en Epidemiología, con la cooperación de AECID y el Gobierno de Cuba. Por otra parte, el MINSAL ha sostenido una política de desprecariación laboral que ha permitido reducir al mínimo los contratos por servicios profesionales, práctica del pasado que generó inestabilidad laboral y favoritismos de distinto tipo. Ahora el personal en salud ha dejado de ser utilizado para ser dignificado, como lo evidencia el pago del escalafón a quienes poseían salarios menores a US\$ 2000.00, utilizándose del presupuesto asignado un monto de US\$ 15 000 000.00 para este fin, lo que evidencia que aun en condiciones de un injusto bloqueo económico nuestras soluciones son siempre las más justas, pues buscan reducir inequidades, como las salariales, en este caso. Contamos con 275 Comités de Seguridad y Salud Ocupacional formados por el MINSAL en las 12 temáticas de ley y acreditados por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social. El trabajo desarrollado por estos comités mereció el primer lugar en el concurso nacional de salud ocupacional organizado por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social y una empresa privada.

El MINSAL continúa fortaleciendo las Unidades por el Derecho a la Salud, como estrategia de vigilancia de su cumplimiento en los establecimientos, en coordinación con diversas formas de contraloría social. De igual manera, continúa con su política de transparencia rindiendo cuentas y poniendo a disposición pública la información generada y respondiendo el 100 % de las solicitudes.

En este periodo se han suscrito varios instrumentos de cooperación. El monto de lo suscrito de la cooperación financiera no reembolsable asciende a US\$ 4 308 917.68, sin considerar la cooperación técnica. Este apoyo proviene de países amigos, como Cuba, España, Corea, Italia, China (Taiwán), Brasil, Japón y Estados Unidos, y de agencias de cooperación técnica

de la OPS-OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, como UNICEF y el UNFPA.

Nuestro Sistema de Información en Salud Ambiental ha tenido un éxito sin precedentes en materia de gestión pública, con la disminución del tiempo administrativo para la obtención del registro sanitario y renovación del registro de alimentos y bebidas, el cual de 120 días se ha reducido a solo ocho segundos. También ha permitido colocar a nuestro país a la vanguardia en el reconocimiento mutuo de estos mismos productos con otros países de la región, sin que ello postergue la vigilancia sanitaria sobre estos.

El Salvador ha eliminado casi totalmente la transmisión autóctona de malaria, lo que le valió el reconocimiento de la OPS como «Campeón de la Malaria en las Américas». Igualmente, nuestras acciones más allá de los servicios de salud, como es el caso de las coberturas de vacunación canina y felina superiores al 90 %, nos han permitido por octavo año consecutivo cerrar con cero casos de rabia en humanos.

Salud en todas las políticas es equivalente al trabajo intersectorial. Como en años anteriores, ratificamos la importancia estratégica que adquieren la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) y los gabinetes departamentales. La CISALUD identificó, analizó y propuso líneas y actividades estratégicas conjuntas para el abordaje de la salud y la seguridad en el trabajo, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el manejo integrado de vectores y el embarazo en niñez y adolescencia, además de impulsar a nivel territorial espacios de gestión.

El FNS es la más importante innovación en una transformación social como la que demanda la Reforma de Salud. Es su parte subjetiva y dinámica, quien impulsa, defiende y critica el sistema público de salud. Es un empoderamiento popular que hace crecer a la persona en su conciencia individual y colectiva, replicándose en todo el territorio nacional. Actualmente, el FNS cuenta con 750 comités comunitarios en 82 municipios del país, repartidos en 12 de los 14 departamentos.

Ha sido de la mano del FNS que la implementación de la *Política de Igualdad y Equidad de Género en Salud* cobra un sentido transformador, no solo al interior de los sistemas de salud, sino al interior de la vida comunitaria, que es en definitiva a quienes nos debemos. Y, dada su importancia, hemos iniciado el proceso de elaboración de su plan de acción.

Esta apretada síntesis da cuenta de algunos de los logros y de la complejidad de las acciones desarrolladas por el MINSAL para seguir profundizando el proceso de reforma y hacer realidad la garantía del derecho a la salud. Les invitamos a leer los contenidos capitulares para conocer el quehacer actual del MINSAL sus actores y logros más destacados y convertirse con nosotros en defensores de una de las más inspiradoras reformas de salud de nuestros tiempos. 

<http://geo.salud.gob.sv>

VISITA NUESTRO MAPA INTERACTIVO

CONSTATA:

**Hemos roto la barrera geográfica
para el acceso a los servicios de salud**



Fundamentos que guían nuestro trabajo

Misión institucional

Institución rectora del sector salud que vela por el ejercicio del derecho humano a la salud y el bienestar de la población, con alto sentido humanitario y justicia social, empoderando a la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos.

Visión institucional

Institución ejerciendo eficaz y eficientemente la rectoría del sector salud, que ha logrado que la población salvadoreña esté saludable y participando activamente en su desarrollo integral.

Objetivo de la Política Nacional de Salud 2015-2019

Garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, la búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

Principios de 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 social

Entendido como la identificación plena con los abordajes (derechos, determinación social), objetivos y logros de la Reforma de Salud, así como con su defensa y profundización.

Equidad

Para que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar su potencial de salud y no experimenten desigualdades socialmente determinadas, injustas, evitables e innecesarias.

Universalidad

En el acceso a la salud, incluyendo los servicios de salud, en el marco de un sistema de protección social universal para todos los salvadoreños. 

Metas y logros 2016-2017

En defensa del derecho a la salud

Meta: Establecer mecanismos que posibiliten a la ciudadanía el ejercicio del derecho a la salud, a fin de atender el 100 % de las denuncias, quejas y solicitudes interpuestas por la población ante las Oficinas por el Derecho a la Salud y comités de contraloría social.

Se recibieron 6708 quejas y avisos, logrando resolver el 61.7 % (4108). Entre las principales quejas hechas por la población están, entre otras, el maltrato por parte de algunos trabajadores de la salud y problemas de limpieza en los establecimientos de salud.

Meta: Socializar los Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la población LGBTI.

Se capacitó a 22 recursos multidisciplinarios de salud de los hospitales Rosales, Zacamil, San Rafael, Sonsonate, Usulután, Zacatecoluca, Ciudad Barrios y Soyapango en los *Lineamientos técnicos para atención de población LGBTI*, en el marco del compromiso adquirido a finales de junio de 2016 por el MINSAL para atender las necesidades de la comunidad LGBTI, sin lugar a estigmas o discriminación.

Las cuentas claras

Meta: Ampliar el acceso a la información oficiosa del Ministerio de Salud, a fin de facilitar que la ciudadanía pueda ejercer su derecho de contraloría social.

Existen 76 187 documentos relacionados con información del marco normativo, gestión estratégica y marco presupuestario de la Secretaría de Estado, de los 30 hospitales nacionales y de las cinco Direcciones Regionales de Salud, y 3022 registros de funcionarios, servicios que brinda el MINSAL a la población y remuneraciones, todo a disposición del público.

En el periodo reportado se procesaron 1048 requerimientos de información, el doble de solicitudes recibidas en el periodo anterior, y el 100 % de ellas recibieron respuesta en el plazo que establece la LAIP.

Redes Integrales e Integradas de Salud

Meta: Consolidar el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar en los establecimientos de la red de servicios de salud.

Se han reforzado las capacidades de las diferentes Regiones y SIBASI para consolidar el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario mediante la elaboración de mapas de ubicación territorial de instituciones para su incorporación a las redes municipales y departamentales de salud.

Meta: Continuar con la implementación del modelo de atención para la disminución de la morbilidad y mortalidad.

Se fortaleció el abordaje de la salud materno-infantil mediante la implementación de la estrategia Canguro en las 28 maternidades de hospitales de la red pública del MINSAL, la acreditación de UCSF como «amigas de los niños y niñas» y el incremento en el número de establecimientos de salud que implementan la estrategia «Círculos educativos con adolescentes embarazadas», así como otras importantes estrategias, con el fin de incidir en la disminución en la morbilidad materno-infantil.

La ampliación de la presencia territorial del MINSAL por medio de los ECOS familiares y promotores de salud ha permitido mantener altos estándares en relación al parto institucional, las inscripciones infantiles, la reducción de la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la prematurez, entre otros.

Medicamentos y vacunas

Meta: Fortalecer las capacidades del sistema de salud para ejercer farmacovigilancia.

Se fortaleció el Sistema Nacional de Farmacovigilancia con el *Reglamento técnico de farmacovigilancia*, que permitirá gestionar oportunamente la notificación de reacciones adversas y otros problemas relacionados con la dinámica social del medicamento.

Meta: Desarrollar capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos en el Sistema Nacional de Salud.

Con la creación de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en la Dirección de Tecnologías Sanitarias (DIRTECS) el Ministerio de Salud contará con la institucionalidad requerida para regular la incorporación y el uso de tecnologías sanitarias en la prestación de servicios de salud, poniendo en el centro el uso racional con un enfoque integrado. Asimismo, se desarrolló un Plan para el Acceso y Uso Racional de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias.

Meta: Aumentar progresivamente en el MINSAL el número de farmacias que se especializan en la entrega de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas.

Se lograron instalar dos nuevas farmacias especializadas en los hospitales nacionales San Juan de Dios de Santa Ana y San Juan de Dios de San Miguel.

Meta: Mantener coberturas útiles de vacunación entre la población infantil y en animales transmisores de la rabia.

Las coberturas de vacunación para el periodo de junio de 2016 a mayo de 2017 en niñas y niños menores de cinco años han alcanzado el 93.5 %. Asimismo se logró mantener una cobertura del 90 % de la población entre 10 a 19 años de edad. Estos logros ponen al país a la vanguardia en términos de cobertura a nivel centroamericano.

La campaña nacional de vacunación anti-rábica dio como resultado 1 262 042 animales transmisores vacunados, alcanzando coberturas del 85 %, con una inversión aproximada de US\$ 2.5 millones.

Instituto Nacional de Salud

Meta: Contar con una Política Nacional de Investigaciones para la Salud

Se llevó a cabo el lanzamiento público de la *Política Nacional de Investigación para la Salud*, que persigue desarrollar el Sistema Nacional de Investigación para la Salud con el propósito de integrar, orientar y regular los procesos de investigación con estándares metodológicos y éticos. Sus resultados serán utilizados para el desarrollo científico y tecnológico y el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas, la familia y la comunidad.

Meta: Contribuir a la toma de decisiones basadas en resultados de investigación en salud.

Se publicaron los informes finales de las encuestas ENS-MICS 2014, ENECA-ELS 2015 y del estudio *Maternidad y unión en niñas y adolescentes: consecuencias en la vulneración de sus derechos*, que representan importantes insumos para los tomadores de decisión en todos los niveles organizativos de la institución y otras instancias del Gobierno.

Meta: Lograr una gobernanza en recursos humanos del sector salud.

Se consolidó la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos como la instancia de gobernanza intersectorial que define prioridades en el campo de los recursos humanos, revisa y actualiza el plan de implementación de la *Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos* y define las principales prioridades a considerar en el ámbito de la calidad en la educación y la planificación de los recursos humanos para contribuir al acceso universal a la salud en El Salvador.

Meta: Educación permanente como estrategia de mejoramiento de las competencias del talento humano.

En el marco del *Plan Nacional de Capacitación*, se mejoraron las competencias para el trabajo del personal de áreas administrativas, médicas y de enfermería, principalmente a través de: Diplomado en Epidemiología de Campo, Curso Básico en Epidemiología de Campo, Curso de Atención Integral de Salud en la Comunidad, Diplomado de Atención Primaria en Salud Integral, entre otros.

Regulación y legislación en salud

Meta: Contar con una Política Nacional de Salud actualizada y socializada.

Durante el periodo se realizó un esfuerzo masivo de socialización de la *Política Nacional de Salud 2015-2019* a nivel nacional.

Meta: Contar con un documento de propuesta de modificación de la ley actualmente vigente para la integración efectiva de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El MINSAL y las siete instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) entregaron a la Asamblea Legislativa el anteproyecto de *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud* en marzo de 2017.

Sistema Único de Información en Salud

Meta: Iniciar la integración del Sistema Único de Información en Salud en las entidades del sector.

Desde 2016, el ISSS está integrando en el SIMMOW la información sobre nacimientos y defunciones que ocurren en sus establecimientos; el Hospital Militar ha iniciado también el proceso de integración de sus hechos vitales.

De manera concomitante, se ha conformado un Comité Nacional de Estadísticas Vitales, en el que participan funcionarios del Registro Nacional de la persona Natural (RNPN), la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA), la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia (SETEPLAN) y el MINSAL, con el acompañamiento de Naciones Unidas (OPS-OMS y UNFPA).

Meta: Medir a través del SUIIS las desigualdades, geopsicionamiento y series temporales.

Se cuenta con una base de datos para medición de desigualdades, que incluye indicadores sanitarios, socioeconómicos y demográficos para la medición de inequidades para dengue, chikunguña, zika, embarazo adolescente, enfermedad real crónica (ERC), entre otros.

Con el fin de realizar una vigilancia epidemiológica oportuna y eficaz, se cuenta con series temporales para fiebre tifoidea, parasitismo intestinal, neumonía, infecciones respiratorias agudas, diarrea, conjuntivitis bacteriana, dengue y personas mordidas por animal transmisor de la rabia.

Desarrollo del talento humano

Meta: Contar con un programa de formación de especialistas y subespecialistas a ser ejecutado a partir de 2017.

En la Planificación Estratégica de la *Política de Recursos Humanos* se concluyó el diseño del modelo de planificación, obteniendo la proyección para las especialidades identificadas como críticas. Se finalizó el documento curricular de la especialidad de Anestesiología, para iniciar la formación de los primeros especialistas con grado académico en 2017. Se firmó un convenio con la Universidad de El Salvador.

Meta: Fortalecer las capacidades del personal de salud para la atención integral de las personas de acuerdo con las etapas del ciclo vital.

Más de 2000 trabajadores del MINSAL fueron capacitados en diferentes temáticas relacionadas con la atención integral a la persona en las distintas etapas del ciclo vital, incluyendo temas de salud mental, educación alimentaria y nutricional, salud materna y perinatal, medición de inequidades en salud con enfoque de determinación social, entre otros.

Salud ambiental

Meta: Fortalecer la capacidad del MINSAL en la vigilancia de la calidad y registro de alimentos.

La capacidad del MINSAL para vigilar la calidad e inocuidad de los alimentos para preservar la salud de la población se ha visto fortalecida mediante la puesta en marcha de un moderno sistema de registro sanitario, renovación y reconocimiento para alimentos y bebidas, y la ejecución del *Plan de Vigilancia de Productos Alimenticios*, en coordinación con la Defensoría del Consumidor.

Meta: Abordaje del cambio climático, gestión de riesgo e intersectorialidad.

Se creó la Unidad de Gestión Ambiental Institucional para la verificación del cumplimiento de la política de gestión ambiental, con lo que el MINSAL ha iniciado la ruta hacia el abordaje integral del cambio climático y los riesgos que este implica para la salud de la población.

Se puso en marcha el *Plan Nacional de Respuesta a Emergencias y Desastres con Enfoque Multiamenazas*, abordando la problemática del riesgo y sus causas de forma integral y marcando un hito en la historia de la prevención y atención ante los daños que los eventos adversos ocasionan a la salud de la población salvadoreña.

Meta: Seguridad del agua.

Personal de campo del MINSAL realizó múltiples inspecciones a sistemas de agua para verificar el cumplimiento de la normativa vigente (análisis físico-químicos, bacteriológicos y trazas de metales) con el fin de contribuir a la prevención de enfermedades de origen hídrico y asesorar a los proveedores comunales respecto de la necesidad de cuidar el bien común que representa el agua y su entorno. Se desarrollaron planes de seguridad del agua en los que se recogió la experiencia comunitaria en la gestión colectiva del agua para consumo humano. *Plan de monitoreo de todas las fuentes de aguas*, cerrando la brecha actual para los análisis físico-químicos, bacteriológicos y trazas de metales.

Solidaridad, relaciones internacionales y otros apoyos

Meta: Consolidar el apoyo y la cooperación internacional para la profundización de la Reforma de Salud.

La cooperación internacional ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la gestión institucional y a la capacitación y actualización del personal de salud, así como a la investigación científica y operativa en diversas áreas, en el marco de la Reforma de Salud, con el objetivo de profundizar su ejecución y lograr el impacto en el estado de salud de la población a mediano y largo plazos.

El proceso de Reforma de Salud liderado por el MINSAL ha sido reconocido a nivel internacional como un ejemplo de implementación de procesos novedosos y efectivos y de amplio alcance en el territorio nacional. En ese sentido, la participación de los titulares en foros regionales e internacionales ha puesto los avances del proceso de reforma en la mira de la comunidad internacional, que ha destacado los esfuerzos y los logros, lo que contribuye a priorizar los temas de salud que afectan a los países de la región de las Américas y a ponerlos en la agenda de la salud global.

Meta: Posicionamiento de la Reforma de Salud en el plano regional e internacional.

En los últimos tres años, la participación de los titulares en foros regionales e internacionales ha permitido poner en la mira de la comunidad internacional los avances del proceso de reforma, destacando los esfuerzos y los logros. Ello ha servido para abogar por el derecho humano y social a la salud y proponer estrategias novedosas para extender la cobertura y la garantía al acceso universal en salud, lo que contribuye a priorizar los temas sanitarios que afectan a los países de la región de las Américas y a ponerlos en la agenda internacional y regional para establecer nuevos elementos que fortalezcan la equidad en materia de salud pública.

Trabajo intersectorial

Meta: Fortalecer la participación intersectorial de manera sostenible y efectiva a través del abordaje de la determinación social de la salud.

En el seno de la CISALUD se plantearon propuestas como la formulación de políticas públicas saludables, el fortalecimiento de acción comunitaria, la creación de ambientes favorables, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios, así como el desarrollo de un modelo territorial que operativice las acciones acordadas desde este espacio, a fin de propiciar un mayor impacto en la salud de la población.

Uno de los principales acuerdos establecidos es la coordinación con COMURES para que los gobiernos locales inviertan en la creación o mejoramiento de espacios de convivencia pacífica, en la creación o fortalecimiento de capacidades en alianza con instituciones del Estado y la sociedad civil para afrontar, entre otros, temas como el embarazo en niñez y adolescencia, la violencia en población adolescente, el uso de tabaco, alcohol y drogas.

Unidad de Género y Salud

Meta: Avanzar en la transversalización del enfoque de género en las instancias del MINSAL, a nivel de la planificación y de la prestación de servicios de salud.

Se incrementó el número de establecimientos de salud que cuentan con un área especializada para la atención a personas víctimas de violencia sexual, así como la conformación de grupos de autoayuda para mujeres víctimas de este fenómeno social. Asimismo, se capacitó a más de 900 trabajadores de salud de las RIIS en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia en todas sus formas, lo que condujo al incremento del tamizaje para detección de violencia a mujeres inscritas para control prenatal de embarazadas hasta un 88 %. 

Plan estratégico institucional

El Ministerio de Salud, que reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, establece en el *Plan Estratégico Institucional* una serie de acciones que operativizan la *Política Nacional de Salud* vigente y el *Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: El Salvador Productivo, Educado y Seguro* (PQD). Su objetivo principal consiste en profundizar la Reforma de Salud y avanzar así hacia el acceso universal en salud y a la cobertura universal de la salud, a fin de garantizar el derecho humano a la salud y el bienestar de la población con justicia social y alto sentido humanitario.

Para el logro de este objetivo, la institución se basa en los siguientes principios: ética, transparencia, compromiso social, calidez, solidaridad, equidad y probidad. Un aspecto esencial de la Reforma de Salud es el empoderamiento de la ciudadanía para el ejercicio pleno de su derecho, así como en la defensa de sus logros. Los ocho ejes programáticos establecidos en el *Plan Estratégico Institucional* han sido alineados con los diez ejes estratégicos de la reforma de salud, que contribuyen al fortalecimiento del sistema público.

El *Plan Estratégico Institucional* responde (pero no se limita) a las cuatro metas estratégicas establecidas para el sector salud en el PQD: 1) lograr una razón de mortalidad materna por debajo de 35 por 100 000 nacidos vivos, 2) mantener una tasa de mortalidad infantil de ocho por mil nacidos vivos, 3) mantener la cobertura de va-

cunación del Programa Nacional de Inmunizaciones entre el 90 y el 95 % y 4) reducir en 3 puntos porcentuales el gasto directo en salud (de bolsillo) de los hogares con respecto al gasto nacional en salud (GNS).

Para avanzar gradualmente en su cumplimiento, en este periodo se han priorizado (sin menoscabo de otras acciones estratégicas que demanda el proceso de reforma) las siguientes acciones: 1) formulación e implementación del marco político-jurídico de la Reforma de Salud, 2) gestión a nivel nacional e internacional del incremento progresivo del presupuesto del MINISAL para fortalecer la Reforma de Salud, 3) revisión del marco jurídico de las instituciones del sector salud para la formulación e implementación del marco político-jurídico del Sistema Nacional Integrado de Salud, 4) estandarización e integración del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) con las entidades del sector, 5) ejecución de proyectos piloto de formación conjunta de médicos y médicas especialistas y subespecialistas, 6) remodelación, construcción, ampliación y reparación de infraestructura y equipamiento de diversos establecimientos de las Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS), 7) mejora de la salud materno-perinatal, 8) protección a las personas de las enfermedades prevenibles por vacunas, 9) reducción de la morbimortalidad de enfermedades infeccio-

sas transmitidas por vectores, 10) mejora de la atención en salud a las personas víctimas de violencia en todas sus formas, 11) fortalecimiento de la red nacional de farmacovigilancia, 12) fortalecimiento de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 13) realización de investigaciones y encuestas nacionales periódicas relacionadas con el sector salud, en función de las necesidades del SNS, 14) funcionamiento y equipamiento del Laboratorio Nacional de Referencia adscrito al INS-MINSAL, 15) gestión del fortalecimiento y profundización de las alianzas institucionales para diseñar y ejecutar un plan de abordaje de la determinación social de la salud a través de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), 16) mejoramiento de sistemas de aguas residuales, manejo de desechos bioinfectivos y otras acciones encaminadas a fortalecer el manejo adecuado de factores ambientales en la red de establecimientos de salud del MINSAL,

17) ejecución y desarrollo de la vigilancia intersectorial e interinstitucional de las inequidades en salud, 18) fortalecimiento de la Oficina del Derecho a la Salud y establecimiento de mecanismos de participación y contraloría social, con el fin de evitar abusos a las personas que usan el sistema de salud.

De esta manera, el *Plan Estratégico Institucional* constituye un escenario de entendimiento entre el MINSAL y los diferentes actores intra e intersectoriales, agencias de cooperación, organismos multilaterales, instituciones formadoras de recurso humano en salud, instituciones del Estado, institutos de investigación, organizaciones no gubernamentales, y otras, para orientar conjuntamente los esfuerzos hacia la consolidación de la Reforma de Salud, constituyéndose adicionalmente en un instrumento de gestión financiera y de integración del SNS. 

Cuentas en salud y presupuesto institucional

Principales indicadores de cuentas en salud (2007-2016)

La información económica del sector salud de El Salvador es generada anualmente por la Unidad de Economía del MINSAL¹, quien clasifica y consolida anualmente la información derivada del Sistema de Administración Financiera (SAFI) del Ministerio de Hacienda relativa a las entidades públicas del sector (MINSAL y sus entidades adscritas: ISSS, ISBM, CSSP, DNM, empresas públicas y gobiernos municipales). También forma parte de este consolidado la información que procede directamente de otras entidades públicas que disponen de estadísticas económicas relacionadas con el sector salud (COSAM, SSF, DIGESTYC y BCR de El Salvador).

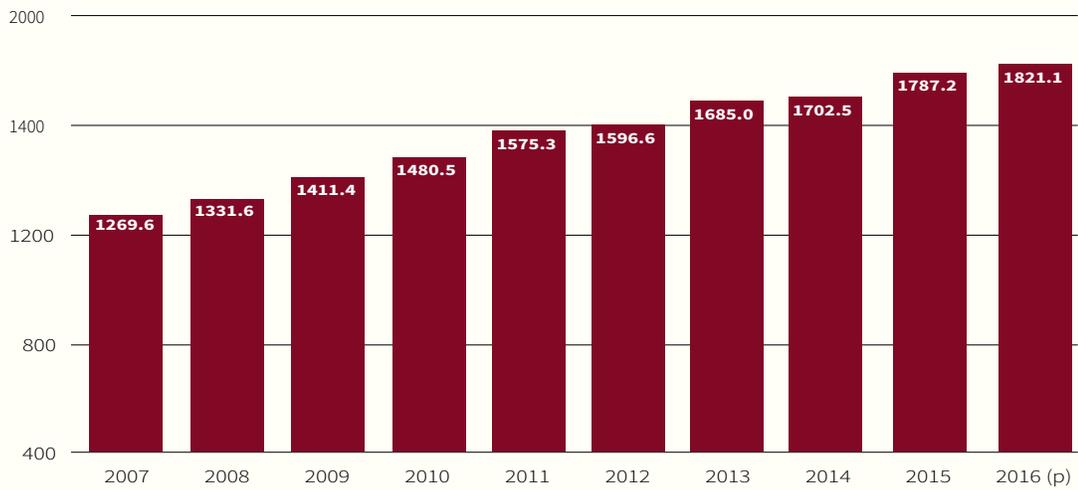
1. La Unidad de Economía de la Salud (UES) es una dependencia de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud.

Desde 1996 a 2016², el MINSAL estima indicadores clave para medir el desempeño del Sistema Nacional de Salud y la inversión en salud, entre ellos: gasto nacional en salud (GNS), gasto público en salud (GpúbS), gasto privado en salud (GPrivS), gasto per cápita en salud (GPercS), gasto de bolsillo de los hogares en salud (GBHS), y su relación con el gasto público total y el producto interno bruto (PIB) del país. A manera de resumen, se presentan a continuación los principales indicadores derivados de cuentas en salud para el periodo 2007-2016.

En el **GRÁFICO 1**, el gasto nacional en salud se presenta en valores corrientes e incluye el gasto público y el gasto privado en salud, y en el **GRÁFICO 2**, lo que este representa con relación al producto interno bruto (PIB).

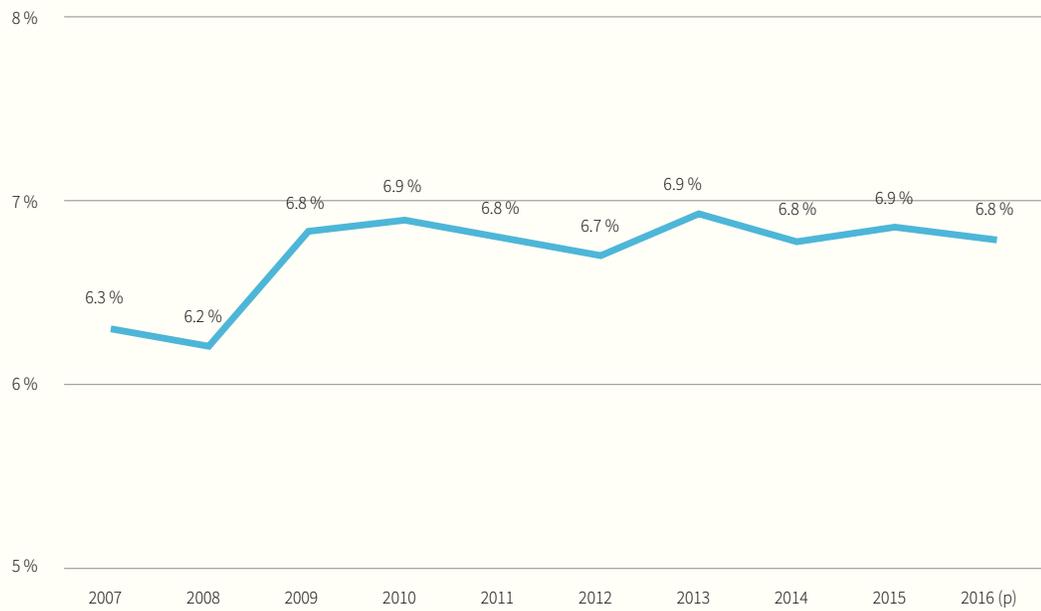
2. Cabe señalar que la información de 2016 está a nivel preliminar. Hace falta incluir las cifras del gasto en salud de los gobiernos municipales y empresas públicas.

GRÁFICO 1. GASTO NACIONAL EN SALUD. 2010-2016 (EN MILLONES DE US\$ CORRIENTES)



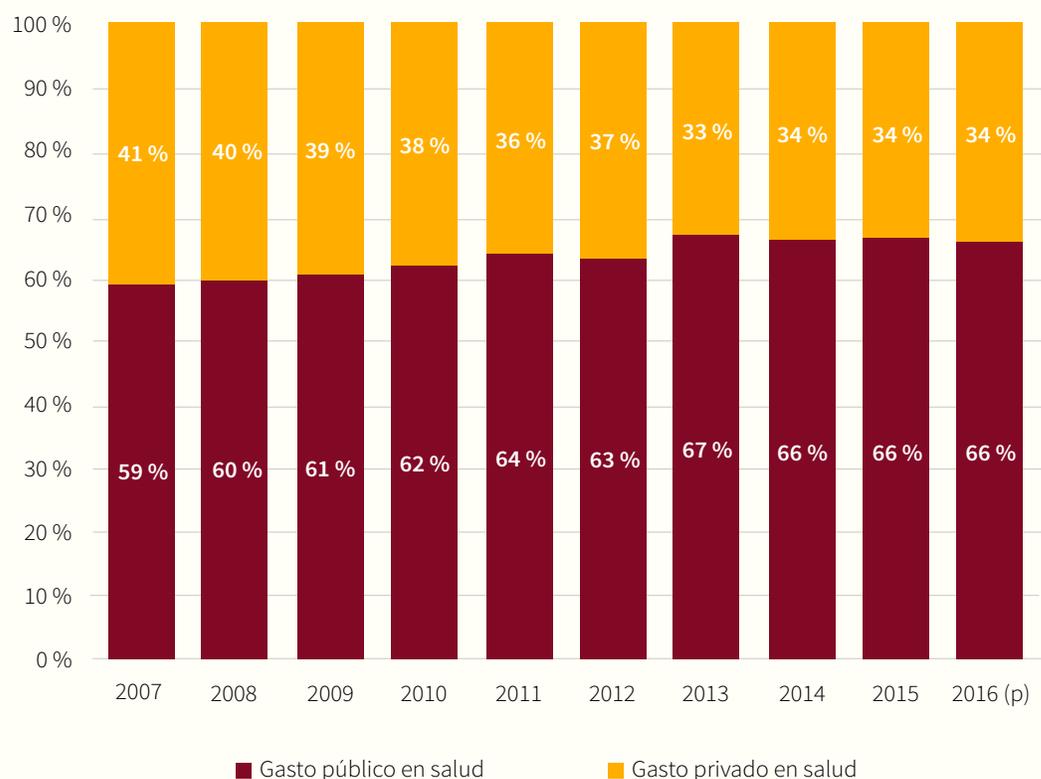
Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

GRÁFICO 2. EL SALVADOR. EVOLUCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

GRÁFICO 3. COMPOSICIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD. 2007-2016



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

La información estimada indica que el GNS se incrementó, en términos nominales, en un 43 % durante el periodo 2007 a 2016, pasando de US\$ 1270 millones en 2007 a US\$ 1821.1 millones en 2016 (cifras preliminares). El GNS en relación al PIB pasó de 6.3 % en 2007 a 6.8 % en 2016.³

El análisis de la composición del GNS de un país, es decir, cuánto es financiado por el sector público y cuánto por el sector privado (empresas de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo de los hogares), permite evaluar la equidad en el financiamiento de la salud (GRÁFICO 3).

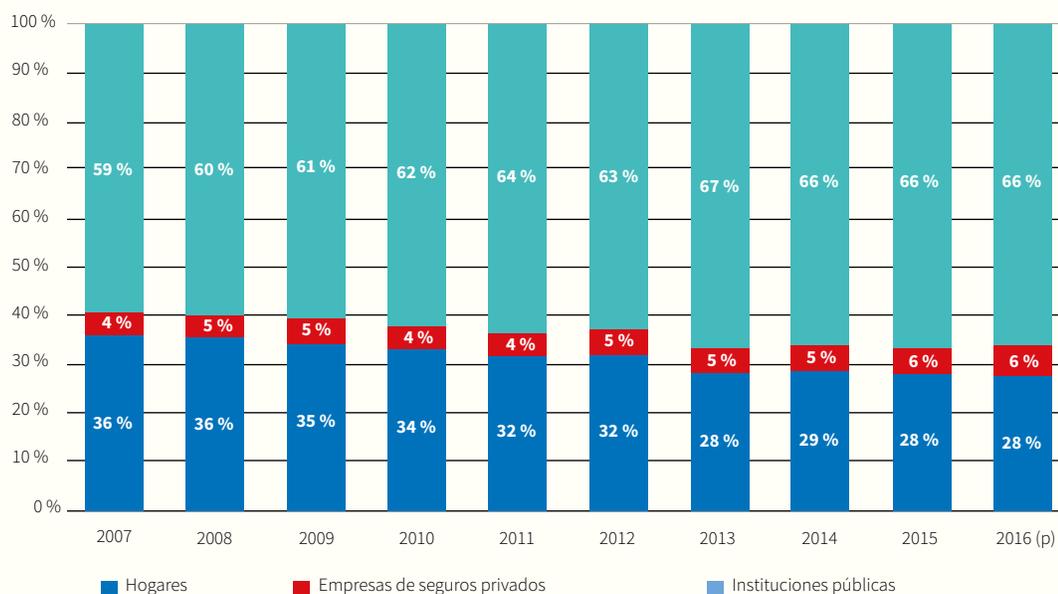
Para el periodo en mención, el GPúbS⁴ ha representado cerca de las dos terceras partes del GNS (63.4 %, como promedio del periodo), lo cual refleja el esfuerzo sostenido por incrementar paulatinamente la inversión en salud con recursos públicos, tal como se plantea en la Reforma de Salud. Contrariamente, el GPrivS ha ido disminuyendo su importancia relativa: para 2016 alcanzó el 34 % del GNS, mientras que en 2007 representaba el 41 % del GNS, es decir, una reducción de 7 puntos.

Para una mejor identificación de la composición del GNS en el país, en el GRÁFICO 4 se

3. El indicador GNS-PIB está influido por las diferencias en la tasa de crecimiento anual de ambas variables.

4. Son parte del GpúbS los gastos en salud del Ministerio de Salud (MINSAL) y de la red de entidades adscritas: ISSS, ISBM, COSAM, DNM, CEFAFA, CSSP y los que ejercen los gobiernos locales y las empresas públicas.

GRÁFICO 4. COMPOSICIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD DE EL SALVADOR POR AGENTES DE FINANCIAMIENTO, 2007-2016



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

presenta la composición del GNS desde la óptica de los agentes de financiamiento (empresas de seguros, hogares e instituciones públicas).

La información revela la tendencia a la disminución relativa dentro del GNS que han experimentado los aportes del GBHS⁵ en estos años, pasando del 36 % en 2007 al 28 % en 2016, en cumplimiento de la meta establecida en el *Plan Quinquenal de Desarrollo: El Salvador productivo, educado y seguro (2014-2019)*⁶. Tal condición es el reflejo del acercamiento de las estrategias impulsadas para controlar el precio de los medicamentos, el acercamiento de los servicios de salud a los secto-

res más vulnerables, la eliminación de los aportes económicos de las familias en los establecimientos del MINSAL, los esfuerzos por incrementar la cobertura poblacional en los sistemas de aseguramiento público y, en definitiva, la tendencia a mejorar las asignaciones presupuestarias al sector salud. Considerando que la meta de este quinquenio es disminuir en tres puntos el GBHS, se está en camino de lograrlo.

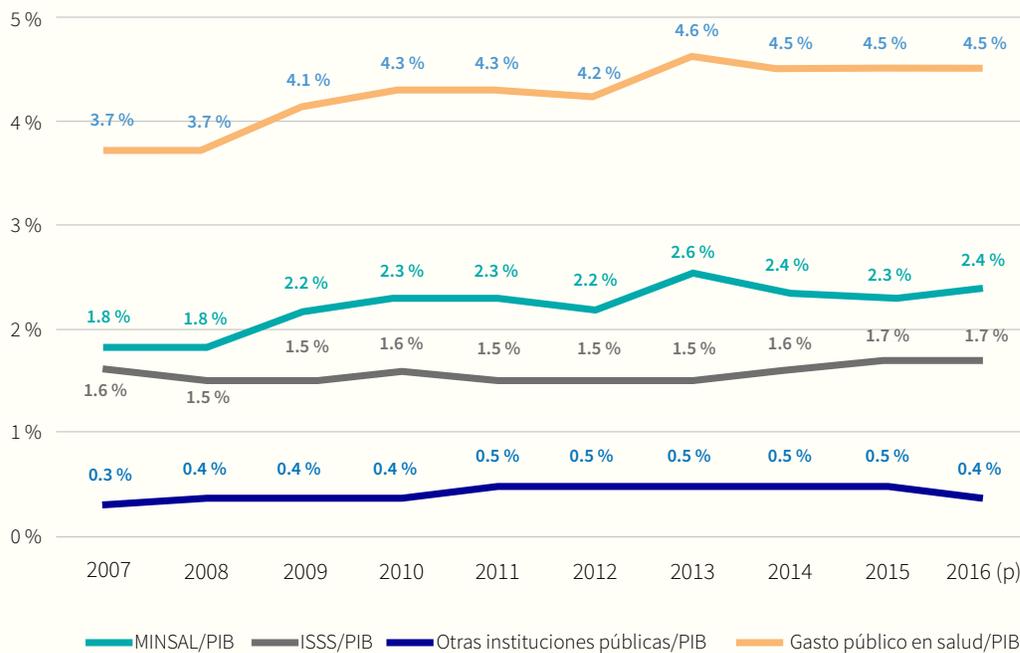
En el **GRÁFICO 5** se presenta el GpúbS, así como el gasto en salud del MINSAL, el ISSS y otras instituciones públicas en relación al PIB.

Las cifras indican que el GPúbS pasó de representar el 3.7 % del PIB en 2007 al 4.5 % en 2016, situación que ubica a El Salvador en la ruta de avanzar en la Estrategia Regional de Acceso Universal en Salud y Cobertura Universal de la Salud, un compromiso de país, cuyo objetivo establece elevarlo al 6 % del PIB, como requisito mínimo para alcanzar la cobertura universal en salud.

5. El GBHS es una estimación realizada para establecer el gasto directo de los hogares para financiar servicios de salud (exámenes de laboratorio, pago de honorarios médicos, compra de medicamentos y otros gastos en salud). Para mejorar las estimaciones de dicha variable se precisa contar con una nueva Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH).

6. En el PQD plantea como meta reducir en tres puntos porcentuales el GBHS con respecto al GNS.

GRÁFICO 5. GASTO PÚBLICO EN SALUD E INSTITUCIONAL COMO PORCENTAJE DEL PIB (2007-2016)



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

En lo que respecta al MINSAL, el gasto en salud (incluyendo todas las fuentes de financiamiento, las subvenciones y subsidios a entidades adscritas y de asistencia social) pasó de 1.6 % en 2007 a 2.4 % del PIB en 2016. Sus aportes representan el 53.5 % del total del GPúbS en El Salvador.

La otra entidad pública cuyos aportes en salud son significativos es el ISSS. Sus gastos en salud representaron para 2016 1.7 % del PIB, equivalentes a más de la tercera parte del GPúbS. El gasto en salud del resto de entidades públicas (sin incluir aún los gobiernos municipales y empresas públicas) alcanzó el 0.4 % del PIB en 2016. Estos datos demuestran la inequidad en la financiación de la salud como efecto de un sistema de salud que permanece segmentado.

Otro indicador de suma importancia para medir la relevancia del GpúbS es la proporción

que este representa dentro de los gastos del gobierno general (GGG). Para 2016, las cifras indican que el GPúbS representó el 16.2 % del GGG (GRÁFICO 6).

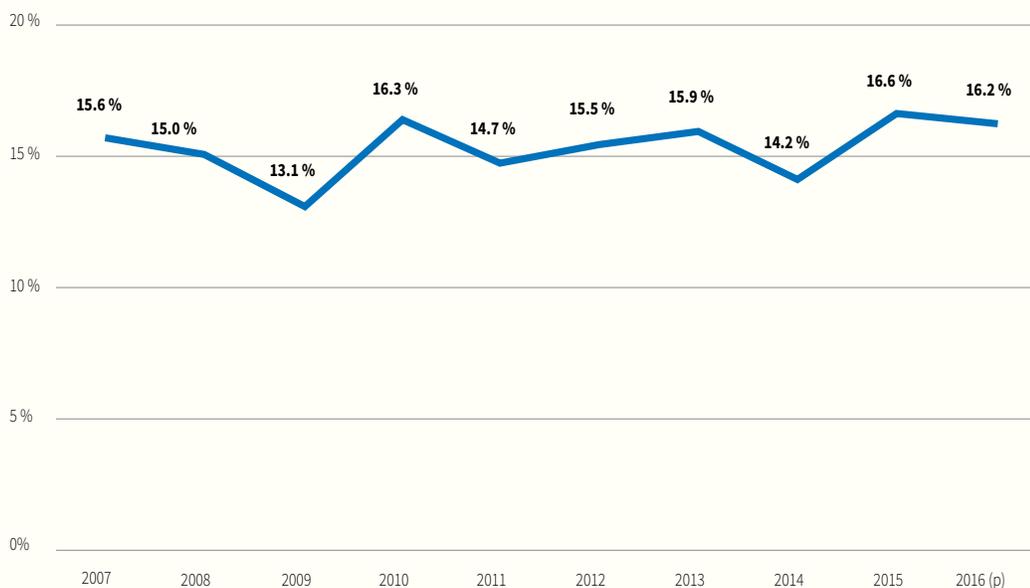
Con el objeto de visualizar el crecimiento del GpúbS y de GprivS en el país, según cada institución o agente, en las tablas 1 y 2 se presenta el detalle de dicha información (en valores corrientes y como porcentaje del GNS) para el periodo 2007 a 2016.

Como puede observarse, el MINSAL y el ISSS explican el 60 % del GNS para 2016, tendencia observada en el periodo. Por tanto, cualquier variación (positiva o negativa) en el nivel de asignación y ejecución presupuestaria de ambas entidades tiene un impacto directo y significativo en el total del GNS y del GPúbS del país.



Inauguración del área de cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional General San Juan de Dios, Santa Ana, mayo de 2017.

GRÁFICO 6. EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO DEL GOBIERNO GENERAL



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

TABLA 1. GASTO NACIONAL EN SALUD, SEGÚN INSTITUCIONES Y AGENTES (EN MILLONES DE US\$)

Institución/agente	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto público en salud	752.9	794.4	854.1	981.9	1001.4	1002.7	1123.8	1120.7	1185.1	1200.8
MINSAL	366.4	391.3	449.4	493.6	532.7	522.1	623.3	588.8	609.5	641.9
ISSS	321.9	322.9	317.2	333.9	356.1	357.3	373.4	404	430.5	459.9
ISBM	22.4	29.1	28.6	34.1	50.1	54.6	51.6	51.9	61.6	55.4
Sanidad Militar	15.7	16.3	17.2	19.2	19.2	20.6	23.6	19.1	19.4	20.9
Consejo Superior de Salud Pública	1.9	2.0	2.2	2.5	2.7	2.5	1.9	1.9	2.0	2.1
Dirección Nacional de Medicamentos						1.7	3.4	4.7	6.5	6.9
CEFAFA	7.4	8.7	8.9	9.1	10.9	13.9	11.5	11.4	13.6	12.0
Otras entidades públicas	5.9	10.0	14.1	4.8	8.2	5.9	6.1	6.2	7.9	1.7
Gobiernos locales	3.6	5.3	5.0	8.6	7.7	10.8	12.7	12.4	9.3	ND
Empresas públicas	7.9	8.8	11.4	13.1	14.0	13.3	16.2	20.5	24.8	ND
Gasto privado en salud	516.8	537.2	557.4	561.7	573.9	593.9	561.2	581.8	602.0	620.3
Hogares	459.9	476.9	490.1	497.5	505.3	517.2	479.2	490.7	497.8	506.4
Empresas de seguros privados	56.8	60.3	67.2	64.1	68.6	76.7	82.1	91.1	104.3	113.9
Gasto nacional en salud	1269.6	1331.6	1411.4	1480.5	1575.3	1596.6	1685.0	1702.5	1787.2	1821.1

(1): En términos generales, las cifras de gasto del MINSAL reportadas en cuentas en salud tienen algunas variaciones, no significativas, respecto a las presentadas por UFI/MINSAL, en el apartado de presupuesto institucional del presente Informe de labores. La razón de ello se explica por la metodología utilizada en cuentas en salud, cuya elaboración implica considerar todas las fuentes de financiamiento y los gastos devengados desde el presupuesto especial de las entidades descentralizadas.

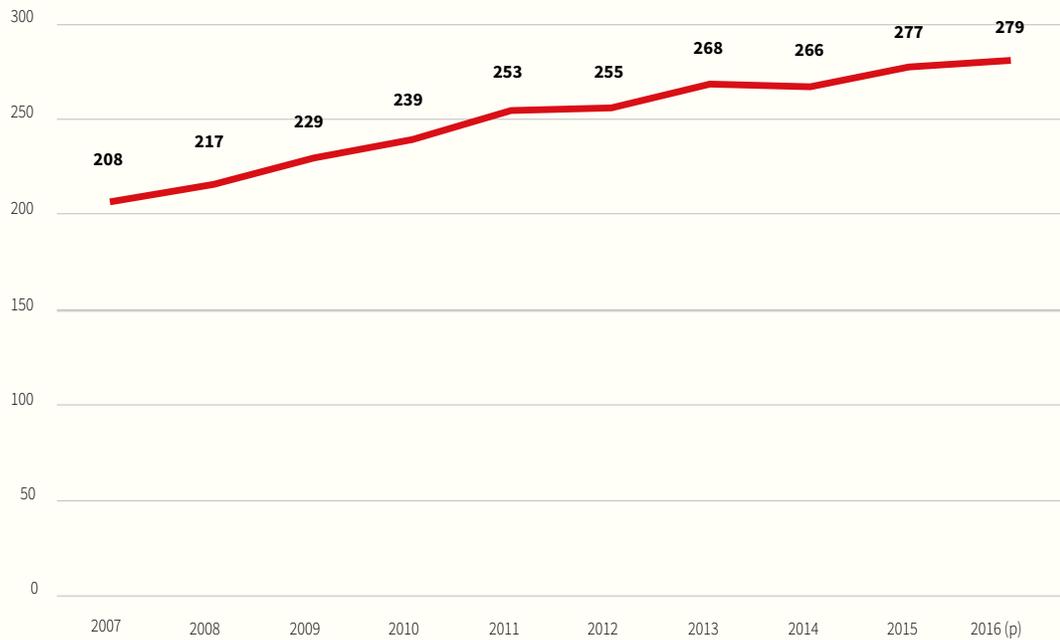
Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

TABLA 2. GASTO NACIONAL EN SALUD, SEGÚN INSTITUCIONES Y AGENTES

Institución/agente	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto público en salud	59%	60%	61%	62%	64%	63%	67%	66%	66%	66%
MINSAL	29%	29%	32%	33%	34%	33%	37%	35%	34%	35%
ISSS	25%	24%	22%	23%	23%	22%	22%	24%	24%	25%
ISBM	2%	2%	2%	2%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Sanidad Militar	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Consejo Superior de Salud Pública	0%	0%	0%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Dirección Nacional de Medicamentos						0.1%	0.2%	0.3%	0.4%	0.4%
CEFAFA	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.9%	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%
Otras entidades públicas	0.5%	0.7%	1.0%	0.3%	0.5%	0%	0%	0%	0%	0%
Gobiernos locales	0.3%	0.4%	0.4%	0.6%	0.5%	0.7%	0.8%	0.7%	0.5%	0%
Empresas públicas	0.6%	0.7%	0.8%	0.9%	0.9%	0.8%	1.0%	1.2%	1.4%	0%
Gasto privado en salud	41%	40%	39%	38%	36%	37%	33%	34%	34%	34%
Hogares	36%	36%	35%	34%	32%	32%	28%	29%	28%	28%
Empresas de seguros privados	4%	5%	5%	4%	4%	5%	5%	5%	6%	6%
Gasto nacional en salud				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

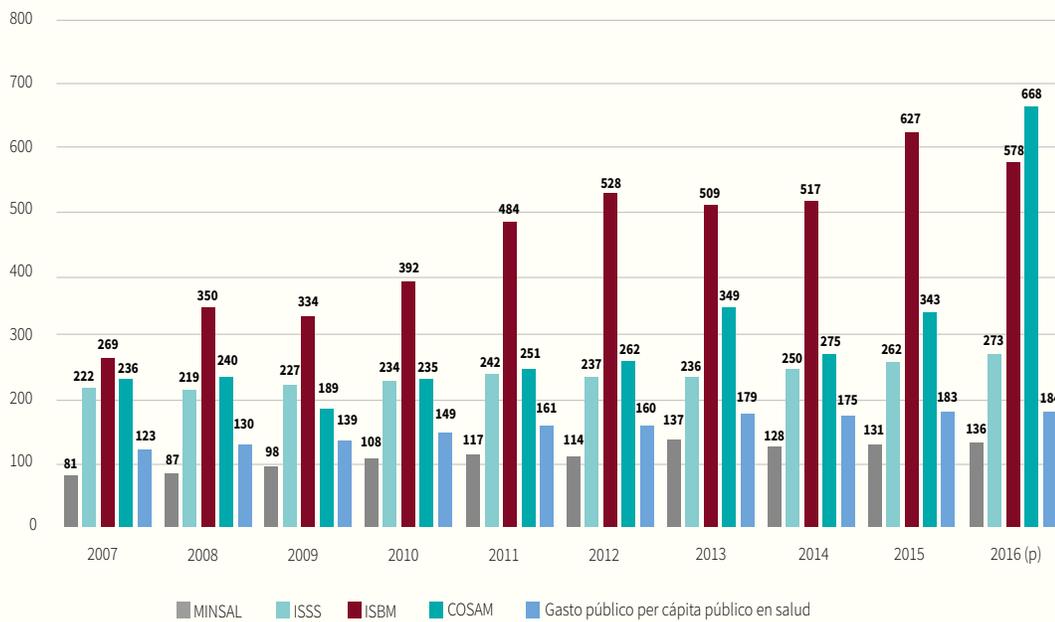
Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

GRÁFICO 7. EVOLUCIÓN DEL GASTO NACIONAL PER CÁPITA EN SALUD (EN DÓLARES)



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

GRÁFICO 8. GASTO PER CÁPITA INSTITUCIONAL EN SALUD (EN DÓLARES)



Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación del MINSAL.

Otros indicadores derivados de las cuentas en salud que permiten observar la equidad en la distribución del gasto en salud son el gasto per cápita en salud (GPercS) y el gasto per cápita institucional en salud (GPerIS). Dichos indicadores se presentan en los gráficos 7 y 8, respectivamente.

El GpercS, que es la resultante de dividir el total del GNS entre la población salvadoreña del año considerado, pasó de US\$ 208 (2009) a US\$ 279 (2016), incrementándose en un 17 % en el periodo considerado.

Sin embargo, las cifras del GPerIS (GRÁFICO 8) muestran que, pese a los esfuerzos de los últi-

mos años, el GPercIS del MINSAL sigue estando por debajo del GPerIS del resto de entidades públicas del sector, cuyas coberturas poblacionales son sensiblemente menores. Esta situación representa un reto importante en términos del logro de la equidad en la distribución del gasto público en salud en el país y la protección financiera en salud en población no asegurada.

La información derivada de cuentas en salud le permite al país contar con una serie de larga data (1996-2016), cuya publicación con mayor nivel de detalle está prevista para 2017.

TABLA 3. TOTAL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DISPONIBLE MODIFICADO DEL MINSAL, INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO, PERIODO 2007-2017 (EN MILLONES DE US\$)

Total Presupuesto por fuente de financiamiento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
	En millones US\$										
Fondo general (GOES)	307.10	329.4	328.4	384.4	488.3	483.8	556.2	552.6	585.32	609.70	589.99
Préstamos externos	41.40	40.2	105.1	76.2	38.5	45.3	50.8	50.6	33.55	26.00	37.53
Donaciones	6.7	13.2	8.2	12.8	13.3	15.1	22.1	19.5	15.18	18.71	14.63
Recursos propios	14.80	14.8	15.5	11.3	11.5	14.6	14.7	17.8	17.89	18.17	16.34
Fondos de Actividad Especiales	1.4	1.7	1.7	1.7	2.3	2.3	2.6	3.9	3.97	4.32	4.06
Total presupuesto modificado	371.4	399.3	458.9	486.4	553.9	561.1	646.5	644.4	655.90	676.88	662.55
Tasa de crecimiento anual	8 %	8 %	15 %	6.0 %	13.9 %	1.3 %	15.2	-0.3 %	1.8 %	3.2 %	-2.1 %
Fuente de financiamiento	En porcentaje										
Fondo general (GOES)	82.69 %	82 %	72 %	79 %	88 %	86 %	86 %	87 %	89.2 %	90.1 %	89.0 %
Préstamos externos	11.15 %	10 %	23 %	16 %	7 %	8 %	8 %	8 %	5.1 %	3.8 %	5.7 %
Donaciones	1.80 %	3 %	2 %	3 %	2 %	3 %	3 %	2 %	2.3 %	2.8 %	2.2 %
Recursos propios	3.98 %	4 %	3 %	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	2.7 %	2.7 %	2.5 %
Fondos de Actividad Especiales	0.38 %	0.4 %	0.4 %	0.3 %	0.4 %	0.4 %	0.4 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

(*) Para los años 2011 al 2016 se presenta el presupuesto modificado al cierre de cada ejercicio.

(p) Para 2017, se presenta el presupuesto modificado a marzo.

Evolución del presupuesto institucional

En este apartado se presenta el presupuesto institucional disponible del MINSAL, conformado por el presupuesto ordinario, el presupuesto extraordinario de inversión social (PEIS), el presupuesto de recursos propios, el presupuesto del Fondo de Actividades Especiales (FAE) y el presupuesto de donaciones de organismos internacionales, que se administran extrapresupuestariamente.

Con el fin de verificar la tendencia del total del presupuesto institucional disponible (cifras modificadas) del MINSAL, considerando todas las fuentes de financiamiento, se presenta en la TABLA 3 su evolución, en cifras nominales, durante el periodo 2007 a 2017. El PEIS finalizó en 2016, por lo que para 2017 no se incluyen asignacio-

nes con cargo a este presupuesto en la fuente del fondo general.

En este periodo, el presupuesto del MINSAL, cuya principal fuente de financiamiento es el Fondo General, pasó de US\$ 371.4 millones en 2007 a US\$ 662.55 millones en 2017, lo que ha significado un incremento total de US\$ 291.15 millones, con una tendencia al crecimiento en cada ejercicio fiscal entre el 82.69 % (2007) y el 89.0 % (2017) del presupuesto total de esta cartera de Estado.

Los préstamos externos son la segunda fuente de mayor representación: 11.15 % en 2007 y 5.7 % en 2017. Sin embargo, han ido disminuyendo durante la evolución del presupuesto debido a la finalización de los proyectos. Similar comportamiento reflejan las otras fuentes de financiamiento, como donaciones, recursos propios y FAE.

GRÁFICO 9. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO VOTADO, MODIFICACIONES Y PRESUPUESTO MODIFICADO DEL MINSAL ORDINARIO. INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN MILLONES DE US\$), PERIODO 2007-2017



Fuente: Unidad Financiera Institucional. Para 2017, se presenta presupuesto modificado a marzo.

TABLA 4. PRESUPUESTO MODIFICADO DEL MINSAL, SEGÚN PRINCIPALES TIPOS DE GASTO.
INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN MILLONES DE US\$), PERIODO 2007-2017

Tipos de gasto Descripción	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Remuneraciones	216.20	235.70	256.52	272.68	313.64	341.12	368.18	387.88	415.69	439.69	464.55
Productos farmacéuticos y medicinales	38.80	28.70	53.96	57.41	43.47	40.58	62.01	47.42	55.26	53.27	34.50
Insumos médicos	18.90	19.34	30.75	25.70	32.85	34.55	39.12	33.51	40.27	42.42	31.55
Vacunas para humanos	4.60	8.17	8.24	8.57	18.78	14.46	12.81	15.87	13.62	11.42	9.08
Alimento para humanos	3.93	7.28	7.20	6.24	6.81	8.32	8.36	7.45	8.84	8.96	6.35
Combustibles y lubricantes	3.61	4.52	4.24	4.33	4.96	6.33	6.95	6.00	4.99	3.91	2.70
Servicios básicos	6.97	6.85	8.92	9.16	11.14	13.14	13.21	13.65	12.76	11.35	11.99
Mantenimiento y rep. de bienes muebles, inmuebles	2.85	2.57	3.13	3.83	4.10	4.56	5.48	5.20	5.70	11.02	8.76
Arrendamiento bienes muebles e inmuebles	1.94	1.97	2.64	2.95	3.54	3.45	4.14	4.82	4.74	4.56	4.22
Inversiones en activos fijos	45.52	46.53	46.81	47.58	73.31	47.04	76.12	71.16	44.88	43.51	41.36
Otros gastos	28.08	37.66	36.58	47.99	41.30	47.53	50.08	51.47	49.17	46.77	47.50
Total general	371.40	399.29	458.99	486.44	553.89	561.08	646.45	644.42	655.91	676.88	662.55
Tipos de gasto	En porcentaje										
Remuneraciones	58.2 %	59 %	55.9 %	56.1 %	56.6 %	60.8 %	57.0 %	60.2 %	63.4 %	65.0 %	70.1 %
Productos farmacéuticos y medicinales	10.4 %	7.2 %	11.8 %	11.8 %	7.8 %	7.2 %	9.6 %	7.4 %	8.4 %	7.9 %	5.2 %
Insumos médicos	5.1 %	4.8 %	6.7 %	5.3 %	5.9 %	6.2 %	6.1 %	5.2 %	6.1 %	6.3 %	4.8 %
Vacunas para humanos	1.2 %	2.0 %	1.8 %	1.8 %	3.4 %	2.6 %	2.0 %	2.5 %	2.1 %	1.7 %	1.4 %
Alimento para humanos	1.1 %	1.8 %	1.6 %	1.3 %	1.2 %	1.5 %	1.3 %	1.2 %	1.3 %	1.3 %	1.0 %
Combustibles y lubricantes	1.0 %	1.1 %	0.9 %	0.9 %	0.9 %	1.1 %	1.1 %	0.9 %	0.8 %	0.6 %	0.4 %
Servicios básicos	1.9 %	1.7 %	1.9 %	1.9 %	2.0 %	2.3 %	2.0 %	2.1 %	1.9 %	1.7 %	1.8 %
Mantenimiento y rep. de bienes muebles, inmuebles	0.8 %	0.6 %	0.7 %	0.8 %	0.7 %	0.8 %	0.8 %	0.8 %	0.9 %	1.6 %	1.3 %
Arrendamiento bienes muebles e inmuebles	0.5 %	0.5 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.7 %	0.7 %	0.7 %	0.6 %
Inversiones en activos fijos	12.3 %	11.7 %	10.2 %	9.8 %	13.2 %	8.4 %	11.8 %	11.0 %	6.8 %	6.4 %	6.2 %
Otros gastos	7.6 %	9.4 %	8.0 %	9.9 %	7.5 %	8.5 %	7.7 %	8.0 %	7.5 %	6.9 %	7.2 %
Total general	100 %										

Fuente: Unidad Financiera Institucional

(p) Para 2017, se presenta el presupuesto modificado a marzo.

Las modificaciones presupuestarias que se reflejan en el **GRÁFICO 10** corresponden al efecto neto de aumentos o disminuciones aplicadas durante la ejecución de los diferentes presupuestos en cada año. Como puede observarse, el presupuesto en salud a partir de 2009 se ha duplicado para 2017, como efecto del fortalecimiento del sistema público y la prioridad del Gobierno en el área social. En cuanto a 2016, se incorporaron asignaciones adicionales para concluir la ejecución de proyectos de inversión, como los proyectos financiados con el PEIS, para concluir la construcción del Hospital Nacional de la Mujer, con préstamo BCIE, Programa Integrado de Salud (PRIDES), préstamo BID n.º 8076-SV y otras donaciones de organismos internacionales, como el Fondo de Desarrollo Social de Japón, el Fondo Común de Apoyo Programático (FOCAP), entre otros. Asimismo, fueron incorporados recursos para fortalecer la atención médica a víctimas de violencia en la red hospitalaria a nivel nacional

con fondos de la Contribución Especial para Seguridad Ciudadana y Convivencia.

En la **TABLA 4** se presenta la distribución del total de los presupuestos disponibles modificados del MINSAL por principales tipos de gasto, considerando todas las fuentes de financiamiento.

En la tabla anterior se puede evidenciar que el mayor porcentaje de presupuesto se destina al rubro de remuneraciones, que oscila entre el 58.2 % (2007) y el 70.1 % (2017), considerando que la fuerza laboral del MINSAL es la que realiza la prestación de servicios de salud a la población y el efecto de la aplicación del escalafón, que para 2017 se hizo efectivo en el incremento salarial (4 % y 5 %) a los trabajadores con salarios menores de US\$ 2000.00, en cumplimiento al decreto legislativo 590. El presupuesto institucional del MINSAL se destina en su mayoría a los diferentes establecimientos de salud, los cuales se clasifican por nivel de complejidad en niveles de atención (**TABLA 5**).

La problemática del escalafón

El escalafón promulgado en 1994 ha generado con su aplicación graves inequidades salariales y fue aplicado irregularmente por los gobiernos neoliberales (5 años 4 meses de 10 años de gobierno). Durante los ocho años de reforma, iniciados en 2009, el escalafón se aplicó a profundidad y sin interrupción, con excepción del último año a causa de la crisis fiscal derivada del desfinanciamiento de los bonos, lo que generó una problemática que propició un debate tras el cual las partes acordaron que fuera revisado y modificado para hacerlo más justo y acorde con la situación financiera nacional.

TABLA 5. TOTAL DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DISPONIBLE MODIFICADO DEL MINSAL (PRESUPUESTO ORDINARIO Y OTROS TIPOS DE PRESUPUESTOS) SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN. INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN MILLONES DE DÓLARES). PERIODO 2008-2017

Niveles de atención	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
	(En millones US\$)									
Primer nivel de Atención	140.18	161.18	162.61	217.29	221.13	257.32	252.46	249.23	244.55	253.81
Segundo Nivel de Atención	166.63	192.2	197.38	181.46	187.32	225.38	233.55	229.82	223.76	219.37
Tercer Nivel de Atención	70.76	85.07	92.64	122.93	123.03	143.08	122.03	125.85	115.77	115.12
Secretaría de Estado	21.74	20.53	33.83	32.22	29.60	20.67	36.38	51.00	92.81	74.26
Total	399.31	458.98	486.46	553.89	561.08	646.45	644.42	655.91	676.89	662.56
Niveles de atención	(En porcentaje)									
Primer Nivel de Atención	35 %	35 %	33 %	39 %	39 %	40 %	39 %	38 %	36 %	38 %
Segundo Nivel de Atención	42 %	42 %	41 %	33 %	33 %	35 %	36 %	35 %	33 %	33 %
Tercer Nivel de Atención	18 %	19 %	19 %	22 %	22 %	22 %	19 %	19 %	17 %	17 %
Secretaría de Estado	5 %	4 %	7 %	6 %	5 %	3 %	6 %	8 %	14 %	11 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(p) Para 2017, se presenta el Presupuesto Modificado a marzo.

Fuente: Unidad Financiera Institucional

Tal como puede observarse en la **TABLA 5**, el Primer Nivel de Atención comprende el presupuesto para las Regiones de Salud, que están conformadas por los Sistemas Básicos de Salud y estos, a su vez, por las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en sus tres clasificaciones, con sus respectivos Equipos Comunitarios de Salud Familiar (UCSF), sedes de Ciudad Mujer, Hogares de Espera Materna y otros. Para el adecuado funcionamiento de estos establecimientos, en 2017 se asignó US\$ 253.81 millones, que representan el 38 % del total del presupuesto institucional disponible del MINSAL. La red hospitalaria (hospitales básicos, departamentales, regionales y especializados) fue objeto de una asignación de US\$ 334.49 millones (50 % del

total), en concordancia con los altos costos y la naturaleza de la atención hospitalaria. El 11 % restante fue asignado a la secretaría de Estado.

Ejecución del presupuesto institucional, 2007-2017

En el **GRÁFICO 10** se presenta el nivel de ejecución alcanzado durante el periodo 2007-2017, con cifras que superan el 90 %. Para 2017 se reporta un porcentaje de ejecución a marzo del 11 %, considerando todos los tipos de presupuestos y fuentes de financiamiento que componen el presupuesto institucional, incluyendo el rubro de inversión.

GRÁFICO 10. PRESUPUESTO DISPONIBLE MODIFICADO Y EJECUTADO DEL MINSAL.
 INCLUYE TODOS LOS TIPOS DE PRESUPUESTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO
 (EN MILLONES DE DÓLARES). PERIODO 2007-2017



Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
% de ejecución	97%	96%	96%	98%	96%	93%	96%	92%	93%	95%	11%

(p) Cifras preliminares a marzo de 2017.

Fuente: Unidad Financiera Institucional. Para 2017, se presenta presupuesto modificado a marzo

Ejecución presupuestaria 2016

El presupuesto del ramo para este año, considerando todos los presupuestos y fuentes de financiamiento, inició con un monto de US\$ 657.67 millones, que sufrió diferentes modificaciones, entre ellas un incremento neto de US\$ 19.21 millones, que lo elevó al final del ejercicio fiscal a US\$ 676.87 millones, según se muestra en detalle en la TABLA 6.

Según se muestra en la TABLA 6, el incremento neto al presupuesto ordinario fue de US\$ 4.44 millones, que elevó dicho presupuesto a US\$ 632.25 millones al final del ejercicio fiscal. Este incremento corresponde principalmente a incorporaciones

al presupuesto de fondos provenientes de préstamos externos para concluir la construcción del Hospital Nacional de la Mujer, con préstamo BCIE, Reconstrucción de Infraestructura Dañada por el Huracán IDA, Programa Integrado de Salud (PRI-DES), Préstamo BID n.º 2347/OC-ES y otras donaciones de organismos internacionales, como el FOCAP, Mesoamérica, entre otros.

Es importante aclarar que el incremento en las asignaciones de Secretaría de Estado-01 Dirección y Administración Institucional (US\$ 38.76 millones) corresponde a los recursos que fueron ejecutados de manera centralizada para financiar la compra conjunta de medicamentos y vacunas de los establecimientos de salud.

Por otra parte, en cuanto al PEIS, 51-Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud, en el transcurso del ejercicio fiscal 2016 se incorporó el monto de US\$ 6.50 millones destinados al mejoramiento de la red de establecimientos del MINSAL. Asimismo fueron asignados recursos

provenientes de donaciones del Fondo Franco Salvadoreño por US\$ 0.26 millones, otorgado a través del Ministerio de Hacienda y destinado a la ejecución del proyecto 6546-Mantenimiento de Infraestructura de Establecimientos de Salud en el Departamento de Morazán.

TABLA 6. EJECUCIÓN PRESUPUESTO DEL MINSAL POR UNIDAD PRESUPUESTARIA Y OTROS TIPOS DE PRESUPUESTOS, AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016. INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN MILLONES DE DÓLARES)

Descripción	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Ejecutado	% de ejecución
	1	2	3=(1+2)	4	5= (4/3)
Dirección y Administración Institucional	47.73	38.76	86.49	82.95	95.9 %
Primer Nivel de Atención	192.09	-18.17	173.92	164.61	94.6 %
Programa Ciudad Mujer	1.30	-0.01	1.30	1.24	95.9 %
Programa Atención Integral al Veterano(a) de Guerra	2.62	-0.13	2.50	2.24	89.9 %
Programa Territorios de Progreso	0.32	0.00	0.32	0.28	86.8 %
Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	357.04	-19.50	337.54	334.94	99.2 %
Desarrollo de la inversión	0.47	0.30	0.77	0.61	79.4 %
Programa Integrado de Salud (PRIDES), Préstamo BID n.º 2347/OC-ES	1.00	1.59	2.59	2.59	100.0 %
Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública - Préstamo BIRF n.º 8076-SV	20.27	0.00	20.27	19.78	97.6 %
Iniciativa Salud Mesoamérica 2015-El Salvador	2.05	0.28	2.33	2.29	98.3 %
FOCAP Comunidades Solidarias	0.38	0.36	0.74	0.02	2.7 %
Viviendo Más y Mejor	2.53	0.85	3.38	0.45	13.2 %
Apoyo a Servicios de Salud Pública Reconstrucción de Infraestructura Dañada por el Huracán IDA	0.00	0.11	0.11	0.11	100.0 %
Subtotal presupuesto ordinario	627.81	4.44	632.25	612.12	96.82 %
Mejoramiento de la red de establecimientos de salud	0.00	6.50	6.50	5.80	89.1 %
Comercialización de productos y prestaciones de servicios FAE-MINSAL	4.32	0.00	4.32	2.21	51.0 %
Recursos propios	15.93	2.23	18.17	16.06	88.4 %
Donaciones de organismos internacionales	9.61	4.06	13.67	6.82	49.9 %
Donación Fondo Franco Salvadoreño	0.00	0.26	0.26	0.01	5.4 %
Donación FOPROMID	0.00	1.71	1.71	1.42	83.2 %
Subtotal presupuesto extraordinario y otras fuentes de financiamiento	29.86	14.77	44.63	32.31	72.41 %
Total presupuesto disponible del ramo	657.67	19.21	676.87	644.43	95.21 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

TABLA 7. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL MINSAL, 2016, SEGÚN TIPO DE GASTO.
INCLUYE TODOS LOS PRESUPUESTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN MILLONES US\$)

N°	Descripción	Presupuesto modificado	Ejecución	Porcentaje de ejecución
1	Remuneraciones	439.69	437.72	99.55 %
2	Productos farmacéuticos y medicinales	53.27	47.80	89.73 %
3	Insumos médicos	42.42	35.52	83.74 %
4	Vacunas para humanos	11.42	9.46	82.78 %
5	Alimento para humanos	8.96	8.82	98.47 %
6	Combustibles y lubricantes	3.91	3.66	93.63 %
7	Servicios básicos	11.35	10.37	91.39 %
8	Mantenimiento y reparación de bienes muebles, inmuebles y vehículos	11.02	10.05	91.14 %
9	Arrendamiento de bienes muebles e inmuebles	4.56	4.28	93.90 %
10	Inversiones en activos fijos	43.51	34.76	79.89 %
11	Otros gastos	46.77	42.00	89.80 %
Total general		676.88	644.43	95.21 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional, MINSAL.

De igual forma, el Ministerio de Gobernación asignó un refuerzo de US\$ 1.71 millones en concepto de donación, procedente del Fondo de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres (FOPROMID), para la ejecución de los proyectos:

1. Emergencia para atención humanitaria para mitigar los efectos y desastres de la roya y sequía recurrente en la población afectada en El Salvador;
2. Construcción de la Unidad de Cuidados Especiales para Pacientes Infectocontagiosos (UCEPIC), en San Luis Talpa, La Paz.

La ejecución por principales tipos de gasto que se muestra en la TABLA 7 indica que el porcentaje de ejecución para las remuneraciones alcanzó el 99.5 %, seguido por medicamentos, con 89.73 %, insumos, con 83.74 %, y vacunas, con 82.78 %.

Presupuesto MINSAL para 2017

El presupuesto modificado total del MINSAL a marzo 2017 es de US\$ 662.55 millones, conformado por el presupuesto ordinario (US\$ 629.82 millones) y los presupuestos provenientes de otras fuentes de financiamiento, como donaciones de organismos internacionales, recursos propios de hospitales y el FAE. Las asignaciones de otras fuentes ascienden a \$ 32.53 millones (TABLA 8).

Según se muestra en la TABLA 8, el 51.22 % del total de presupuesto asignado está concentrado en la unidad presupuestaria 06 «Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades», que incluye las subvenciones dirigidas a la red de hospitales nacionales (30) y otras entidades adscritas (Cruz Roja Salvadoreña, Hogar de Ancianos «Narcisa Castillo» e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral), FOSALUD y los subsidios otorgados a diversas entidades de asistencia social.

TABLA 8. PRESUPUESTO MODIFICADO 2016-MINSAL, POR UNIDAD PRESUPUESTARIA. INCLUYE TODOS LOS TIPOS DE PRESUPUESTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN MILLONES DE US\$)

Unidad presupuestaria	Presupuesto aprobado	Modificaciones presupuesto	Presupuesto modificado	% con relación al presupuesto total
	1	2	3 =(1+2)	
Dirección y Administración Institucional	58.43	0.38	58.81	8.88 %
Primer Nivel de Atención	186.91	0.00	186.91	28.21 %
Programa Ciudad Mujer	1.29		1.29	0.20 %
Programa Atención Integral al Veterano(a) de Guerra	2.45		2.45	0.37 %
Programa Territorios de Progreso	0.31		0.31	0.05 %
Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	339.57	-0.18	339.39	51.22 %
Desarrollo de la inversión	0.46		0.46	0.07 %
Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública-Préstamo BIRF n.º 8076-SV	35.00		35.00	5.28 %
Iniciativa Salud Mesoamérica 2015-El Salvador	1.00		1.00	0.15 %
FOCAP Comunidades Solidarias	1.50		1.50	0.23 %
Viviendo Más y Mejor	2.90		2.90	0.44 %
Subtotal presupuesto ordinario 2015	629.82	.20	630.02	95.1 %
Comercialización de productos y prestaciones de servicios FAE-MINSAL	4.06	0.00	4.06	0.61 %
Recursos propios	16.34	0.00	16.34	2.47 %
Donaciones de organismos internacionales	11.56	0.00	11.56	1.74 %
Donación Fondo Franco Salvadoreño	0.26	0.00	0.26	
Donación FOPROMID	0.31	0.00	0.31	0.05 %
Subtotal presupuesto extraordinario y otras fuentes de financiamiento	32.53	.00	32.53	4.9 %
Total general	662.35	0.20	662.55	100.00 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

TABLA 9. PRESUPUESTO ORDINARIO DE INVERSIÓN 2017 POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y UNIDAD PRESUPUESTARIA (EN MILLONES DE US\$)

Nombre del proyecto	Fuente de financiamiento	Monto (p)	%
Desarrollo de la inversión	Fondo general	0.46	1.1 %
Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública-Préstamo BIRF n.º 8076-SV	Préstamo BIRF	35.00	85.7 %
Iniciativa Salud Mesoamérica 2015-El Salvador	Donación BID	1.00	2.4 %
FOCAP Comunidades Solidarias	Donación FOCAP	1.50	3.7 %
Viviendo Más y Mejor	Fondo general	0.36	0.9 %
	Préstamos BCIE	2.53	6.2 %
Subtotal fondo general		0.82	2.0 %
Subtotal préstamos externos		37.53	91.9 %
Subtotal donaciones		2.50	6.1 %
Total inversión		40.85	100.0 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional, MINSAL.

(p): Para 2017 se presenta el presupuesto modificado a marzo.

Para la secretaría de Estado, el incremento que se reporta corresponde a las asignaciones provenientes de la Contribución Especial para la Seguridad Ciudadana y Convivencia, que durante la ejecución del presupuesto se trasladaron a los hospitales focalizados en el programa El Salvador Seguro: hospitales de Jiquilisco, Usulután, Zacatecoluca, Zacamil, Psiquiátrico y Santa Ana.

Otro apartado importante es el presupuesto de inversión del MINSAL, que asciende a US\$ 40.85 millones y está compuesto por diferentes fuentes de financiamiento, como fondo general, préstamos externos y donaciones (TABLA 9).

De acuerdo con los datos en la TABLA 9, el 91.9 % del financiamiento de la inversión contemplada en el presupuesto ordinario para 2017 procede de préstamos externos, el 6.1 % de donaciones y el 2.0 % al fondo general. 

Determinación social de la salud*

Un enfoque de compromiso y cambio social sustentado por nuestra Reforma de Salud

La concepción de salud

A lo largo de la historia siempre ha sido un problema de análisis y debate, debido a que su concepción ha estado permeada por las distintas construcciones culturales de la sociedad.

A lo largo del tiempo vemos dos corrientes epistemológicas principales. La primera, el enfoque de riesgo, tiene su origen en el positivismo, el mecanicismo y el funcionalismo propios del pensamiento hegemónico en el mundo capitalista occidental, cuya fortaleza principal responde al poder de las clases dominantes que reducen y manipulan el conocimiento basándose en un fuerte acervo metodológico para medir la realidad. Este reduccionismo tradicional empírico-analítico, que mira la salud de manera estática desde el plano de los factores aislados, estimuló el surgimiento de una segunda corriente, la determinación social de la salud, que nace como una respuesta latinoamericana del pensamiento

crítico para abordar el proceso salud-enfermedad en todo su carácter complejo y multidimensional y abarca los procesos estructurales que lo conforman y explican. En tal sentido tiene como su principal ventaja un nutrido sistema teórico (gnosis) para explicar la salud desde el dinámico metabolismo sociohistórico (praxis).

La aplicación de estas concepciones teóricas sobre la determinación social de la salud se ve reflejada en manifestaciones específicas inherentes al estudio de problemas específicos, como la enfermedad renal crónica, los agrotóxicos y el modelo hegemónico de desarrollo o el acceso a medicamentos esenciales, las grandes farmacéuticas y los grandes intereses económicos de los países sedes de estas compañías. Últimamente países como El Salvador adoptan el planteamiento teórico para configurar una reforma a todo el sistema de salud con una concepción que atraviesa transversalmente todas las actividades y los ejes del proceso de reforma y que confluyen una y otra

* En su mayoría, los conceptos e ideas que sustentan este capítulo han sido tomados o adaptados de: Breilh, Jaime; Tillería Muñoz, Ylonka; *Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar y Editorial Abya Yala, 2009. Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/File/Despojo.pdf>, y de «El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. Documento de posición conjunta de ALAMES y CEBES», Río de Janeiro, 2011, disponible en: <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2011/11-el-debate-y-la-accion-frente-a-los-determinantes-sociales-de-la-salud-documento-de-posicion-conjunto-de-alames-y-cebes/file>

vez en un fuerte cuestionamiento al modelo hegemónico de desarrollo que se perfila y se denuncia como hiperconsumista, extractivista, depredador de los recursos naturales, excluyente y generador de inequidades, planteando al final la necesidad urgente de poner en práctica modelos alternativos de desarrollo amigables con el medio ambiente y respetuosos de la vida y de la biodiversidad.

Las limitaciones del enfoque de riesgo

Origen

En los procesos de producción de conocimiento, las explicaciones sobre las relaciones entre fenómenos pueden brindar una idea clara sobre relaciones temporales, geográficas, asociaciones, o incluso sobre la causalidad de una sobre la otra; no obstante, con mucha frecuencia es necesario adentrarse en los dominios de la incertidumbre o de la probabilidad de ocurrencia de eventos no previstos. De un modo general, las afirmaciones basadas en probabilidades son dependientes de las contingencias que están fuera del control de los prestadores de salud, en sus intentos de especificar causas y efectos. De esta manera, las intenciones de prevención comienzan a depender de definiciones con variadas dosis de incertidumbre. Una de ellas es la del objeto incierto denominado «riesgo»¹.

Riesgo

Es un vocablo que en cuanto a sus orígenes en el idioma portugués puede provenir directamente del bajo latín *riscu*, como del español *risco*: peñasco escarpado². En la segunda acepción indica la propia idea de peligro y la posibilidad de ocurrencia.

1. A partir de Almeida Filho Naomar, Luis David, Ayres José Ricardo. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. [Internet]. 2009 Dic. [citado 2017 Mar 28]; 5(3): 323-344. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es.

2. Douglas M. *Risk acceptability according to the social sciences*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1986.

El concepto epidemiológico de riesgo surge a inicios del siglo XX y puede ser identificado en un estudio publicado en 1921 sobre mortalidad materna conducido por William Howard, profesor de Biometría de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Johns Hopkins University, en el primer número del *American Journal of Hygiene* (que posteriormente se transformaría en el *American Journal of Epidemiology*). En ese artículo, el concepto ya se presenta con un asombroso grado de formalización matemática, expresado en términos de proporciones entre el número de afectados y el número de expuestos³.

Riesgo y sus usos

El riesgo es un concepto que requiere la identificación y evaluación de sus múltiples perspectivas dada su unidimensionalidad (capacidad de aplicarse a un solo proceso causa-efecto):

- Riesgo como peligro latente u oculto usado en el discurso popular y común.
- Riesgo individual como concepto práctico de causalidad de una enfermedad (aplicación clínica).
- Riesgo poblacional como concepto epidemiológico de probabilidad de exposición y ocurrencia.
- Riesgo estructural en los campos de la gestión de salud ambiental y ocupacional.

Riesgo y salud pública

Desde esta perspectiva, para definir el riesgo se requiere diagnosticar las amenazas así como la vulnerabilidad de los habitantes expuestos. Para ello se han desarrollado diversas metodologías y herramientas, pero debido a que no existen criterios comúnmente aceptados y reconocidos para este tipo de evaluación, muchas de ellas tienden a dar resultados diferentes o parciales, dependiendo de los criterios utilizados y de la

3. Howard Jr., WT. «The real risk-rate of death of mothers from causes connected with childbirth». *American Journal of Hygiene*. 1921; 1 (2): 197-233



Comunidades de la zona costera de El Salvador.

importancia y los valores que se les asigna.⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda un sistema de indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos⁵ que, mediante un método cuantitativo, intenta dimensionar la amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo para facilitar a los tomadores de decisiones el acceso a información relevante que les permita identificar y proponer acciones efectivas de la gestión del riesgo.

4. Centro de Conocimiento de Gestión de Riesgos en Salud Pública y Desastres. Disponible en: http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=130&Itemid=653&lang=es

5. Indicadores de riesgo de desastres y gestión de riesgos, coordinado por Omar Darío Cardona, del Instituto de Estudios Ambientales de la Universidad Nacional de Colombia-Manizales, y publicado por la misma universidad con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. Manizales, Colombia, 2005. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1442187>

Modelo de gestión de riesgos⁶

Riesgo = Amenaza × Vulnerabilidad

⏟
Exposición y Susceptibilidad

Amenaza⁷: es un fenómeno, sustancia, actividad humana del individuo o condición peligrosa* que puede ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos a la salud, al igual que daños a la propiedad, la pérdida de medios de sustento y de servicios, trastornos sociales y económicos, o daños ambientales.

6. UNISDR, Terminología sobre Reducción de Riesgo de Desastres 2009 para los conceptos de amenaza, vulnerabilidad y riesgo.

7. Centro Internacional de Investigaciones para el Fenómeno del Niño. Disponible en: http://www.ciifen.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=84&Itemid=336&lang=es

TABLA 1. EJEMPLO DE UN PROCESO DE APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE RIESGO EN SALUD

Amenazas	Factores de vulnerabilidad	Riesgos en salud infantil
Hidrocarburos poliaromáticos y otros químicos del humo de leña y de la quema de basura	Educación materna limitada	Salud mental
DDT residual por ser zona malárica	Bajo nivel escolar en la zona	Infecciones respiratorias
Manganeso proveniente de una zona minera y plomo del barro vidriado que emplean algunas familias	Desnutrición	Asma
Temperatura extrema y huracanes relacionados con cambio climático	Hacinamiento	Diarreas
Limitado acceso a agua potable y fecalismo al aire libre	Alcoholismo y violencia familiar	Violencia adolescente
Presencia de basura electrónica (radios, televisiones, celulares, etc.; allegados por migrantes)	Pobreza, marginación y desempleo	Migración
	Atención médica deficiente	
	Explotación no controlada de los recursos naturales	

FUENTE: Cossío Torres, Patricia; Domínguez Cortinas, Gabriela; Hernández Cruz, María T.; Morales Villegas, Raúl; Van Brussel, Evelyn; & Díaz-Barriga Martínez, Fernando (2011). «CHICOS y PIBES, propuestas innovadoras para la atención de la salud ambiental infantil en América Latina», en *Acta Toxicológica Argentina*, número 19 (1), 5-15. Recuperado en 28 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432011000100001&lng=es&tlng=es.

Vulnerabilidad: son las características y las circunstancias de la persona*, la comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza.

Exposición: es la condición de desventaja de la persona*, objeto o sistema expuesto al riesgo debido a su ubicación, posición o localización.

Susceptibilidad: es el grado de fragilidad interna de la persona*, objeto o sistema para enfrentar una amenaza y recibir un posible impacto debido a la ocurrencia de un evento adverso.

Es importante aclarar que hasta hoy la teoría del riesgo enfatiza el carácter «antrópico» (como se señala con los asteriscos colocados en

cada definición) de la vulnerabilidad, lo cual refleja una responsabilización de la persona por su exposición y susceptibilidad. Por otro lado, el carácter de la amenaza es de tipo «natural», aunque este último ha tenido influencias crecientemente antrópicas.

Por ello el enfoque de riesgo actúa especialmente sobre la vulnerabilidad marginando los otros elementos de la causalidad y la determinación social de las mismas. El ejemplo más claro de esto es el cambio climático y su relación con la temporada de huracanes y los fenómenos de El Niño y La Niña.

A continuación se presenta el segundo de los modelos analizados y sobre el cual se fundamenta la Reforma de Salud iniciada en 2009.

La determinación social de la salud (DSS)⁸

Origen

La determinación social de la salud fue propuesta en 1976 en el seno del movimiento por las reformas sanitarias, la medicina social y la salud colectiva de América Latina y enriquecida desde entonces con una nutrida producción científica plasmada en múltiples documentos y publicaciones.

La determinación social se planteó en Latinoamérica como una categoría de análisis indispensable para trabajar por la transformación de la realidad en sus diversas dimensiones y como una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo del pensamiento empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan. Por ello se propuso la determinación social, para devolver al proceso salud-enfermedad su carácter complejo y multidimensional, abarcando los procesos estructurales que lo conforman y explican, la base histórica de cómo pensamos la salud y de los fundamentos de cómo construimos las prácticas (praxis). Esta perspectiva sirvió de base para las reformas sanitarias progresivas en varios países de América Latina.

En cada periodo histórico han cobrado relevancia distintos procesos críticos de la realidad que han marcado las líneas de investigación, enseñanza y praxis que han venido a confluír y a consolidar el planteamiento sobre la determinación social. Estos periodos históricos han tenido también su contraparte ideológica y han condicionado el pensamiento en salud, que en términos generales ha reaccionado a la enfermedad y ha limitado a la salud pública y sus ramas afines, como la epidemiología, a una contabilización unicausal de personas con determinada enfermedad o de muertes, limitando las intervencio-

nes a medicamentos y tecnologías sanitarias de alto costo y complejidad frente a acciones eminentemente asistenciales. En épocas anteriores se hizo evidente la necesidad de confrontar la profunda injusticia social de clase en el acceso a los bienes y servicios de los programas de salud, en décadas posteriores se añadió la necesidad de asumir los problemas de la justicia de género y étnica. En los últimos años, signados por una acelerada y agresiva economía de mercado con una acumulación de riqueza y una exclusión social sin precedentes, se ha tornado evidente la más profunda crisis de la reproducción de la naturaleza y la justicia ambiental. La incapacidad de las alternativas planteadas para resolver los «problemas del desarrollo», la industrialización, los modelos desarrollistas, la mundialización del mercado y el comercio, la armamentización y las guerras y una concentración extrema del poder y la riqueza ha conducido a la humanidad y al planeta a una crisis sin precedentes.

Determinación social de la salud y salud colectiva

La DSS es una categoría de análisis que permite considerar la urgente necesidad de pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual (que sin embargo siguen siendo vitales) a un trabajo más amplio pero necesario por los derechos integrales colectivos que se extienden necesariamente al entorno y al equilibrio con otras formas de vida. En esa medida se asumen como principios fundamentales, de cuyo cumplimiento integral depende la determinación social de la salud:

- la sustentabilidad soberana de la producción de los bienes de los que depende la vida;
- la vigencia de relaciones sociales solidarias;
- la bioseguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo y recursos como el agua, el aire y los alimentos;
- el estudio a profundidad del metabolismo entre la sociedad y la naturaleza (construcción dialéctica del proceso salud-enfermedad).

8. «El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud». *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 487-492, Jul/Jset. 2011.

Un cambio tan profundo no puede darse sin un cambio del modelo civilizatorio actual, que es excluyente, depredador e individualista, y que se ha impuesto sin poner límites a la expansión monopólica y peligrosa de la economía de gran escala, sin proteger a las pequeñas y medianas economías y sin establecer una nueva arquitectura social y financiera que premie las actividades que otorgan preeminencia a la vida, mientras sancionan las que las dañan o limitan.

Resulta necesario, en consecuencia, alinear las expectativas de salud con todos aquellos cambios en los modelos políticos de los Estados nacionales y subnacionales que prioricen los intereses de toda la población antes que los intereses del capital y del mercado.

Principales obstáculos para el pensamiento y la acción desde un enfoque de DSS

La gran capacidad transformadora del enfoque de DSS ha encontrado en su desarrollo una serie de obstáculos o deformaciones. Conviene señalar algunos de ellos para diferenciar posiciones, evitar errores y optimizar los logros de este enfoque y estas prácticas al servicio del mayor bienestar y vivir de la humanidad.

La premisa de que el actual modelo dominante de sociedad es el único o el definitivo

Esta premisa está generalmente implícita tras las líneas del discurso del enfoque de riesgo y los determinantes sociales de la salud, y buscan actuar sobre los niveles más inmediatos de determinación (sobre determinantes superficiales, aislados o proximales) dejando incuestionado el modelo mismo. No se llega así a la verdadera determinación o «causas de las causas» y todas las acciones derivadas se orientan a mejorar el modelo dominante o a hacer menos visibles o graves sus efectos negativos sobre las formas de vivir, enfermar y morir.

Esto se refleja en el rumbo diseñado para la humanidad, que pretende cubrir brechas entre los grupos sociales y entre los países y dejar incólume al modelo de desarrollo, reforzando en el pensamiento colectivo la posibilidad de alcanzarlo, aun y cuando esto signifique la inviabilidad de la especie humana y en general las formas conocidas de vida en el planeta, pues los recursos materiales y naturales para que «todos» pudiéramos ser desarrollados –bajo el modelo de producción actual– exceden en varias veces la capacidad de nuestro planeta.

El poder en la sociedad

En la actualidad los sujetos con poder son generalmente entidades e instancias del orden económico y político regional, nacional y transnacional, en cuyas manos se ha concentrado progresiva y aceleradamente. Resulta ingenuo, cuando no cómplice del poder establecido, asumir que todos somos sujetos reales de igual poder. No es posible una acción de fondo frente a la determinación de la vida y la salud de la población sin promover y reconocer a las fuerzas sociales y comunitarias organizadas, a su poder real y a su consiguiente capacidad decisoria en políticas y acciones; de otra forma, la democracia y la ciudadanía carecen de sentido y la participación social se limita a formalidades, reduciéndose a su utilización instrumental en programas y acciones decididos por otros.

Las nuevas estrategias del mercado

Viviendo en la dinámica actual sería impensable que a los agentes económicos se les escaparan los territorios de la salud, la enfermedad y la muerte como campos válidos para la reproducción del capital y la acumulación de ganancias consiguientes. De hecho, en muchos países, el abandono, el debilitamiento y la ineficacia deliberadamente provocada de los servicios públicos es una condición obligada para el apareamiento y fortalecimiento de los servicios privados, lo que paralelamente abre las puertas para

TABLA 2. TABLA RESUMEN DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS EPISTEMOLÓGICAS ENTRE ENFOQUE DE RIESGO, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Enfoque de riesgo	Determinantes sociales de la salud	Determinación social de la salud
Brindan un enfoque meramente descriptivo, sin movilización social.	Enfrenta las expresiones singulares del proceso salud-enfermedad aisladamente unas de otras.	Estimula a un análisis de causas estructurales y devela los vicios del modelo de desarrollo.
No aborda la causa de la inequidad. Valiéndose de modelos estadísticos, la describe en términos de tiempo, lugar y persona.	Incorpora al discurso sanitario el concepto de determinantes sociales, pero las relega del contexto social y de las desigualdades.	Analiza las injusticias sociales que se traducen en inequidades sanitarias, las cuales se originan por la acumulación inequitativa de las riquezas y el poder.
Los estilos de vida riesgosos son las condiciones insalubres, malos sistemas de saneamiento ambiental, la precariedad de las viviendas y la falta de educación de la población.	Los determinantes vistos aisladamente son agua, vivienda, empleo, educación, etc., es decir, los viejos factores de riesgo desvinculados del modelo hegemónico de desarrollo y de la relación entre los procesos sociales y la naturaleza.	No considera como un «estilo de vida elegido» vivir en estas condiciones. Vincula el contexto social, histórico, cultural y étnico de la población en cuestión.
Las expresiones de esta mala forma de vida (enfermedad y muerte) se deben abordar con mayor acceso a servicios de salud y atenciones preventivas, como charlas educativas y medicamentos y tecnologías sanitarias brindadas a través de paquetes básicos de salud.	Esta es solamente una concepción desarrollista más avanzada del enfoque de riesgo. Como consecuencia, las políticas públicas planteadas siguen centradas en la enfermedad.	Su abordaje incluye la organización comunitaria, el liderazgo comunitario, los espacios de participación, la intersectorialidad, el derecho humano a la salud y la cobertura universal y el acceso universal a salud de sistemas públicos unificados y fuertes, financiados por impuestos generales, sin copagos y gratuitos para la población.

Fuente: Construcción propia a partir de la bibliografía citada.

el aseguramiento ante los riesgos de enfermar a la medida de la capacidad individual de pago, haciendo de la prestación de servicios en caso de requerirse un próspero y gigantesco negocio (cobertura y acceso universal de salud a través de seguros de vida y de riesgos profesionales).

Incluso, ante las propuestas de sistemas basados en la atención primaria y la promoción de la salud, se desvirtúan y vacían de su contenido emancipador estos conceptos, limitando el primero a paquetes preventivistas o de atenciones minimalistas y el segundo a estilos de vida o conductas saludables. Y por su parte las multinacionales de alimentos y las de medicamentos siguen afinando sus estrategias para hacerlas no solo coherentes, sino de vanguardia en las propuestas para la vida sana, para bajar de peso,

para enfrentar las epidemias nuevas o reemergentes, para dormir mejor, para todo lo que parezca afín al bienestar y a vivir mejor, con una fuerte tendencia a la medicalización de la vida.

Enfoque de riesgos vs. determinación social de la salud

El choque entre ambos modelos, así como la versión moderna del enfoque de riesgo (determinantes sociales de la salud), ha producido una crisis en la epidemiología y la salud pública concretamente en Latinoamérica, en el contexto del surgimiento de la salud colectiva como movimiento alternativo y la epidemiología crítica como su herramienta emancipatoria frente a una salud pública hegemónica caracterizada

por una visión preventivista limitada a factores de riesgo.^{9,10}

Asimismo, se reafirma que la salud colectiva tiene que enfrentarse a un objeto de alto grado de complejidad, como lo constituye el proceso salud-enfermedad, el cual no puede abordarse solo de manera tan simplificada como lo hace el enfoque de riesgo, que tiene un alcance muy limitado en cuanto a la «causalidad social». El cuestionamiento de la DSS es reconocer la «politicidad» de la salud colectiva y su vocación de discurso contrahegemónico frente a una salud pública convencional que califica como institucional, estatal, para la cual la comunidad es solo generadora pasiva de datos.

La prevención de riesgos tiene ambivalencias éticas que, según juicios eventualmente imponderables, pueden implicar medidas de intervenciones urgentes en los que el principio de prevención o precaución puede ser manipulado de acuerdo con las circunstancias y con base en los intereses en juego¹¹.

Un ejemplo de las contradicciones entre

ambos enfoques es la prohibición de algunos agroquímicos y una propuesta de cambio a una agricultura orgánica sin la supresión masiva e intensiva de monocultivos, como caña de azúcar y soya, lo cual riñe con el financiamiento de los programas sociales y proporciona un nuevo carácter al modelo de desarrollo extractivista que mantiene e intensifica sus efectos fatales sobre las personas y su entorno. Otro ejemplo clásico entre estos modelos se plantea cuando se analiza una comunidad que vive en la ladera de una colina: si se utiliza el enfoque de riesgo o determinantes sociales hacemos una descripción de esa situación pero sin llamar a la acción, sin cuestionar o develar los procesos que llevaron a originar esas condiciones de vida. Desde la determinación social de la salud, la emancipación social es un elemento catalizador al reconocer los hilos conectores con las causas que originan esas inequidades y que atraviesan todos los espacios de la vida y que al mismo tiempo modifican los patrones de salud y enfermedad de las poblaciones. 

9. Iriart, C., Waitzkin, H., et ál. «Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2002; 12 (2): 128-130.

10. Ayres, J. R. «Elementos Históricos e filosóficos para a Crítica da epidemiologia», *Rev. Saúde Pública*, 1993; 27(2): 135-44.

11. Innerarity, D. *La sociedad invisible*. Madrid: Espasa Calpe, 2004.

Situación de salud

Características demográficas

Según la DIGESTYC¹, la población total del país hasta 2016 es de 6 520 675 habitantes, distribuidos en una extensión territorial de 21 040.79 km², lo que implica una densidad poblacional de 310 habitantes por km². De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 2016², El Salvador ocupa el puesto 117 de un total de 188 países y se cataloga como un país de renta media baja³.

El 62.4 % de la población reside en el área urbana y el resto, en el área rural. El área metropolitana de San Salvador concentra el 27.5 % (1 773 436 hab.) del total nacional. Cabe destacar que el 52.5 % de la población total son mujeres.

Para 2015, la EHPM de la DIGESTYC reporta que el 55 % de la población es menor de 30 años, mientras que el 12 % es mayor de 60 años. En tal sentido, es prioritario para el sistema de seguridad social implementado por el Gobierno de la República aprovechar las oportunidades que brinda el bono poblacional por el que pasa el país, proveyendo educación a su población. Así, 67 municipios han sido declarados desde 2010 libres de analfabetismo, de los cuales 18 recibieron esa distinción en el último año⁴.

1. A partir de Almeida Filho Naomar, Luis David, Ayres José Ricardo. *Riesgo: concepto básico de la epidemiología*. [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Mar 28]; 5(3): 323-344. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es.

2. Douglas M. Risk acceptability according to the social sciences. Londres: Routledge and Kegan Paul; 1986.

3. Howard Jr. WT. The real risk-rate of death of mothers from causes connected with childbirth. *American Journal of Hygiene*. 1921;1(2):197-233

4. Centro de Conocimiento de Gestión de Riesgos en Salud Pública y Desastres. Disponible en: http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=130&Itemid=653&lang=es

La EHPM de 2015 refleja que 581 185 personas de 10 años y más no saben leer ni escribir, lo que comparado con 2013 representa una reducción del 6 % (34 098 personas), aunque persiste aún una tasa de analfabetismo (calculada con la población de 10 años en adelante) de 10.9 % a nivel nacional (12.6 % en mujeres y 9 % en hombres). A pesar de los avances en la reducción de la brecha entre lo urbano y rural, la tasa de analfabetismo urbana es de 7.0 % y la rural de 17.7 %, y la escolaridad promedio de 6.7 años a nivel nacional (7.8 en el área urbana y 4.9 en el área rural). Desagregada por sexo, la escolaridad a nivel nacional para mujeres es de 6.6 años y en hombres 6.8. Los promedios de escolaridad por departamentos más altos corresponden a San Salvador (8.3), La Libertad (6.9) y San Miguel (6.5), y los menores a La Unión (4.8), Morazán (4.9) y Cabañas (5.2).

Perfil epidemiológico

El mejoramiento en la cobertura universal a la salud y del acceso universal a la salud, así como el aumento en el volumen de información, ha llevado a una necesidad creciente de mejora en el análisis mediante el uso rutinario de herramientas estadísticas complejas de avanzada, a fin de disponer de evidencia científica sólida para la toma de decisiones.

Actualmente, en el SNS se vigilan 97 eventos de notificación obligatoria agrupada e individual (inmediata y de confirmación laboratorial). De ellas, la vigilancia semanal reportada en el último *Boletín Epidemiológico* de 2016 (número 52, tabla 3) registra 11 enfermedades prioritarias, que, a excepción de las diarreas, han cerrado por tercer año consecutivo con una notable y

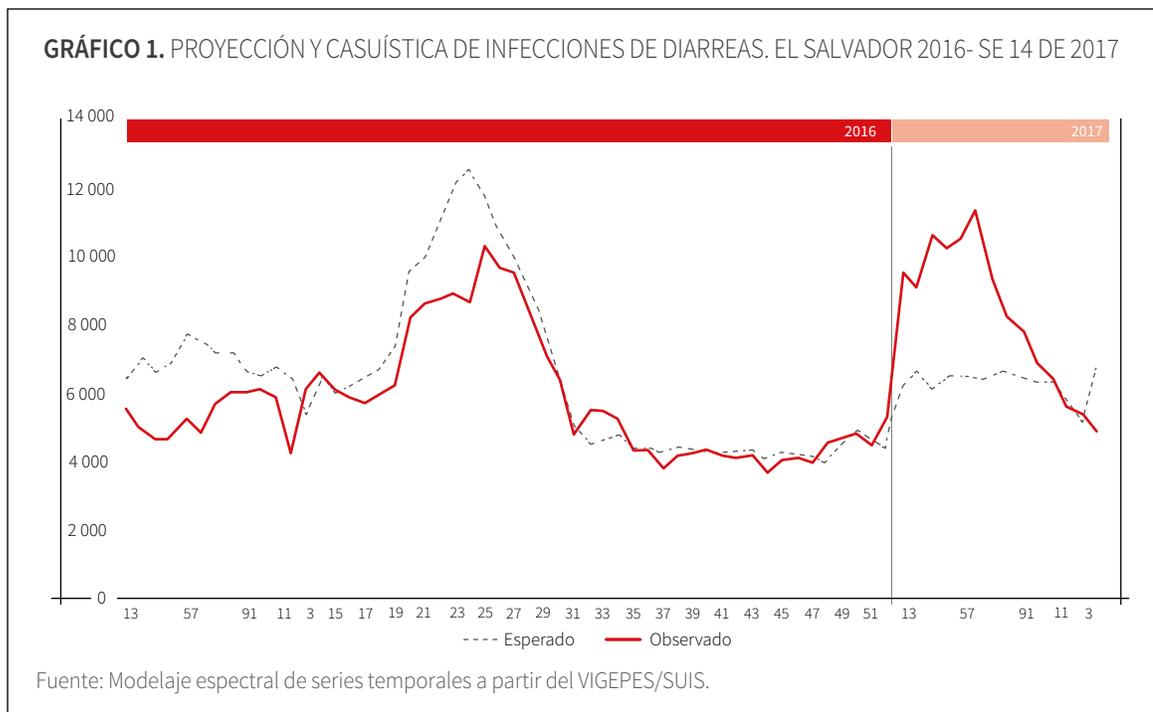
significativa reducción en sus tendencias en relación con el año anterior, lo que da cuenta del esfuerzo emprendido en 2009 con la Reforma de Salud que ha elevado el nivel de salud de la población, de acuerdo con los datos registrados en las 1234 unidades notificadoras (TABLA 1).

A continuación se presenta el detalle de algunos de los modelos matemáticos predictivos sobre la conducta esperada de las enfermedades más relevantes bajo vigilancia, que se han estimado con análisis de la serie histórica de los últimos seis años, considerando los datos por

TABLA 1. PRINCIPALES EVENTOS VIGILADOS EN BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL, SE1 A SE52, 2016

N.º	Evento	Semanas epidemiológicas		Acumulado 2015	Acumulado 2016	Porcentaje diferencial para 2016	Tasa por 1 000 000 habitantes
		51	52				
1	Infección respiratoria aguda	18 436	11 792	2 057 867	2 069 412	(1)	32 033
2	Dengue sospechosos	48	44	50 005	8 789	(-82)	136
3	Chikunguña	7	2	63 656	6 071	(-90)	94
4	Zika	4	9	4 233	7 598	(79)	118
5	Diarrea y gastroenteritis	3 071	2 649	347 167	295 944	(-15)	4 581
6	Parasitismo intestinal	2 205	855	202 353	180 468	(-11)	2 793
7	Conjuntivitis bacteriana aguda	637	335	63 609	63 920	(0)	989
8	Neumonías	351	334	45 219	43 564	(-4)	674
9	Hipertensión arterial	261	59	21 565	22 712	(5)	352
10	Mordido por animal transmisor de rabia	279	2 525	20 026	19 784	(-1)	306
11	Diabetes mellitus (PC)	170	53	13 835	13 111	(-5)	203

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW) y Sistema de Vigilancia Sanitaria VIGEPES-SUIS MINSAL.



semanas epidemiológicas. En ellos se evidencia una disminución en el número total de casos respecto de lo esperado para el último año (2016), producto del intenso trabajo intersectorial impulsado desde la Reforma de Salud. Los siguientes gráficos se construyen comparando el patrón esperado por modelaje matemático predictivo para 2016 (línea punteada negra) versus el patrón de comportamiento presentado en la realidad para el mismo año (línea continua roja). De manera global se evidencia por tercer año consecutivo un exitoso momento epidemiológico como no se había registrado en la historia reciente de nuestro país, acompañado de la detección temprana en los cambios de tendencia de los eventos. De enorme importancia es el franco descenso en la casuística del dengue (reflejo del comportamiento de las otras arbovirosis) como resultado del trabajo intersectorial y continuo desarrollo de la Reforma de Salud (GRÁFICO 1).

El sistema de alerta temprana basado en modelos matemáticos predictivos de análisis de series temporales (luego de depurado el descenso administrativo característico del periodo vacacional de fin de año), permitió detectar un alza inminente de diarreas a finales de 2016. El patrón predictivo puso en alerta al SNS desde la semana 51 de 2016 y las primeras de 2017, lo que motivó la difusión de información, acciones de promoción de la salud y apresto de la red de servicios del SNS (GRÁFICO 2).

Por otro lado, en el caso de las infecciones respiratorias agudas, se anunciaron alzas en el número de casos desde las semanas 13 hasta la 25, que coincidió con la circulación del virus de la influenza pandémica AH1N1, y se presentó una segunda alza de casos en la semana 37, que coincidió con la circulación de influenza B, enfermedades que son monitoreadas por medio de vigilancia centinela y cuya predicción fue acertada el resto del año, permitiendo detectar los factores externos que afectaron el patrón de circulación de los virus respiratorios.

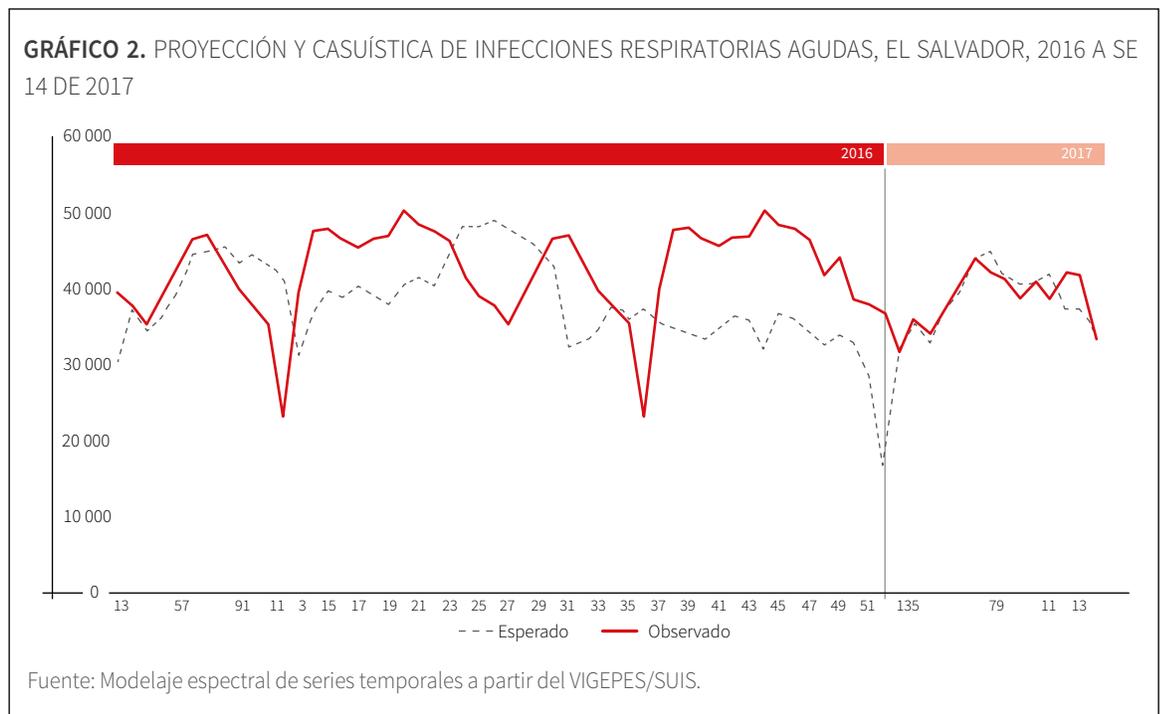
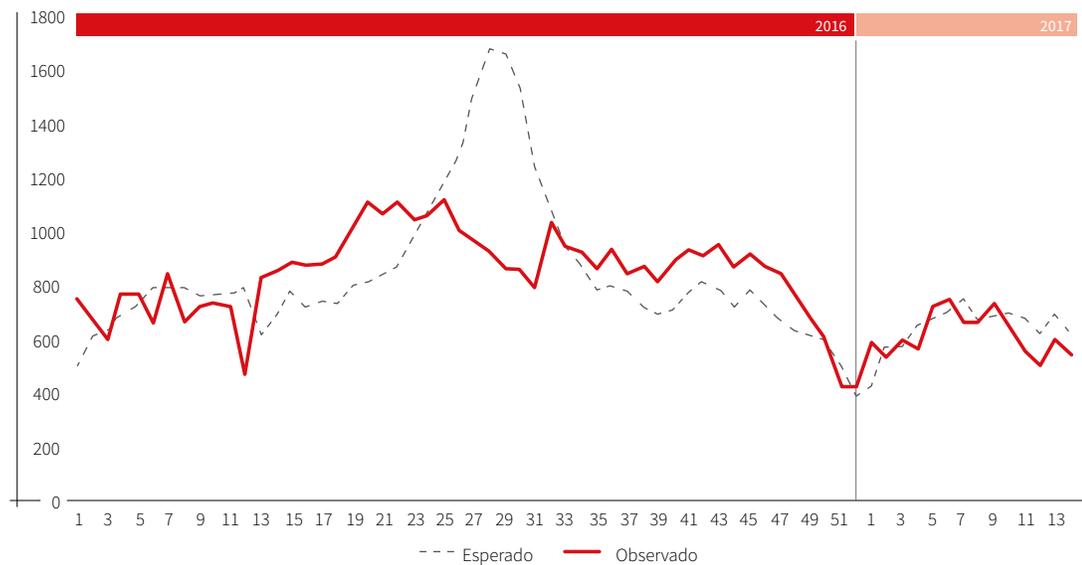
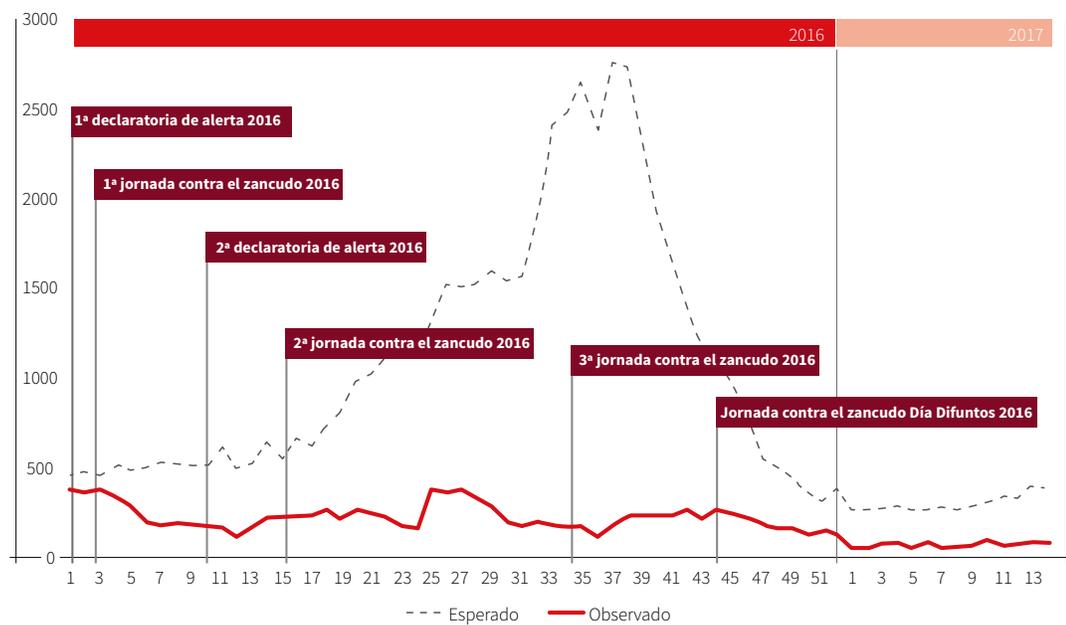


GRÁFICO 3. PROYECCIÓN Y CASUÍSTICA DE INFECCIONES DE NEUMONÍAS, EL SALVADOR, 2016 A SE 14 DE 2017



Fuente: Modelaje espectral de series temporales a partir del VIGEPES/SUIS.

GRÁFICO 4. PROYECCIÓN Y CASUÍSTICA DE INFECCIONES DE DENGUE, EL SALVADOR, 2016 A SE 14 DE 2017



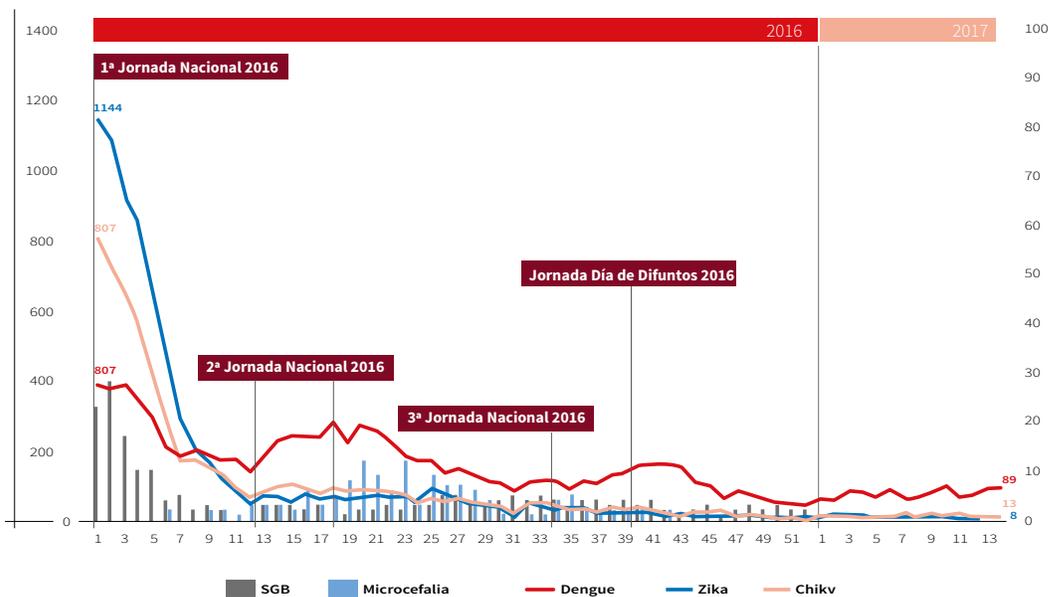
Fuente: Modelaje espectral de series temporales a partir del VIGEPES/SUIS.

Arbovirosis

Durante el último año, el enfoque intersectorial nacido en el marco de la Reforma de Salud se ha fortalecido con el aporte de las comunidades organizadas en el FNS, el trabajo con las municipalidades y el apoyo de los socios estratégicos de la cooperación internacional. El Salvador diseñó y ejecutó un ejercicio de control de las enfermedades arbovirales que permitió alcanzar hitos históricos que han sido reconocidos por la comunidad internacional como de excepcional éxito en el manejo de la estrategia de gestión integrada, entre los cuales pueden mencionarse:

- Pleno control de una enfermedad emergente (epidemia de zika) en un lapso de 12 semanas (siete semanas de 2015 y cinco de 2016).
- Control en el abordaje de las tres arbovirosis (dengue, chikunguña y zika) en un lapso de ocho semanas durante 2016.
- Reducción de casos y tendencia a la baja del comportamiento epidemiológico de las tres arbovirosis a lo largo de 2016.
- Preparación del sistema y abordaje oportuno de casos de microcefalia y síndrome de Guillain Barré (SGB), gracias al fortalecimiento e intensificación de la vigilancia sanitaria.
- Activación sostenida del Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC), que permitió el trabajo permanente de los gobiernos locales y sus comisiones municipales.
- Cuatro jornadas nacionales intersectoriales realizadas a lo largo de 2016 (incluyendo una especial para el Día de los Difuntos).
- Reducción franca de la letalidad por enfermedades arbovirales (una sola persona fallecida durante 2016 y ninguna en el primer trimestre de 2017), lo que posiciona a El Salvador como uno de los países de más baja letalidad en el continente (por sexto año consecutivo).

GRÁFICO 5. ÉXITO EN LA LUCHA DE LA POBLACIÓN CONTRA EL ZANCUDO Aedes Aegypti POR MEDIO DEL TRABAJO INTERSECTORIAL (VECTOR TRANSMISOR DE ZIKA, DENGUE Y CHIKUNGUÑA)



Fuente: Construcción propia a partir de datos del Sistema de Vigilancia VIGEPES/SUIS.



Estrategia comunitaria de control biológico del zancudo en la playa San Diego, La Libertad.

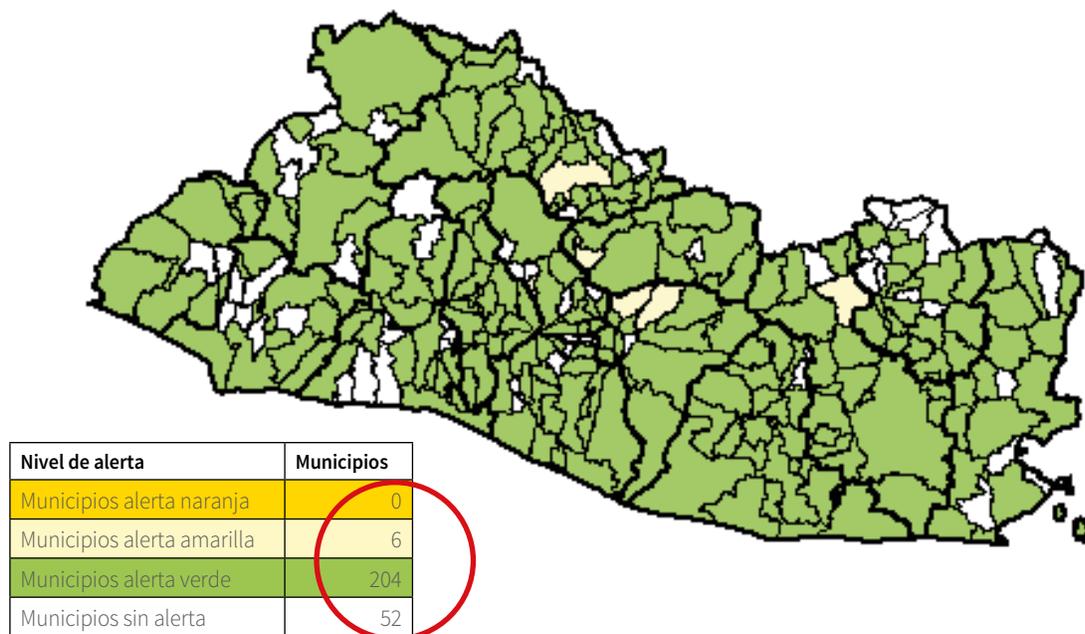
Se desarrolló la tercera Jornada Nacional contra el Zancudo en agosto de 2016 y la cuarta Jornada Nacional con motivo del Día de los Difuntos, para lo cual se ejecutaron fases estratégicas: comunitaria, domiciliar, institucional, municipal y escolar. De esta manera se contó con la participación activa de 170 006 personas procedentes del aparato estatal, la sociedad civil organizada y recursos humanos movilizados por los gobiernos locales. Gracias a ello en estas dos jornadas fue posible inspeccionar 40 097 viviendas, que contenían 1 138 935 criaderos, de los cuales se destruyeron 974 594 (el resto ya contaba con algún método de control), y se eliminaron 1383 m³ de recipientes inservibles. Se fumigó el 100 % de las viviendas inspeccionadas y se brindaron 403 horas de perifoneo de mensajes educativos para motivar a la población a participar en la eliminación de cria-

deros de zancudos; asimismo, fueron difundidas 25 732 unidades de material educativo. Gracias a los resultados obtenidos, todos los municipios del territorio nacional fueron excluidos de los niveles de alerta naranja y amarilla, y un poco más tarde, en octubre de 2016, 60 municipios fueron declarados fuera de cualquier tipo de alerta.

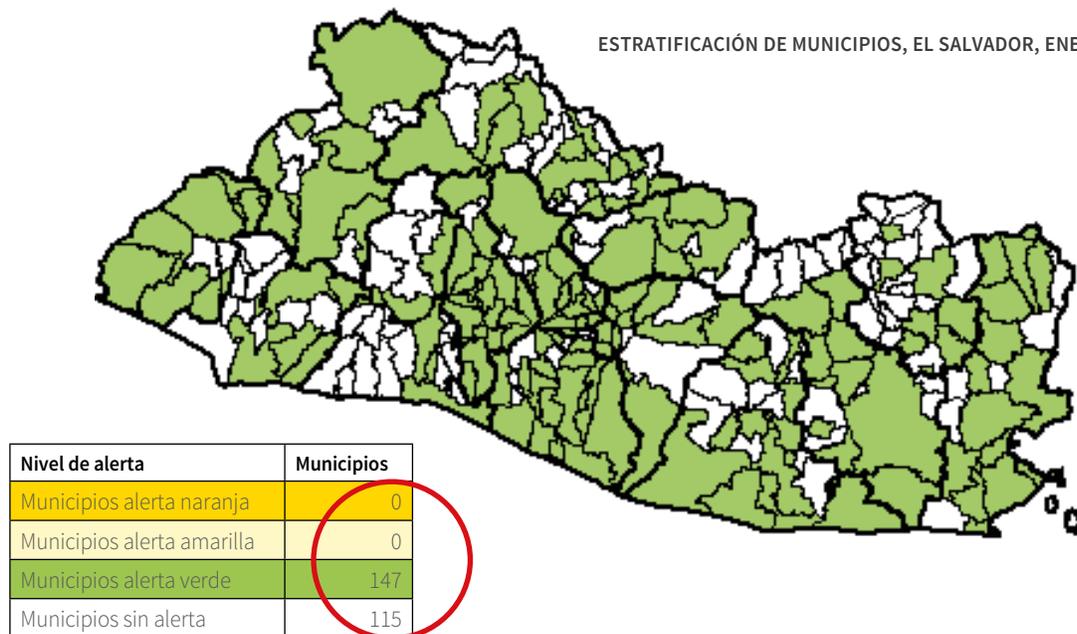
A continuación se presenta el seguimiento de la situación epidemiológica de las arbovirosis utilizando el posicionamiento geográfico de indicadores epidemiológicos y entomológicos. Se estratificaron áreas de intervención para concentrar los valiosos recursos materiales y humanos en los lugares de mayor afectación y evitar el gasto innecesario de recursos (para optimizar su uso) y el estrés innecesario de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC).

FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ARBOVIROSIS, SEGÚN POSICIONAMIENTO GEOGRÁFICO DE ENFERMEDADES ARBOVIRALES, EL SALVADOR, 2016-2017

ESTRATIFICACIÓN DE MUNICIPIOS DE ACUERDO CON INDICADORES DE DAÑO Y RIESGO, EL SALVADOR, AGOSTO DE 2016



ESTRATIFICACIÓN DE MUNICIPIOS, EL SALVADOR, ENERO 2017



Fuente: Construcción propia a partir de datos del Sistema de Vigilancia VIGEPES/SUIS.

Hitos relevantes del periodo 2016-2017

- No hay ningún municipio con afectación grave en el territorio salvadoreño.
- En el primer semestre de 2017 solamente hay tres municipios con niveles moderados de afectación en el territorio nacional, a pesar de haber iniciado la fase lluviosa del año.
- Hay 159 municipios a nivel nacional con niveles de afectación leve y 100 cuyos niveles tan bajos de incidencia de casos los excluye de cualquier tipo de alerta.
- Todos los municipios de la Región Central, de la Paracentral y de la Oriental de Salud están en niveles de afectación leve o de cero afectaciones.
- Los municipios costeros de La Libertad donde se desarrolla el proyecto de control biológico con alevines continúan representando un clúster de municipios sin ningún tipo de afectación por enfermedades arbovirales.
- Se logró la participación de los 262 gobiernos locales, 653 ADESCO, 43 452 personas de diferentes sectores, 313 iglesias de diferentes denominaciones y se realizaron 5112 horas

de perifoneo, se repartieron 234 382 materiales educativos, se brindaron 586 096 charlas de promoción y educación para la salud.

- En cuanto a labores antivectoriales, se completó un número récord de actividades: 4 150 922 visitas en viviendas para control de vectores, 11 867 584 depósitos inspeccionados, de los cuales se trataron, lavaron y taparon 5 577 757, se eliminaron 2 397 495 (el resto tenía algún tipo de tratamiento previo). Adicionalmente se realizaron 1 085 723 acciones de fumigación en viviendas y se eliminaron 22 430 llantas y 1 873 m³ de chatarra, se limpiaron de 80 163 m² de predios baldíos y se impusieron 508 esquilas y multas.

Morbilidad general

En 2016 se brindaron 12 345 168 consultas, de las cuales 2 958 324 (23.9 %) fueron preventivas, un incremento en el porcentaje de atenciones respecto del año pasado. En La Libertad, Usulután, Sonsonate, La Paz, Ahuachapán, Cuscatlán, Morazán y Cabañas el porcentaje de atenciones preventivas fue mayor al porcentaje nacional.

TABLA 4. PRIMERAS 10 CAUSAS ESPECÍFICAS DE CONSULTA (CURATIVAS) EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINSAL, 2016

N.º	Grupo de causas	Masculino	Femenino	N.º determinado	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	408 529	567 118	10	975 657
2	Hipertensión esencial (primaria)	168 788	556 646	0	725 434
3	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	205 160	301 384	1	506 545
4	Otras enfermedades del sistema urinario	89 371	316 827	0	406 198
5	Diabetes mellitus	91 548	297 074	0	388 622
6	Otros traumatismos corporales de regiones especificadas, no especificadas y múltiples	146 449	100 407	0	246 856
7	Diarrea de presunto origen infeccioso (A09)	103 457	131 723	0	235 180
8	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	91 531	138 752	1	230 284
9	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	213 190	0	213 190
10	Migraña y otros síndromes de cefalea	28 418	153 665	0	182 083
11	Demás causas	1 710 179	3 566 560	56	5 276 795
	Totales	3 043 430	6 343 346	68	9 386 844

Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web-SIMMOW.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Las ECNT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registra casi 75 % de las muertes por ECNT, 28 millones⁵.

En El Salvador las consultas por enfermeda-

5. Enfermedades no transmisibles. Panorama general. Centro de Prensa. OMS. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es.

des crónicas mostraron una leve disminución con respecto a 2015; sin embargo, las hospitalizaciones y muertes por estas causas incrementaron. Asimismo, la hipertensión arterial, la diabetes y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representan el 91 % de la consulta por ECNT. La diabetes, la enfermedad renal y el cáncer representan el 64 % del total de hospitalizaciones y el 61 % de las defunciones por ECNT.

Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia a nivel mundial muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad⁶.

El 64 % de las atenciones hospitalarias fueron en mujeres, 35 % de las hospitalizaciones fueron por atención materna.

6. Ídem.

Movilización de la población en el centro de San Salvador.



TABLA 5. CONSULTAS, HOSPITALIZACIONES Y DEFUNCIONES POR ECNT EN LA RED DE HOSPITALES DEL MINSAL, 2016

	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Enfermedad isquémica de corazón	Accidente cerebrovascular	Enfermedad renal	Cáncer	Enfermedades de las vías respiratorias inferiores crónicas	Total
Consultas curativas y preventivas	410 888	810 638	21 185	5921	61 052	52 827	195 714	1 558 225
Hospitalizaciones	10 503	3059	1969	2221	9218	10 285	8221	45 476
Fallecidos	570	361	451	471	903	888	179	3823
Letalidad	5 %	12 %	23 %	21 %	10 %	9 %	2 %	8 %

Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web-SIMMOW.

TABLA 6. PRIMERAS 10 CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS DEL MINSAL, 2016

N.º	Grupo de causas	Masculina	Femenina	Indeterminado	Total
1	Parto único espontáneo	0	44 701	0	44 701
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	21 356	0	21 356
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	0	18 342	0	18 342
4	Neumonía	9270	7791	1	17 062
5	Diarrea de presunto origen infeccioso (A09)	5905	5413	0	11 318
6	Diabetes mellitus	4029	6474	0	10 503
7	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	5106	5169	1	10 276
8	Enfermedades del apéndice	5384	4839	0	10 223
9	Insuficiencia renal	6125	3250	0	9375
10	Otras enfermedades del sistema urinario	2855	5651	0	8506
11	Demás causas	96 077	120 804	13	216 894
	Totales	134 751	243 790	15	378 556

Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web-SIMMOW.

Estadísticas vitales relacionadas con nacidos vivos

Para 2016, la DIGESTYC proyectó 113 100 nacidos vivos y se registraron 94 739 a nivel nacional, de los cuales 73 411 ocurrieron en la red de establecimientos del MINSAL (77 %) y 21 180 corresponden a establecimientos de salud del

ISSS (22 %) y 148 reportados por los Hospitales del Comando de Sanidad Militar.

De los 73 411 nacidos vivos reportados por la red del MINSAL, 72 869 ocurrieron a nivel hospitalario (99 %), y 681 en el nivel extrahospitalario (1%), de estos últimos 367 en establecimientos de Primer Nivel de Atención y 314 comunitarios y por parteras.

TABLA 7. NACIDOS VIVOS (TODAS LAS EDADES GESTACIONALES) CON PESO MENOR DE 2500 G EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSAL E ISSS, 2016

Departamento	Nacidos vivos	Nacidos vivos con peso menor de 2500 g	Porcentaje de bajo peso al nacer
Ahuachapán	6411	625	10
Santa Ana	8774	899	10
Sonsonate	8418	799	9
Chalatenango	3110	338	11
La Libertad	9964	1036	10
San Salvador	22 056	2395	11
Cuscatlán	3889	343	9
La Paz	5016	449	9
Cabañas	2864	270	9
San Vicente	2645	280	11
Usulután	5911	462	8
San Miguel	7281	631	9
Morazán	3050	277	9
La Unión	4032	285	7
Otros países de la región	1136	94	8
Total El Salvador más otros países	94 557	9183	10

Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web-SIMMOW.

A nivel mundial, del total de nacidos vivos se estima que al menos 10 o 20 % nacen con bajo peso (menos de 2500 g); de estos, entre el 40 y el 70 %, se asocian a prematuridad. Aunque hay variaciones entre los países, entre un 30 y un 60 % de las muertes neonatales ocurrieron en los niños que pesan menos de 1500 g. Los Indicadores Básicos de las Américas de OPS-OMS 2014 reportan 7.8 % de bajo peso al nacer en Centroamérica. Costa Rica es el país con menor proporción (7.3 %) y Guatemala la que registra el más alto porcentaje (11.4 %). En el

7. Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos. 2014 OPS/OMS.

Salvador se registra el 10 % de índice de bajo peso al nacer, y los departamentos con mayor porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso fueron San Salvador, San Vicente y Chalatenango con 11%; La Unión presenta los datos más bajos, con 7 %.

Nacidos vivos con prematuridad

Del total de nacidos vivos, 7659 son prematuros, lo que representa el 8 %. Durante 2016, la red hospitalaria del MINSAL registró 1341 muertes de menores de 5 años. De estos, 1107 eran



Panorámica del desarrollo urbano en el Centro Histórico de San Salvador.

menores de un año, de los cuales 629 (46.9 %) ocurrieron en el periodo neonatal.

Las malformaciones congénitas ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad neonatal, a predominio de las malformaciones del sistema nervioso y del sistema cardiovascular únicamente precedida por la prematurez o afecciones originada en el período perinatal.

La mortalidad en menores de un año ocurrió principalmente en el periodo neonatal, originada por la prematurez, las malformaciones congénitas y el síndrome de dificultad respiratoria. Entre los menores de cinco años, las principales causas fueron: malformaciones congénitas, diarrea, neumonía y desnutrición proteico-calórica severa (en ese orden). Existe evidencia que confirma que las inequidades sociales generan un impacto en la mortalidad en los niños y las niñas tan relevante como las causas biológicas anteriormente mencionadas. Por ejemplo, al estudiar el nivel educativo de las madres se observa que entre las que alcanzaron al menos el nivel de bachillerato hubo una tasa de tres fallecidos por 1000 nacidos vivos, mientras que entre las madres analfabetas la tasa

fue de 10/1000.⁸ Las inequidades persisten y se vuelven mayores en los niños y niñas menores de cinco años cuyas madres alcanzaron el nivel de bachillerato (7/1000), mientras que entre las madres analfabetas la tasa ascendió a 33.

Según los registros de mortalidad de la red de hospitales del MINSAL, la tasa de mortalidad neonatal presenta una importante reducción al compararla con 2015, esto refleja el impacto positivo logrado con el fortalecimiento de los establecimientos de salud que ha sido impulsado a partir del año 2009 en el marco de la Reforma de Salud y sumado al desplazamiento de los ECOS, al impacto de los programas sociales, el trabajo intersectorial, el desarrollo de la organización comunitaria, la supresión de los cobros y el desarrollo de innovaciones relevantes en materia de regulación de medicamentos, alimentos y bebidas y un impulso decidido a la vigilancia sanitaria y nuevas tecnologías, todo lo cual ha permitido garantizar el derecho a la salud, incrementando el acceso a la salud y la cobertura universal en salud.

8. Análisis secundario de encuesta FESAL.

Existe evidencia que confirma que las inequidades sociales generan un impacto en la mortalidad en los niños y las niñas tan relevante como las causas biológicas

TABLA 8. NACIDOS VIVOS Y PREMATUROS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINSAL, 2016

Departamento	Nacidos vivos	Nacidos vivos pretérmino	Por ciento de prematuridad
Ahuachapán	6411	468	7 %
Santa Ana	8774	622	7 %
Sonsonate	8418	595	7 %
Chalatenango	3110	311	10 %
La Libertad	9964	886	9 %
San Salvador	22 056	2494	11 %
Cuscatlán	3889	310	8 %
La Paz	5016	390	8 %
Cabañas	2864	209	7 %
San Vicente	2645	185	7 %
Usulután	5911	368	6 %
San Miguel	7281	400	5 %
Morazán	3050	208	7 %
La Unión	4032	213	5 %
Otros Países de la Región	1136	91	8 %
Total El Salvador y otros países	94 557	7750	8 %

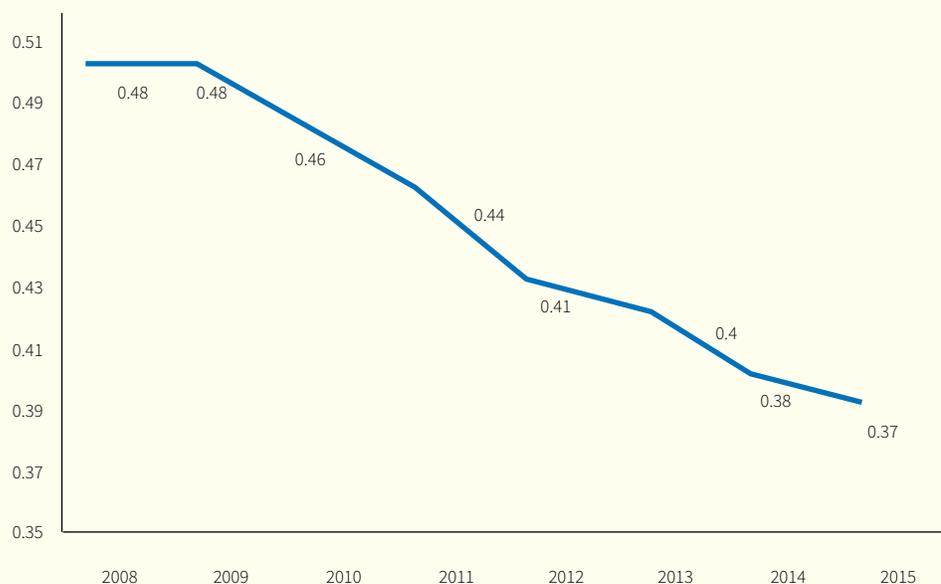
Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web-SIMMOW

TABLA 9. PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA RED DE HOSPITALES DEL MINSAL, 2016

Grupo de causas	Muertes	Egresos	Tasa de letalidad
Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N17-N98)	1106	27383	4 %
Neumonía (J12-J18)	811	16876	5 %
Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K28-K66,K80-K92)	583	32133	2 %
Diabetes Mellitus (E10-E14)	567	10409	5 %
Septicemia (A40-A41)	549	848	65 %
Enfermedades del hígado (K70-K76)	506	2565	20 %
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J00-J06,J30-J39,J60-J98)	482	7004	7 %
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	467	2190	21 %
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	445	1948	23 %
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	438	1928	23 %
Demás causas	5212	271024	2 %
Muertes estadísticas vitales(EV)	127	0	
Totales	11293	374308	3 %

Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web-SIMMOW

GRÁFICO 6. TENDENCIA HISTÓRICA DEL ÍNDICE DE GINI, EL SALVADOR 2008-2015



Mortalidad general

La tasa de mortalidad general para 2016 en la red hospitalaria del MINSAL fue de 2.2 por 1000 habitantes (TABLA 9).

De las primeras diez causas de mortalidad, el 40 % de los eventos se agrupa en enfermedades crónicas no transmisibles; de estas, a su vez, las principales causas fueron el resto de enfermedades del sistema genitourinario (N17-N98) y la diabetes mellitus (E10-E14), que afecta a todos los grupos de edad, pero principalmente a adultos mayores, población en la que se con-

centró el 14 % (1680) del total de defunciones registradas en la red de hospitales del MINSAL.

El Salvador avanza con paso seguro hacia la consolidación del Sistema de Protección Social Universal, donde el MINSAL contribuye con su proceso de Reformad de Salud basado en la Atención Primaria de Salud y la determinación social de la salud, actuando sobre las inequidades sociales en salud, lo que desde 2009 ha propiciado una sociedad cada vez más equitativa, como lo evidencia la caída por octavo año consecutivo del Índice de Gini (GRÁFICO 6). 

HOSPITAL NAC



CAPÍTULO 01

UNA RED DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD



**SOMOS UNO DE
LOS CINCO PAISES CON
LA MORTALIDAD MATERNA
MÁS BAJA DE
LATINOAMERICA**

$$\begin{array}{rcccl} \text{TASA DE} & & 27.4 & & 100\ 000 \\ \text{MORTALIDAD} & = & \text{MUERTES} & \times & \text{NACIDOS} \\ \text{MATERNA} & & \text{MATERNAS} & & \text{VIVOS} \end{array}$$

Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS)

El enfoque de determinación social de la salud revela cómo el modelo de desarrollo hegemónico determina las condiciones históricas en que viven, trabajan y se relacionan las personas, tanto a nivel individual como colectivo, y evidencia que no es posible generar cambios favorables en la salud de los pueblos si no se actúa sobre dichas condiciones. La asunción de este enfoque y la comprensión y práctica de sus principios fundamentales ha guiado el fortalecimiento sostenido del Ministerio de Salud en los últimos años y ha orientado la formulación de estrategias y actividades del proceso de reforma, lo que en el marco de las redes de servicios de salud ha significado un importante avance para la atención de la salud en nuestro país y ha merecido además múltiples reconocimientos internacionales por su visión y logros.

Las redes de servicios han basado su accionar en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en la cual los usuarios reciben atención de forma ininterrumpida en áreas como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación (emergencia, urgencia, ambulatorios y hospitalización).

Estructura de las Redes Integrales e Integradas de Salud del MINSAL

Para la provisión integral de servicios de salud dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, el MINSAL cuenta con 5 redes regionales, 17

redes de SIBASI (en los catorce departamentos) y 68 microrredes municipales e intermunicipales de servicios de salud que identifican y resuelven las prioridades territoriales con involucramiento de la sociedad civil. El detalle de la red de establecimientos se encuentra en las tablas 1, 2 y 3.

TABLA 1. RED NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINSAL

Nivel de atención	Tipo de establecimientos	Cantidad
Primero	UCSF Básicas	420
	UCSF Intermedias	293
	UCSF Especializadas	39
	Casas de Espera Materna	21
	Oficina Sanitaria Internacional (OSI)	10
	Centro Integral de salud Materno Infantil y de Nutrición (CIAMIN)	1
	Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente (CAISA)	1
	Clínica de empleados	1
Segundo	Centro de Atención de Emergencias (CAE)	2
	Hospitales básicos	11
	Hospitales departamentales	14
	Hospitales regionales	2
Tercero	Hospitales de referencia regional	3
	Total	818

Fuente: DNPNA y DNHSNA.

TABLA 2. ECOS FAMILIARES Y ESPECIALIZADOS

Tipo de ECOS	Número
ECOS familiares	537
ECOS especializados	39
Total ECOS	576

Fuente: Diagnóstico de ECOS familiares, mayo 2015, DNPNA (actualizado a marzo de 2017).

TABLA 3. MUNICIPIOS DOTADOS CON ECOS

Municipios que cuentan con ECOS	
Municipios totalmente cubiertos	126
Municipios parcialmente cubiertos	60
Total municipios cubiertos	186

Fuente: Diagnóstico de ECOS familiares, mayo 2015, DNPNA (actualizado a marzo de 2017).

Avances del modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario

Para el fortalecimiento del modelo de atención en salud con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia y con una inversión de US\$ 1 397 700.00, se amplió la implementación del Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIF), beneficiando a más de 1.7 millones de habitantes de las comunidades en los 184 municipios donde funcionan los ECOS.

En este periodo se elaboraron y oficializaron los *Lineamientos técnicos para la categorización de las UCSF* y se categorizó el 100 % de las UCSF en todo el territorio nacional, lo que a su vez fortalece los servicios que el Primer Nivel de Atención garantiza a la población salvadoreña. También se diseñaron los *Lineamientos para la implementación de la receta repetitiva para usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles* (ECNT, TABLA 4) en las UCSF, cuya finalidad es contribuir con los programas de prevención, información, tratamiento y manejo ambulatorio de las enfermedades crónico-dege-

nerativas, y fueron implementados en 57 de estos establecimientos.

En la TABLA 5 se detallan las atenciones brindadas a la población bajo la Estrategia de Gestión del Tiempo y la Demanda. Esta modalidad ha hecho más efectivo y ha acortado el tiempo del proceso de atención en los diferentes establecimientos.

La TABLA 6 detalla el incremento de UCSF que han implementado el Sistema Integrado de Atención a Pacientes (SIAP), pasando de 57 en 2016 a 90 en 2017, lo que equivale a un 33 % más en un año.

TABLA 4. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE IMPLEMENTAN LA METODOLOGÍA DE RECETA REPETITIVA PARA USUARIOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)

Región de salud	N.º de UCSF proyectadas e implementadas con la metodología (100 %)
Occidental	8
Central	12
Metropolitana	8
Paracentral	15
Oriental	14
Total	57

Fuente: Unidad de Desarrollo/DNPNA (enero de 2017).

TABLA 5. ATENCIONES BRINDADAS A LA POBLACIÓN BAJO LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DEL TIEMPO Y LA DEMANDA

Región de salud	Atenciones programadas	Atenciones brindadas	Porcentaje de cumplimiento
Occidental	131 606	102 552	78 %
Central	128 019	93 601	73 %
Metropolitana	950 772	705 560	74 %
Paracentral	245 474	189 685	77 %
Oriental	325 486	290 337	82 %
Total	1 783 357	1 381 735	78 %

Fuente: Unidad de Desarrollo/DNPNA, enero de 2017.

TABLA 6. UCSF CON IMPLEMENTACIÓN DEL SIAP

Región de salud	UCSF con implementación del SIAP mayo 2016	UCSF con implementación del SIAP mayo de 2017
Occidental	8	18
Central	8	15
Metropolitana	24	34
Paracentral	7	7
Oriental	10	16
Total	57	90

Fuente: Unidad de Desarrollo/DNPNA/DTIC.

Inversión en infraestructura y equipamiento en el primer nivel de atención y hospitales

Durante este periodo se han inaugurado cuatro establecimientos de salud con obras de construcción, tres con obras de rehabilitación y equipamiento y un almacén regional con obras de rehabilitación, con una inversión de US\$ 1 330 333.04 (fondos GOES y de cooperación internacional).



VISITA NUESTRO MAPA INTERACTIVO
UBICA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS Y DEPENDENCIAS DEL MINSAL
<http://geo.salud.gob.sv>

Se invirtió US\$ 13 923 591.24 en infraestructura en 24 hospitales del Segundo Nivel de Atención y en uno del Tercer Nivel de Atención y US\$ 19 000 601.36 en equipos médicos para la red nacional de hospitales. Se destaca la inauguración del nuevo Hospital Nacional de La Unión, por una inversión total de US\$ 13 105 210.12.

TABLA 7. INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y EN HOSPITALES

Inversión en infraestructura	
Hospital	Costo de la obra
Hospital Francisco Menéndez, Ahuachapán	\$ 3806.03
Hospital Dr. Jorge Mazzinni Villacorta, Sonsonate	\$ 21 606.00
Hospital Dr. Arturo Morales, Metapán	\$ 3961.62
Hospital San Juan de Dios, Santa Ana	\$ 154 975.86
Hospital General de Chalchuapa	\$ 26 211.69
Hospital Dr. Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango	\$ 13 732.00
Hospital Nacional General de Nueva Concepción	\$ 7297.25
Hospital Nacional General San Rafael, La Libertad	\$ 94 826.31
Hospital Nacional Especializado de Niños Benjamín Bloom	\$ 196 914.13
Hospital Nacional Especializado Rosales	\$ 1 273 952.51
Hospital Nacional General Dr. Juan José Fernández, Zacamil	\$ 37 742.94
Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña	\$ 57 393.13
Hospital Nacional General y de Psiquiatría Dr. José Molina Martínez	\$ 7488.00

Hospital Nacional General de Cojutepeque	\$ 6380.90
Hospital Nacional General Santa Gertrudis, San Vicente	\$ 5855.00
Hospital Nacional General Santa Teresa, Zacatecoluca	\$ 33 350.00
Hospital Nacional General de Jiquilisco	\$ 154 772.00
Hospital Nacional General San Pedro, Usulután	\$ 2300.00
Hospital Nacional General Dr. Jorge Arturo Mena, Santiago de María	\$ 1995.00
Hospital Nacional General Monseñor Óscar Arnulfo Romero Galdámez, Ciudad Barrios	\$ 81 143.15
Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe	\$ 3864.50
Hospital Nacional General San Juan de Dios, San Miguel	\$ 26 971.46
Hospital Nacional General Dr. Héctor Antonio Hernández Flores, San Francisco Gotera	\$ 22 209.48
Hospital Nacional General de Santa Rosa de Lima	\$ 59 945.59
Hospital Nacional General de La Unión	\$ 11 624 896.69
Total	\$ 13 923 591.24
Inversión en equipamiento	
Descripción	Monto
Equipo médico contratado para el montaje de la Unidad de Cáncer: aceleradores lineales, equipo de braquiterapia, tomógrafo computarizado multicortes y rayos x con sistema digital	\$ 7 119 972.81
Equipo de monitoreo clínico y fetal	\$ 2 398 396.83
Mobiliario clínico hospitalario: camillas de transporte de pacientes, mesa de partos y ginecológicas, cunas pediátricas y sillas de rueda para traslado de pacientes	\$ 352 836.48
Equipo de fisioterapia, equipo de electroestimulación muscular, equipo de gimnasio: bicicletas fijas, barras paralelas para adultos y pediátricas, ruedas ajustables, banda sin fin, verticalizador, escalera terapéuticas, entre otros; tanques, tinas y compresas para hospitales	\$ 70 361.50
Calderas para hospitales nacionales (Benjamín Bloom, Sonsonate, Santa Rosa de Lima y San Francisco Gotera)	\$ 724 360.00
Equipo de climatización por enfriamiento de agua (Chiller), Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom	\$ 497 153.68
Suministro e instalación de planta eléctrica (hospitales de Chalatenango, Saldaña y Suchitoto)	\$ 273 383.62
Equipo de aires acondicionados, de inyección y extracción de aires para hospitales nacionales del MINSAL	\$ 529 420.00
Kit de inmunohistoquímica, que incluye equipo en comodato	\$ 49 800.00
Repuestos para equipo médico principalmente para unidades de imagenología	\$ 282 609.78
Equipamiento para el montaje y funcionamiento del Laboratorio Nacional de Biomédica (equipo para análisis y medición y sistemas modulares de enseñanza)	\$ 282 695.03
Equipo médico para ambulancias (monitores de signos vitales, ventiladores de transporte de uso pediátrico y adulto, incubadoras de transporte, bombas de infusión, oxímetros de pulso y equipo de inmovilización como férulas)	\$ 378 563.05
Equipo de radiocomunicación en frecuencia VHF para ambulancias	\$ 118 496.26
Equipo de entrenamiento para resucitación cardiopulmonar por modelos anatómicos para entrenamiento	\$ 60 550.00
Equipos, reactivos, insumos y estándares de laboratorio para red de laboratorio del MINSAL y centros recolectores de leche humana	\$ 619 910.77
Equipo de laboratorio clínico, reactivos y pruebas de laboratorio para la atención de la enfermedad renal crónica.	\$ 709 317.38
Medicamentos e insumos médicos para atención de personas con enfermedades infectocontagiosas contratado	\$ 156 584.00

Se completó la dotación de equipo médico especializado por US\$ 1.28 millones, destacando para el periodo:	\$ 1 280 000.00
– Adquisición e instalación de equipos de aire acondicionado central de 90 000 BTU con sistema de filtro de alta eficiencia, por un monto de US\$ 0.2 millones, para seis hospitales: Santa Ana, Zacamil, Sensuntepeque, Jiquilisco, Nueva Guadalupe y Santa Rosa de Lima.	
– Adquisición e instalación de siete ascensores para el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, por un monto de US\$ 1.08 millones, lo que facilita la movilización vertical con fluidez y oportunidad en los edificios A, B, C, D y E y mejora la administración de los recursos de transporte para y desde los pisos de internación, emergencia y cuidados críticos, así como servicios de apoyo, beneficiando en promedio a 500 000 personas al año, entre pacientes, familiares y personal.	
– Adquisición de tres ambulancias básicas para el fortalecimiento de la red nacional de establecimientos del MINSAL, por un costo aproximado de US\$ 0.27 millones, para los hospitales Nacionales de Santa Rosa de Lima, La Unión y la UCSF El Mozote, Morazán.	
Fortalecimiento en mobiliario, equipo e instrumental médico para los servicios de obstetricia y pediatría en la red de hospitales pertenecientes a municipios Mesoamérica, por US\$ 0.15 millones	\$ 150 000.00
Dotación de equipo para fisioterapia en el Hospital Nacional de Ciudad Barrios, por un monto de US\$ 0.01 millones	\$ 10 000.00
Adquisición de resonancia magnética en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom	\$ 1 455 876.74
Equipamiento del nuevo Hospital Nacional de La Unión	\$ 1 480 313.43
Total	\$ 19 000 601.36

Fuente: DNHSNA y Unidad Financiera Institucional.

Proyectos para el fortalecimiento de la RIIS

Proyecto de la Estrategia de Empoderamiento de Mujeres, Individuos, Familias y Comunidades (MIFC)

Durante 2016 se ejecutó una inversión de US\$ 111 699.34, lo cual corresponde al 29 % del total del presupuesto del proyecto (US\$ 376 611.00) y al 100 % del primer desembolso. Estas inversiones han hecho posible la contratación de talento humano en salud que ha contribuido al cumplimiento de objetivos e indicadores de producción y calidad propios de este proyecto. Por ejemplo, 206 recursos han completado su proceso de formación en la estrategia de IEC con la finalidad de fortalecer las capacidades en todos los niveles del MINSAL, mientras que 375 elementos de los diferentes hospitales nacionales han sido capacitados en la estrategia Madre Canguro, con el fin de empoderar al personal hospitalario en el enfoque MIFC.

Programa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015)

En 2016 se avanzó en la ejecución del 77 % del presupuesto del Programa Salud Mesoamérica 2015 asignado al Primer Nivel de Atención. La inversión se destinó a la adquisición de equipo, mobiliario, insumos, medicamentos, material educativo y a formación técnica del personal.

El apoyo antes mencionado contribuyó a que el país continuara mostrando excelentes resultados en cuanto al parto institucional, en la utilización de métodos modernos, atención prenatal precoz con calidad, control puerperal precoz y en aplicación de la vacuna SPR.

Convenio de Préstamo BIRF 8076-SV

Con una inversión de US\$ 1 010 719.81, durante 2016 se reforzó la formación de promotores y promotoras de salud en «Atención Integral en Salud en la Comunidad» en las Regiones

Oriental, Paracentral y Occidental y se mejoró la capacidad instalada de los diferentes establecimientos de la red de servicios mediante la dotación de mobiliario de oficina, equipos de fisioterapia, instrumental odontológico y equipo para almacenes regionales, lo que ha incluido equipos de seguridad industrial.

TABLA 8. SEGUIMIENTO A PROCESOS DE ADQUISICIÓN UCP-ABRIL DE 2017

Proceso	Monto invertido
Mobiliario de oficina para UCSF	US\$ 539 800.02
Equipo de fisioterapia de Primer Nivel de Atención	US\$ 85 200.50
Estantería y carretillas para almacenes regionales	US\$ 74 605.04
Equipo de seguridad industrial de Primer Nivel de Atención	US\$ 13 865.3
Instrumental odontológico	US\$ 180 825.39
Formación de talento humano en salud de Primer Nivel de Atención	US\$ 106 972.50
Reproducción de papelería a promotores y apoyo a las capacitaciones	US\$ 9451.06
Total	US\$ 1 010 719.81

Fuente: Unidad de Gestión, DNPNA.

Atención comunitaria

La apertura de la Unidad de Salud Comunitaria ha permitido realizar un diagnóstico de las estructuras organizadas de las comunidades aten-

didas por promotores y promotoras de salud, lo que permite fortalecer el trabajo comunitario y establecer mecanismos de participación con las diferentes expresiones organizativas de las comunidades. De acuerdo con el diagnóstico, que se actualiza anualmente, se cuenta con tres tipos de instancias comunitarias con las que los promotores de salud desarrollan su trabajo, como se detallan en la **TABLA 9**.

Para mantener activos a estos grupos organizados se desarrollan diferentes actividades dentro de las cuales se destacan las 3115 asambleas comunitarias y 15 938 reuniones.

El trabajo de organización comunitaria en salud desarrollado por el Foro Nacional de Salud, eje estratégico de la reforma, para canalizar la participación social se detalla en el capítulo tres, subcapítulo Foro Nacional de Salud.

Se brindó capacitación a 119 promotores y promotoras y supervisores de salud comunitaria en el curso «Atención Integral en Salud en la Comunidad», que se desarrolló en las Regiones Oriental, Paracentral y Occidental. La capacitación ha sido orientada a la formación de habilidades y destrezas en la calidad de atención a nivel comunitario.

Se benefició con equipo e insumos para la atención de la población a 317 promotores y promotoras de salud, lo cual incide en el mejoramiento y en la calidad del servicio que brindan a la población.

La Unidad Comunitaria de Salud estableció mecanismos para el abordaje a nivel nacional, priorizando los elementos básicos de desarrollo

TABLA 9. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EN ZONAS ATENDIDAS POR PROMOTORES Y PROMOTORAS DE SALUD.

Descripción	Regiones de salud					Total
	Oriental	Paracentral	Metropolitana	Central	Occidental	
Comités de salud	649	765	283	469	543	2709
ADESCO	1051	786	314	627	952	3730
Juntas de agua	489	786	178	334	337	2124

Fuente: Diagnóstico de la capacidad instalada por Regiones de Salud.

y puesta en marcha de la metodología de supervisión facilitadora y destacando los elementos relacionados con la vigilancia de la mujer y la niñez a fin de incidir en la detección temprana de riesgos para su abordaje oportuno. Con este proceso se lograron 19 881 supervisiones, lo cual representó un notable apoyo en el terreno a promotores y promotoras de salud en el marco de la supervisión facilitadora por supervisores específicos, departamentales y técnicos regionales de salud comunitaria.

Atención en salud bucal

El componente de salud bucal se ha fortalecido en la atención a embarazadas, niños y adolescentes a través de acciones de educación, promoción, prevención y tratamiento, contribuyendo a reducir la prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal.

Durante este periodo, recibieron atención odontológica por primera vez el 99 % de embarazadas inscritas en el control prenatal, el 83 % de niños y niñas menores de un año inscritos en control de crecimiento y desarrollo (6 puntos más que en 2016) y el 72 % de adolescentes de 10 años inscritos en el control preventivo del adolescente. Se realizaron en promedio cuatro consultas odontológicas por embarazadas, una de primera vez y 3 subsecuentes.

Atención integral a las enfermedades no transmisibles

En febrero de 2017 el MINSAL creó la Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles, conformada por 6 unidades: Unidad de Enfermedades no Transmisibles Priorizadas, Unidad de Promoción, Prevención y Vigilancia de las ENT, Unidad de Salud Mental, Unidad de Trasplante de Células, Órganos y Tejidos, Unidad de Farmacias Especializadas y Unidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en Población Adulta de 20 años y más en El Salvador (2015), se efectuaron las siguientes acciones:

- Elaboración del *Plan estratégico nacional multi-sectorial para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles*.
- Elaboración del *Reglamento especial sobre etiquetado de advertencia sanitaria para productos alimenticios y bebidas preenvasadas*, en coordinación con la Defensoría del Consumidor.
- Elaboración del *Reglamento de cafetines y tiendas escolares*, en coordinación con el MINED.
- Elaboración de la encuesta *Evaluación de perfil de capacidad y respuesta frente a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo*, promovida por la OMS.

TABLA 10. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL DE EMBARAZADAS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, AÑOS 2015, 2016, 2017

Meta	Resultados		
	2015	2016	2017
100 % de embarazadas inscritas en control prenatal que han recibido atención odontológica de primera vez	99%	99%	99%
100 % de niños y niñas menores de 1 año inscritos en control infantil que han recibido atención odontológica de primera vez	79%	77%	83%
100% de adolescentes inscritos en el programa de atención al adolescente que han recibido atención odontológica de primera vez	80%	73%	72%
3 consultas odontológicas subsecuentes en la embarazada	1	2	3

Fuente: Unidad de Salud Bucal, DNPNA.

- Inicio de construcción de la Unidad de Radioterapia y adquisición de equipo y mobiliario para su funcionamiento, a fin de mejorar la calidad de la atención a personas con cáncer.
- Se divulgó la *Política nacional para la prevención y control del cáncer* en la red de establecimientos del MINSAL, que evidenció la necesidad del registro de cáncer hospitalario y los lineamientos técnicos para su funcionamiento en el Sistema de Información para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SIEC), diseñado conjuntamente con la DTIC, para la gestión hospitalaria.
- Se incrementó la disponibilidad de reactivos para la medición de hemoglobina glucosilada con la compra de 235 130 pruebas, por un monto de US\$ 372 160.00, y se invirtió en la compra de 175 200 pruebas de reactivos para la determinación de creatinina por método automatizado, por un monto de US\$ 44 640.00. Estas pruebas se pusieron a disposición de los diferentes niveles de atención, como elementos esenciales de valoración clínica en el control de los pacientes con patologías crónicas.

En el trabajo intersectorial con la Alianza para la Prevención y Control del Cáncer, se desarrollaron simposios y ferias de salud con el lema «Unámonos contra el cáncer, tú puedes, nosotros podemos», en el hospital Divina Providencia y en la Región Metropolitana, beneficiando a 400 personas.

La Unidad Coordinadora de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células es la instancia responsable de conducir los procesos técnicos, administrativos y jurídicos para la implementación del Programa de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. El Consejo Nacional de Trasplantes es el organismo consultivo y asesor en el tema para el periodo 2017-2019.

Se han capacitado a 220 recursos multidisciplinarios (médicos, enfermeras y personal encargado de Bancos de Sangre) en los 30 hospitales nacionales con el propósito de fortalecer

los conocimientos y competencias para el uso clínico adecuado de hemocomponentes.

Se firmó un convenio de cooperación con el INDES para implementar el plan nacional de fomento de la actividad física para el buen vivir en todo el país. Se capacitó, junto al INDES, a 90 recursos multidisciplinarios de las UCSF de la Región Metropolitana y de la Región Occidental de Salud para la prescripción de actividad física. También se realizó el lanzamiento de la estrategia «Ejercicio es Medicina» en coordinación con la Alcaldía Municipal de San Salvador y el INDES, beneficiando a 275 personas del área metropolitana.

Se han elaborado y reproducido 30 000 «Pasaportes para una Vida Saludable». Este carnet es portado por personas que padecen diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica y cáncer y que han participado en la estrategia «Ejercicio es Medicina», lo que ha permitido al personal de salud el registro de la actividad física prescrita, los planes de autocuidado, recomendaciones nutricionales y estilos de vida saludables, como parte de un programa educativo sencillo que facilita la toma de decisiones a nivel individual y familiar.

70 000 herramientas educativas relacionadas con diabetes, hipertensión, enfermedad renal, disminución de consumo de sodio y promover la ingesta de agua como factor protector de la salud renal.

Seguridad Alimentaria y Nutricional

En cumplimiento de la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, el MINSAL oficializó el Plan Estratégico Nacional Intersectorial de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 2016-2019. En el marco de la celebración de la «Semana Nacional de La Lactancia Materna» se acreditaron 14 establecimientos de salud como Amigos de la Niñez y las Madres (11 UCSF, un hospital nacional y dos clínicas comunales del ISSS).

En el marco de la protección a la niñez en el periodo de los primeros mil días de vida (desde la



Nuevas instalaciones de la UCSF especializada Dr. Luis Ángel Ramírez Portillo.

concepción hasta los 2 años) se entregó alimento complementario fortificado con 12 vitaminas, 6 minerales y proteínas de alto valor biológico a 85 180 personas, entre niñas, niños, mujeres embarazadas, madres lactantes y otros grupos vulnerables de 218 municipios del país (superando la meta de 137 municipios), con una inversión de US\$ 2 332 152.00, procedentes de fondos GOES y de la cooperación internacional.

Asimismo, se capacitó en educación inicial y alimentación infantil a 216 promotoras de nutrición de Centros Rurales de Salud y Nutrición (CRSN). Se socializaron las Guías alimentarias para la familia Salvadoreña con 532 recursos de salud a nivel nacional. Se formaron 240 facilitadores de SIBASI La Libertad y Chalatenango en la implementación a nivel comunitario del Protocolo de Seguridad Alimentaria Nutricional. Se capacitó a 600 familias en temas de alimentación saludable y nutrición. Se impartió un curso virtual sobre enfermedades relacionadas

con la alimentación y estilos de vida inadecuados a 25 nutricionistas de diferentes niveles de atención del MINSAL y se diseñó y se reprodujeron 2500 calendarios con fines educativos sobre «Prácticas en salud, alimentación y nutrición para crecer y vivir mejor, 2017-2018».

El MINSAL elaboró un Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad. En este marco se realizó evaluación nutricional antropométrica y de bioimpedancia a 269 empleados de la Secretaría de Estado del MINSAL y los resultados mostraron que 46 % de las mujeres presentaron sobrepeso y 33 % obesidad, mientras que en hombres el 52 % resultó con sobrepeso y el 25 % con obesidad.

Atención integral a la salud mental

Conjuntamente con las instituciones del SNS se elaboró y presentó el anteproyecto de *Ley de Sa-*

lud Mental en la Asamblea Legislativa en marzo de 2017, que también contó con el apoyo y participación de organizaciones sociales y agencias de cooperación internacional. La *Ley de Salud Mental* busca garantizar el derecho a la salud mental de la población, procurando promoción de la salud, prevención y atención oportuna a la población y grupos vulnerables.

Adicionalmente, con la creación y apertura de tres nuevas Unidades de Atención en Salud Mental en los hospitales de Chalatenango, Jiquilisco y Zacatecoluca se amplió y se garantizó la atención en salud mental de los usuarios. Con estas son 16 los hospitales de segundo y de tercer nivel que cuentan con atención de salud mental.

Se amplió la estrategia «De familia a familia» en las UCSF de Santa Marta y Victoria, en el departamento de Cabañas, en la UCSF intermedia de Cojutepeque y en los hospitales San Juan de Dios de Santa Ana y Francisco Menéndez de Ahuachapán.

Además, se capacitó a 430 recursos de los equipos multidisciplinarios de salud en la detección temprana y abordaje de consumo nocivo de alcohol en adolescentes y jóvenes, prevención de la conducta suicida, prevención del fracaso escolar, abordaje psicosocial y pruebas psicométricas.

Enfermedades Infecciosas Desatendidas

En cumplimiento del Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas se realizó la campaña nacional de antiparasitación en niños preescolares y escolares en 371 escuelas en los departamentos de La Libertad, San Vicente, Usulután y Morazán, alcanzando una cobertura del 85 %.

En 2016 se capacitó en enfermedad de Chagas a médicos internistas y pediatras de los hospitales de San Vicente, de Cojutepeque, San Juan de Dios de Santa Ana y San Juan de Dios de San Miguel. Además se capacitó a médicos

de las UCSF de las áreas que reportan más casos de enfermedad de Chagas: Milagro de la Paz (San Miguel), Carolina (San Miguel), Osicala (Morazán), Santa Ana y Ciudad Barrios (San Miguel).

El citomegalovirus ocupa la segunda causa de daño congénito de tipo infeccioso y tras el hallazgo de 96 pruebas positivas de inmunoglobulina M, la Dirección de Enfermedades Infecciosas ha elaborado el *Manual práctico para el manejo, control, prevención y tratamiento de la citomegalovirus perinatal*.

Atención a la mujer, niñez y adolescente

Atención integral de adolescentes y jóvenes

Se atendió a nivel nacional 798 355 (82.1 %) adolescentes por consultas curativas y preventivas de primera vez y se brindaron atenciones preventivas en un total de 147 201 (18.4 %), con énfasis en la inscripción de adolescentes de la cohorte de 10 años de edad. Estas atenciones consisten en evaluación nutricional de la talla para la edad, identificación temprana de factores de riesgo personales, familiares, escolares, educativos, proyecto de vida, autoestima, embarazo, violencia, suicidio y obesidad.

Se está construyendo la Estrategia Nacional Multisectorial para Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENMPEA) en coordinación con Ministerio de Educación (MINED), CONNA, Instituto Salvadoreño de la Mujer (ISDEMU), ISNA, instituciones del SIS, UNFPA y Plan Internacional. Incluye cinco áreas estratégicas: 1) alianzas intersectoriales y fortalecimiento de las instituciones para la ejecución del marco regulatorio y políticas públicas; 2) prevención de la violencia contra las niñas y adolescentes; 3) fortalecimiento de los sistemas de salud para la prevención del embarazo en adolescentes, considerando cobertura universal de servicios integrales, amigables y asegurando la atención en salud sexual y reproductiva; 4) fortalecimiento de la

alianza con el sector educación para la provisión de educación integral en sexualidad bajo un modelo de currículo ampliado a adolescentes, docentes, familias; y 5) la aplicación de intervenciones de promoción de la salud integral, con incorporación de la familia, la escuela y la comunidad, que tomen en cuenta el desarrollo integral de adolescentes.

El MINSAL ha ejecutado en las cinco regiones de salud el plan institucional para la prevención del embarazo, desarrollando metodologías participativas dirigidas a adolescentes, padres y madres, y planes estratégicos municipales para la detección de factores de riesgo asociados al embarazo a través de la aplicación de la historia clínica para adolescentes que recibieron atención en las UCSF. En el periodo 2015-2016 se registró una disminución de 3537 (14.2 %) embarazos en adolescentes, con predominio en el grupo de 10 a 14 años (18.9 %).

Se han organizado 3 áreas para la atención diferenciada de adolescentes en los hospitales Nacional de la Mujer, Benjamín Bloom y Ahuachapán que permiten impulsar una atención integral y diferenciada para mujeres y hombres adolescentes.

Se formaron 1101 promotores juveniles que desarrollaron la metodología “entre pares” en sus comunidades, con mensajes clave sobre promoción de estilos de vida saludables, prevención del embarazo y de la violencia.

Se implementó en el 100 % de las UCSF intermedias y en 10 hospitales la estrategia de círculos educativos con adolescentes embarazadas, con la participación de 6 a 12 adolescentes por establecimiento de salud en promedio, con el fin de promover el empoderamiento de mujeres, la participación de sus parejas y la prevención del siguiente embarazo.

Capacitación a 83 recursos multidisciplinarios para promover el abordaje intersectorial de las determinantes asociadas al suicidio en adolescentes, al embarazo y promover estilos de vida saludables, apoyando la identificación de actores clave y la conformación de mesas intersectoriales locales.

Atención integral a la mujer

La Reforma de Salud plantea la atención integral e integrada en salud materna para asegurar que toda mujer embarazada tenga acceso a los servicios de calidad durante el prenatal, en el periodo alrededor del parto y el puerperio, para apoyar la respuesta en la búsqueda de la reducción de la morbilidad materna.

Atención materna

En 2016 se realizaron:

- 47 219 inscripciones prenatales antes de las 12 semanas de embarazo, lo que corresponde a un 66 % (incremento del 3 % con respecto al 2015);
- 48 232 (67 %) inscripciones puerperales antes de los primeros siete días posparto (incremento del 1 % con respecto al 2015), lo que permitió identificar riesgos e incidir en la salud materna oportunamente.

Atención posaborto

Se registraron 7547 atenciones postaborto, de las cuales el 79.8 % egresa con método de planificación familiar, lo que refleja un aumento de 7.8 puntos porcentuales respecto a 2015. Se capacitó a 60 recursos de enfermería y a 18 médicos ginecobstetras y residentes del área en atención posaborto centrado en la mujer.

Reducción de la mortalidad materna

La mortalidad materna continúa siendo uno de los indicadores más sensibles de equidad, por lo que su reducción es un compromiso prioritario para el MINSAL. Para 2016 se tuvo una razón de mortalidad materna de 27.4 muertes por 100 000 nacidos vivos, una reducción de casi 15 puntos con respecto al año anterior. Este es uno de los cinco valores más bajos en el grupo de países latinoamericanos y del Caribe.

TABLA 11. COMPORTAMIENTO DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

Año	Razón de mortalidad materna
2009	49.7
2010	50.1
2011	47.7
2012	42.3
2013	38
2014	52.6
2015	42.3
2016	27.4

Fuente: Sistema Estadístico del Sistema Nacional de Salud.

Para lograr esta reducción se implementaron múltiples estrategias, como las enunciadas a continuación:

- Organización y funcionamiento de 21 Hogares de Espera Materna (HEM) en todo el territorio nacional, en las inmediaciones de los hospitales habilitados con maternidades para la atención del parto.
- Coordinación entre el personal del Primer Nivel de Atención, el Foro Nacional de Salud y otras organizaciones comunitarias para la identificación temprana en la comunidad, inscripción, control prenatal y atención oportuna del parto.
- Habilitación en los hospitales de la red de maternidades con ginecobstetra 24 horas para la atención del parto.
- Vigencia de la abolición de la barrera económica (supresión de cobros por la consulta, control prenatal, atención del parto y hospitalización).
- Continuidad a la implementación del código rojo y del código amarillo.
- Auditorías al 100 % de los casos de muerte materna.
- Formación de 14 facilitadores en curso de emergencias obstétricas certificado por la Sociedad de Ginecología Obstétrica de Canadá.
- Implementación de las clínicas de alto ries-

go para atención de mujeres en edad fértil con patologías o condiciones de alto riesgo reproductivo (diabetes mellitus, cardiopatías, hipertensión arterial (HTA), así como condiciones como edad: adolescentes y mujeres mayores de 35 años). Se fortaleció la consulta de alto riesgo reproductivo (CARR) en los establecimientos hospitalarios del MINSAL y en UCSF especializadas e intermedias que cuenten con ginecólogo obstetra. Se brindaron en el periodo un total de 3999 consultas.

Búsqueda intencionada

En el 2016 se inició el proceso de búsqueda intencionada. Esto consiste en descartar que las muertes de mujeres en edad fértil puedan estar relacionadas con el embarazo, logrando datos de razón de mortalidad materna de mayor calidad y precisión. Se identificaron 865 mujeres fallecidas con diagnóstico sospechoso para muerte materna, de las cuales no se identificó ninguna muerte materna adicional a las reportadas.

Atención del parto hospitalario

En 2016 se alcanzó el 99.1 % de partos hospitalarios en los 28 hospitales del MINSAL que cuentan con servicio de maternidad (99.6 % de parto hospitalario en las instituciones del Sistema Nacional de Salud). Se reportaron 9,335 partos menos comparados 2015, la tendencia en el descenso de partos verificados se ha mantenido desde 2014. El fortalecimiento de la anticoncepción es parte de estas estrategias. Se reportó un aumento de 10 % de usuarias activas durante el 2016. Predominó la dotación de métodos de larga duración reversibles.

El MINSAL conduce iniciativas intersectoriales importantes en salud sexual y reproductiva (SSR), obteniendo los siguientes resultados:

- Funcionamiento de la alianza interinstitucional e intersectorial para la SSR, con la participación de las diversas instituciones y organizaciones, donde se destaca el traba-

jo de dos mesas temáticas: salud materna y sexualidad.

- Elaboración de una propuesta temática para un plan intersectorial e interinstitucional de información, comunicación y educación como un eje trazador en las diversas acciones enfocadas a la salud sexual y reproductiva dirigidas a la población, haciendo énfasis en atención preconcepcional, prenatal y planificación familiar en contribución a la reducción de la morbilidad materna.

Atención integral a la niñez

La reducción de la mortalidad infantil es uno de los principales retos para el MINSAL. La mejora continua de la calidad y la implementación de estrategias costo-efectivas basadas en evidencia que ayudan a potenciar la supervivencia del niño y niña, su crecimiento óptimo y el desarrollo integral de todas sus potencialidades han sido factores clave para lograr en este último año la reducción de la mortalidad infantil.

Durante el 2016 se reporta un índice de prematuridad de 8.2 %, lo que representa una reducción del 0.36 % con respecto a 2015. Esto equivale a 1192 prematuros menos debido a las acciones realizadas para la prevención y atención de los factores de riesgo en la embarazada. Los departamentos con menos porcentaje de prematuridad son La Unión, San Miguel y Usulután.

Durante 2016, el porcentaje de bajo peso al nacer se reporta en 9.7 % del total de nacidos vivos, lo que significa que ha habido leve aumento del porcentaje en 0.19 respecto al dato de 2015, que fue de 9.54. Los departamentos que han logrado reducir el índice de bajo peso al nacer son La Unión, Usulután y San Miguel.

Reducción de la mortalidad infantil

Durante 2016 el SNS reportó 1107 defunciones en menores de un año (tasa de 9.8 por mil nacidos vivos), una reducción relevante del índice

de mortalidad. El 57.1 % de estas muertes se dieron durante el periodo neonatal y los departamentos con mayor incidencia son Chalatenango, Santa Ana, La Libertad y Usulután. Del total de defunciones en menores de un año, el 81.5 % (897) son reportadas por establecimientos del MINSAL, el 9.6 % (106) ocurrieron a nivel comunitario y el 7.1 % (79) se registraron en establecimientos del ISSS; las restantes se reportan dentro de otros ámbitos y establecimientos privados dando como resultado 1.7 % (18).

Es importante señalar que ha habido un descenso significativo en la tasa de mortalidad neonatal entre 2015, que fue de 6.64 por 1000 nacidos vivos, y 2016, cuyos registros reportan 126 defunciones menos, es decir, 5.6 por cada 1000 nacidos vivos (1.09 por mil nacidos vivos menos que en 2015).

Acciones priorizadas en la atención integral a la niñez

- Formación de 34 facilitadores y 135 promotores de salud a nivel nacional en atención integral del prematuro en la comunidad, que incluye el fortalecimiento de competencias técnicas para establecer la Estrategia Canguro en el nivel comunitario.
- Se amplió el programa de tamizaje auditivo en los hospitales de San Vicente y Sonsonate, beneficiando a 1600 neonatos, 11 de ellos con hipoacusia, que en el marco del funcionamiento en red tuvieron acceso a atención especializada en el Centro de Audición y Lenguaje.
- Se inauguró la Red de Atención Integral para Niños y Niñas con Síndrome de Down en seis redes departamentales y hospitales del Segundo Nivel de Atención y del Tercer Nivel de Atención (Nacional de la Mujer, Bloom, de Zacatecoluca, San Rafael, de Santa Ana y de San Miguel, así como hospitales del ISSS) para garantizar que ellos y sus familias reciban atención integral, que incluya apoyo psicosocial y evaluaciones multidisciplinarias para diagnosticar y tra-

tar oportunamente discapacidades, así como garantizar el inicio y mantenimiento de la estimulación temprana para mejorar su calidad de vida.

- Como uno de los pilares fundamentales en la calidad de la atención, el MINSAL implementó el componente del trato humanizado en la atención neonatal en los hospitales de Santa Ana, San Miguel, Santa Rosa de Lima, Chalchuapa, San Vicente y Soyapango. Esto lleva implícito el cambio del paradigma tradicional de la atención del neonato en los hospitales, donde los familiares tienen acceso restringido, a una visión más amplia con el enfoque básico de maternidades centradas en la familia, donde ya no habrá restricción del tiempo de la visita diaria, que se limitaba a 60 minutos, sino que serán horarios ampliados para el acceso del grupo familiar y además se trabajará en la educación en salud y participación de la madre en el cuidado básico del neonato hospitalizado.
- Se fortaleció la Red Nacional de Bancos de Leche Humana y Centros Recolectores con la apertura de 7 centros en los hospitales de San Bartolo y Chalchuapa, en la UCSF del Espíritu Santo, San Francisco Gotera, en el Hogar de Espera Materna de Anamorós de la Región Oriental, en la Clínica Comunal Panamericana del ISSS y en una empresa privada. Con estos son ya 38 los centros de colecta, distribuidos así: 30 en establecimientos del MINSAL, 6 en la empresa privada y 2 en establecimientos del ISSS. Se han recolectado 2650.8 litros de leche humana, beneficiando a 635 neonatos prematuros y de bajo peso al nacer. En este periodo se han inscrito como donantes 9437 mujeres, que al compartir su leche de forma solidaria generan esperanza en otras madres y posibilitan la supervivencia de los bebés.
- Se fortaleció la vigilancia y detección de niños y niñas con microcefalia por medio del establecimiento de la red de seguimiento de los niños y niñas con esta afección, en el marco de la epidemia del zika, y se identi-

ficaron oportunamente 157 casos de niños y niñas con microcefalia, de los cuales 129 fueron identificados en establecimientos del MINSAL y 28 en el ISSS. De estos, el 70 % se encuentra en seguimiento comunitario.

- Se capacitaron 110 recursos en *Lineamientos de atención integral de niñas y niños menores de 5 años*, con énfasis en manejo de neumonías y diarreas en el Primer Nivel de Atención.
- Se capacitó a 142 recursos médicos y de enfermería en abordaje de emergencias pediátricas en las RIIS.

Sistema de Emergencias Médicas (SEM)

El SEM tiene como objetivo brindar una atención pronta, eficiente y de calidad, que puede significar la diferencia entre la vida y la muerte del paciente que necesita los servicios de emergencia y urgencia en el ámbito prehospitalario.

En este periodo, el SEM ha brindado un promedio de 4230 atenciones prehospitalarias mensuales, coordinadas desde el centro de llamadas del SEM. Se recibieron 64 555 llamadas efectivas, de las cuales 53 050 fueron por demandas de asistencia, 9553 por demandas informativas y 1952 por demandas de transporte. Esto ha incidido en la atención de emergencias prehospitalarias y en la referencia adecuada según lineamientos de la RIIS. En este mismo periodo se ha coordinado la asistencia de 3596 atenciones por accidente de tránsito, que corresponden al 50.3 % de todas las lesiones de causa externa.

Como parte de la formación constante del personal, se desarrollaron 48 talleres y jornadas de capacitación a 1179 participantes, entre médicos prehospitalarios, médicos de las unidades de emergencia, enfermeras del Primer Nivel de Atención y personal de cuerpos de socorro.

Se ha desarrollado el Sistema de Atención Prehospitalaria y Control de Ambulancias (SAPHCA), que consiste en la sistematización de la hoja de atención prehospitalaria electrónica,

utilizada mediante un ordenador portátil (tablet) y por medio del cual toda la información clínica concerniente a cada una de las atenciones prehospitalarias realizadas por las ambulancias del SEM podrá visualizarse en tiempo real, a fin de brindar indicaciones y apoyo al momento de la atención de pacientes.

Adicionalmente, se instaló un sistema de radio digital que intercomunica ocho hospitales del área metropolitana, cuatro bases operativas del SEM y ocho ambulancias de FOSALUD, a fin de reducir los tiempos de respuesta a un máximo de 15 minutos y mejorar los procedimientos de coordinación de atención prehospitalaria, así como su continuidad en unidades de emergencias hospitalarias y hospitales.

TABLA 12. REFERENCIA DE PACIENTES POR EL SEM

Centro de traslado de paciente	Frecuencia	Porcentaje
Hospitales metropolitanos de Segundo Nivel	3742	48.7 %
Hospitales ISSS	2130	27.8 %
Hospitales de Tercer Nivel	799	10.4 %
Otros hospitales de Segundo Nivel	331	4.3 %
UCSF/CAE/FOSALUD	239	3.1 %
Hospitales privados	220	2.9 %
Unidades médicas ISSS	215	2.8 %
Total	7675	100 %

Fuente: Sistema de Información del Sistema de Emergencias Médicas, SISEM.

Cirugía mayor ambulatoria

En el ámbito de las intervenciones quirúrgicas mayores electivas, la cirugía mayor ambulatoria para este periodo se incrementó en un 18 % con relación al periodo anterior. Este tipo de cirugías, introducidas por la Reforma de Salud, reducen el tiempo de estancia hospitalaria y las infecciones nosocomiales, posibilitando la movi-

lización y rehabilitación temprana y reduciendo adicionalmente las complicaciones quirúrgicas.

Uno de los indicadores de calidad es la oportunidad de la atención. En este sentido, se han implementado estrategias para continuar disminuyendo los días de espera para que una persona sea atendida por un especialista en su primera consulta médica. Como puede verse en el **GRÁFICO 5**, la cantidad de días de espera se ha reducido en hospitales básicos y regionales.

TABLA 13. NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL CENTRO OFTALMOLÓGICO NACIONAL

Intervención quirúrgica	2015-2016	2016-2017	total
Escisión de pterigión	4604	3273	7877
Extracción extracapsular de cristalino genérico	732	1642	2374
Total	5336	4915	10 251

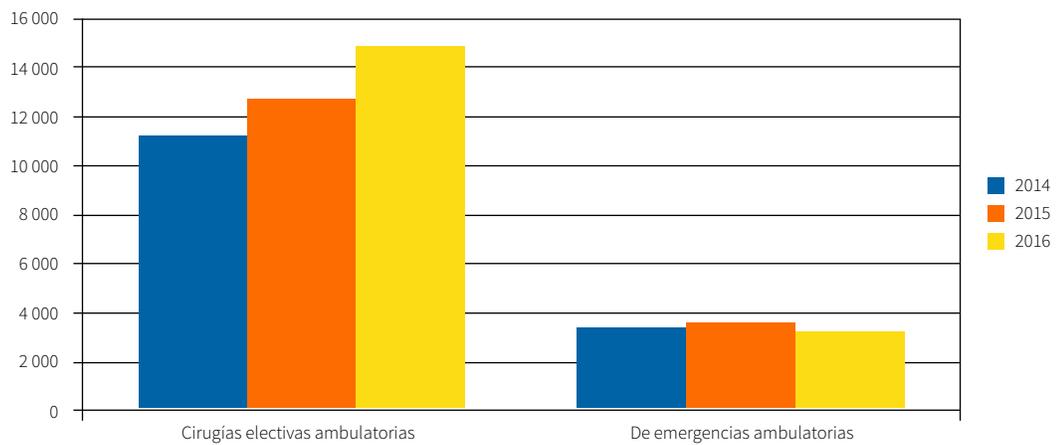
Fuente: Centro Oftalmológico Nacional del Hospital Santa Gertrudis de San Vicente.

El Centro Oftalmológico Nacional del Hospital Santa Gertrudis de San Vicente ha incrementado un 173 % la atención quirúrgica a pacientes. Los 4915 procedimientos quirúrgicos realizados en este centro oftalmológico solo entre 2016 y 2017 superan los 151 reportados en 2008 en todos los establecimientos del MINSAL. Esta diferencia está relacionada con la reducción progresiva de los tiempos de espera y la priorización de los diagnósticos que requieren intervención, como cataratas y pterigión, aspectos que garantizan el acceso a los servicios de salud visual de la población salvadoreña.

Unidad Nacional de Enfermería

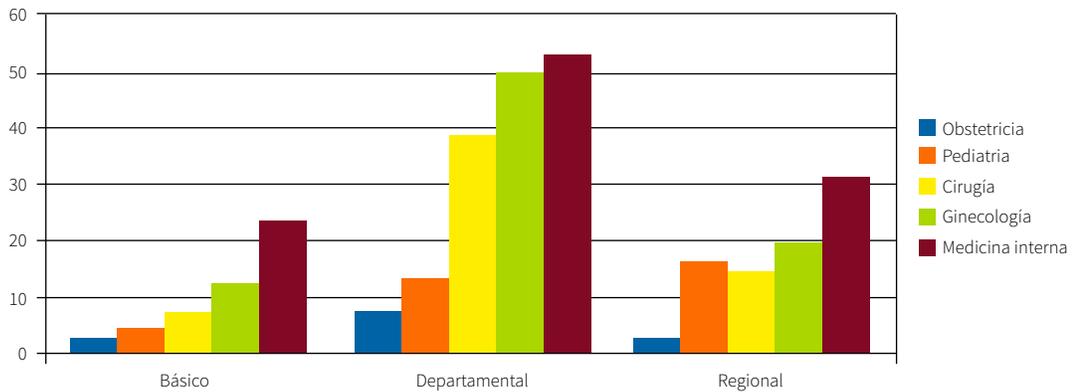
Por medio de la Unidad Nacional de Enfermería, el MINSAL realizó el lanzamiento oficial de la *Política nacional de cuidado de enfermería* (PNCE) y

GRÁFICO 4. COMPORTAMIENTO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA MINSAL 2014-2016



Fuente: Sistema de programación, monitoreo y evaluación.

GRÁFICO 5. DÍAS PROMEDIO DE TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ



Fuente: Sistema de programación, monitoreo y evaluación de actividades hospitalarias. Centro Oftalmológico Nacional.

la oficialización de su plan de implementación, en el que se definen las líneas de actuación del personal de enfermería en el SNS. Para su cumplimiento se han desarrollado jornadas de socialización con profesionales de enfermería del MINSAL, del ISS, de Centros Penales, de Sanidad

Militar, de hospitales privados, así como docentes y estudiantes de instituciones de educación superior (IES) formadoras de recursos humanos de enfermería del país, con un aproximado de 3000 participantes. El tema de cuidado de enfermería ha sido incluido en los planes de estu-



Inauguración de farmacia especializada, San Miguel.

dio de los diferentes grados académicos que han sido actualizados.

Otros acontecimientos de importancia relacionados con el gremio son la publicación de El libro blanco de la profesión de enfermería en El Salvador, documento que recopila los avances en la profesión como resultado de las exigencias que conllevan las diferentes etapas de transformación de la enfermería y el posicionamiento en los diferentes niveles de la gestión sanitaria en El Salvador, Centroamérica y El Caribe, y la oficialización de los *Lineamientos administrativos para el uso del uniforme del personal de enfermería en los establecimientos del MINSAL*, lo que propiciará mejoras en el orden y presentación del profesional de enfermería y fortalecerá su identidad institucional y profesional y su imagen social. Asimismo, en coordinación con la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos y dirigentes de instituciones formadoras de profesionales de

enfermería, se elaboró el perfil genérico para la formación de profesionales de enfermería de El Salvador.

Con el objetivo de reducir la morbimortalidad materna perineonatal e infantil y propiciar mejoras en la calidad de atención a la persona en el curso de vida, 522 profesionales de enfermería que laboran en los establecimientos de las RIIS fortalecieron sus competencias en diversos temas, como cuidados neonatales, parto humanizado, seguridad del paciente, ética profesional, cuidados de enfermería en paciente renal, enfoque de mejoramiento de vida, estrategia mujer, individuo, familia y comunidad.

En coordinación con la DTIC, se prepararon y se transmitieron 46 webconferencias para fortalecer la asesoría a las gerencias y jefaturas en gestión y cuidado de enfermería a nivel nacional. En este sentido se ha consolidado la aplicación del Modelo de Red de Enfermería para el

Continuo del Cuidado, con lo que ha mejorado la coordinación en la RIIS y la continuidad asistencial con énfasis en el curso de vida.

Se efectuaron 204 visitas de monitoreo, supervisión y asistencia técnica, lo que permitió identificar mejoras en los procesos técnicos y administrativos de responsabilidad del personal de enfermería.

En el ámbito internacional, la Unidad Nacional de Enfermería mantiene su proyección como sede regional del Proyecto Ángeles, con el apoyo de JICA y la conducción del Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe, potenciando las alianzas estratégicas docencia-gremio y el trabajo en redes de cuidado de enfermería, orientado principalmente al fortalecimiento de competencias técnicas.

Atención integral a todas las formas de violencia

El MINSAL reconoce que la violencia requiere un abordaje integral e intersectorial que permita transformar, con la participación activa de la población, la exclusión social, la inequidad y la desigualdad que generan violencia sobre las personas, la familia y la comunidad. En respuesta a la Política Nacional de Justicia, Seguridad Pública y Convivencia, se está desarrollando el *Plan Institucional de Prevención de Violencia*, que contempla 12 estrategias que se ejecutan en 62 UCSF y 15 hospitales de los 26 municipios priorizados del Plan El Salvador Seguro. Adicionalmente, se actualizó la *Norma de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia y lesiones*.

La atención especializada en salud a víctimas en un ambiente de confidencialidad y privacidad, calidad y calidez contribuye a evitar la revictimización. Con este propósito el Ministerio de Salud creó las Unidades de Atención Integral a Víctimas de Violencia, que en este periodo se han implementado en cuatro hospitales ubicados en los municipios priorizados por el Plan El Salvador Seguro: Santa Ana, Usulután, Jiquilisco y Zacatecoluca, con lo cual llega a 21

el número de hospitales que brindan esta atención especializada, que ha requerido de una inversión de US\$ 627 195.49, provenientes de la Contribución Especial para la Seguridad Ciudadana y Convivencia. Para el funcionamiento de estas unidades se ha contratado personal de psiquiatría y psicología.

En esta misma línea de trabajo, el Ministerio de Salud ha coordinado con el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública para organizar seis oficinas locales de atención a víctimas (OLAV) en hospitales nacionales.

La formación de capacidades técnicas generales y específicas también es parte de este esfuerzo de atención especial. En consecuencia, se desarrollaron 45 procesos de capacitación en distintas áreas, como lineamientos de atención de violencia, familias fuertes, grupos de autoayuda de mujeres que enfrentan violencia, fracaso escolar, prevención del suicidio, prevención del consumo de alcohol y drogas y prevención de la discriminación por diversidad sexual, en los que participaron 895 recursos humanos. En este esfuerzo se ejecutó un presupuesto de US\$ 47 962.38.

En el marco del Día Internacional de la Lucha contra la Violencia hacia la Mujer se desarrolló un foro nacional, con participación de 200 personas de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil. También se desarrollaron cinco talleres para socializar la Política y la *Ley contra la Trata de Personas*, con la participación de 185 recursos, entre personal médico, de enfermería, psicología, enfermeras, promotores y promotoras de salud, educadoras para la salud y trabajadoras sociales.

Finalmente, se invirtieron US\$ 50 078.00 en la adquisición de 2682 estuches de emergencia para niñas, adolescentes y mujeres afectadas por violencia sexual.

Gestión de la calidad en salud

La *Política Nacional de Salud 2015-2019* establece que la salud es un derecho de todas las perso-

nas, por lo que se deben de garantizar altos niveles de calidad y el mejoramiento permanente de la atención como principio de conducta cotidiana. Por esta razón el MINSAL creó en febrero de 2017 la Dirección Nacional de Calidad en Salud (DNCS).

Sistema de Gestión de la Calidad de las Redes Integrales e Integradas de Salud

Se ha implementado en los 30 hospitales y cinco regiones de salud las Unidades Organizativas de la Calidad (UOC), responsables de promover la identificación y desarrollo de intervenciones de mejora continua de la calidad. Se implementaron dos puntos de Información y Orientación a la Ciudadanía (INFOCA) por cada hospital, como espacios de información y orientación a los usuarios. Se han brindado 1500 atenciones en cada hospital.

Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública (CIGP)

Como parte del seguimiento a los esfuerzos gubernamentales para determinar los avances generados en el tema de calidad e identificar las potenciales áreas de mejora, el MINSAL ha realizado en forma sistemática y sistematizada la autoevaluación de la calidad. Durante los meses de enero a marzo del 2017 se llevó a cabo la quinta autoevaluación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública (CIGP), un proceso impulsado por la STPP que permite a la institución dirigir esfuerzos a la mejora continua en los procesos de servicio público relacionados con la salud.

El levantamiento de la quinta autoevaluación de la Carta Iberoamericana correspondiente al periodo de enero a diciembre 2016 fue coordinado, acompañado y consolidado por la DNCS y se realizó bajo la coordinación de las Unidades Organizativas de la Calidad (UOC) en cada uno de los 30 hospitales y de las cinco Regiones de Salud. También se conformó un

equipo técnico del nivel central para coordinar este proceso en la Secretaría de Estado.

Estándares de calidad

La medición de los estándares de calidad constituye una de las herramientas para la medición de la mejora continua en los establecimientos de la RIIS. Este proceso es liderado por los jefes de UOC y los referentes de calidad en las Regiones de Salud, en donde participa un equipo multidisciplinario que mensualmente registra, consolida y analiza el resultado de las mediciones a fin de identificar las brechas y establecer planes de mejora. Como apoyo a este proceso se creó la plataforma informática para la medición de los estándares de calidad y el seguimiento a los planes de mejora.

Institucionalización del Reconocimiento Interno a las Mejores Prácticas del MINSAL

Como estímulo al trabajo sistemático que conduzca a la mejora continua y eleve la calidad de los servicios, el Gobierno de El Salvador instituyó en 2011 el Reconocimiento a las Mejores Prácticas (RMP). Una versión de este premio se entrega a nivel interno del MINSAL desde 2015, con el fin de estimular las buenas prácticas en salud entre los diferentes niveles de atención y unidades.

En la primera edición (2015) se presentaron a concurso 27 proyectos, provenientes de 18 hospitales y cinco Regiones de Salud, entre los que se eligieron los cinco mejores, que luego se postularían para la fase del RPM a nivel de todas las instituciones del Estado en la edición de 2016. Estos proyectos son:

1. «Unidad de gestión para la atención integral en la RISS San Vicente a las embarazadas que asisten a la consulta de control prenatal, incorporando los componentes odontológicos y nutricional, periodo octubre 2014 a septiembre de 2015», presentado por el Hospital Nacional de San Vicente.

2. «Asocio público privado para el abastecimiento sostenible del banco de leche humana en el hospital San Juan de Dios Santa Ana».
3. «Implementación de centros recolectores de leche humana en las microrredes de la RIIS de la Región de Salud metropolitana».
4. «Cirugía mayor ambulatoria», presentado por el Hospital Nacional Rosales.
5. «Implementación cirugía mayor ambulatoria», presentado por el Hospital Nacional San Pedro de Usulután.

De estos cinco proyectos, que compitieron con otras propuestas de mejora de calidad a nivel de todas las instituciones públicas y de todos los sectores, resultó ganador del RMP 2016 el Hospital Nacional Rosales por su propuesta «Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria».

En la segunda edición del reconocimiento interno de las mejores prácticas de la mejora continua de la calidad se presentaron 25 proyectos, que fueron evaluados por una comisión integrada por OPS, INS, Secretaria Técnica de la Presidencia y la Oficina ES-Calidad. Los cinco mejores son los siguientes:

1. «Identificación oportuna de los riesgos fetales con la realización de ultrasonografía a las gestantes en la RIIS Chalchuapa de junio 2015 a junio 2016», presentado por el Hospital Nacional de Chalchuapa.
2. «Implementación de la estrategia código rojo para diagnóstico y manejo de choque hipovolémico por hemorragia obstétrica en Hospital Nacional de San Vicente».
3. «Reducir a 0.5 % anual la tasa de IAAS del neonato atendido en el periodo de enero 2014 a diciembre 2015 en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel».
4. «Mejora de la dieta alimenticia servida a los usuarios hospitalizados de acuerdo con la condición clínica individualizada», presentado por el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

5. «Control biológico para larvas del zancudo transmisor de dengue, comunidad San Diego Playa, Municipio de la Libertad», presentado por la Región de Salud Central.

Adicionalmente, se fortaleció el talento humano de 35 equipos gestores de proyectos de mejora en «Metodología de mejora continua de la calidad», en la RIIS.

Implementación de 3 Unidades de Gestión Clínica: Renal, Oftalmológica y Materno-Infantil.

La mejora continua de calidad que el MINSAL ha emprendido en este quinquenio ha promovido el aprovechamiento de experiencias que han ejecutado países desarrollados. Este es el caso de la implementación de 3 unidades de gestión clínica, que en noviembre de 2015 comenzaron el diseño y mapeo del proceso de implementación.

Desde mayo de 2016 se implementan 3 Unidades de Gestión Clínica (UGC): Materno-Infantil en la Región Metropolitana, Oftalmológica en la Región Paracentral y Renal en la Región Oriental.

Este esfuerzo busca mejorar el acceso y cobertura a los servicios de salud y la detectar de manera temprana de factores de riesgo y signos de alarma que impactan en la salud materno-infantil, oftalmológica y enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad renal crónica (ERC).

Atención integral a la persona veterana de guerra

El MINSAL avanzó en la atención integral en salud dirigida a la población veterana de guerra de la Fuerza Armada de El Salvador (FAES) y de excombatientes del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), incremen-

tando y fortaleciendo las acciones institucionales e interinstitucionales durante el periodo, así:

- 94 884 atenciones a las personas veteranas de guerra de la FAES, excombatientes y su grupo familiar (incremento del 16.3 % en relación al año anterior).
- 18 641 atenciones y procedimientos de fisioterapia.
- 545 atenciones en salud mental (incremento del 58 %)
- Además se realizaron atenciones grupales en salud mental: grupos de apoyo psicosocial, grupos psicoeducativos a veteranos, excombatientes y familiares, grupos de autoayuda, sesiones de terapia ocupacional, grupos de psicoterapia e intervenciones en crisis.

Jornadas optométricas

Se evaluaron 4841 excombatientes del FMLN, de los cuales 4689 se han beneficiado con lentes de diferentes dioptrías. Además se identificaron casos de catarata y pterigión que están en proceso de evaluación por oftalmología para ser intervenidos quirúrgicamente en los hospitales de San Vicente, Zacamil y San Rafael. Estas actividades se realizaron con fondos GOES.

Se oficializaron y se divulgaron los Lineamientos técnicos para la atención integral a la persona veterana de guerra en siete jornadas y una participación de 170 personas (cinco regiones de salud, direcciones y unidades de nivel central del MINSAL, sector veterano de guerra de la FAES y excombatientes del FMLN).

Inversión

Se ejecutó una inversión de US\$ 500 000.00 en medicamentos para las especialidades de urología, oftalmología, cardiología y ortopedia en los hospitales Nacional Rosales, Nacional Dr. Juan José Fernández (Zacamil), Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez, Nacional General San Pedro de Usulután, Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango,

Nacional General de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña, Nacional de la Mujer, Nacional San Juan de Dios de San Miguel, Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, Nacional Santa Gertrudis de San Vicente y Nacional General Héctor Antonio Hernández Flores de Morazán. Además se invirtieron US\$ 447 615.93 en insumos médicos, US\$ 142 000.00 en compra de equipo láser para retinopatía y US\$ 153 000.00 en material de osteosíntesis (clavos, prótesis de rodilla y cadera).

Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial y el MINSAL

Gracias a la aprobación de la Ley de Beneficios y Prestaciones Sociales para los Veteranos Militares de la Fuerza Armada y Excombatientes del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional que participaron en el conflicto armado interno, estipulada en el decreto legislativo 187 de diciembre de 2015, se creó la comisión administradora de la ley, integrada por el MINSAL y otras secretarías de Estado. En junio de 2016 se suscribió el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial y el MINSAL, con vigencia de dos años, para la ejecución de dos proyectos: atención oftalmológica a 18 000 beneficiarios a partir del segundo semestre 2016 y 75 600 atenciones odontológica a partir de enero de 2017.

Atención oftalmológica

Se contrataron los servicios de evaluación optométrica y compra de suministro de lentes de diferentes tipos y dioptrías para personas veteranas de guerra de FAES y excombatientes del FMLN, así como insumos para cirugía de cataratas y pterigión por un monto de US\$ 522 421.30. Con esta compra se han realizado a la fecha 71

jornadas optométricas, se ha evaluado 17 566 veteranos de guerra de FAES y excombatientes del FMLN, 98 % de lo proyectado, entregando gratuitamente 17 323 lentes. Durante las jornadas optométricas se han identificado además 2545 beneficiarios con necesidad de evaluación por oftalmología con el objetivo de ser intervenidos quirúrgicamente por pterigión y cataratas en el Centro Oftalmológico de San Vicente, en el Hospital Zacamil y en el Hospital San Rafael.

Atención odontológica

Bajo este convenio también se han adquirido insumos y medicamentos odontológicos para realizar atenciones integrales en odontología, incluyendo endodoncias, a los veteranos y excombatientes a nivel nacional, con un monto de inversión de US\$ 229 574.00. A la fecha se han brindado 10 081 atenciones a los beneficiarios.

Residencias médicas y odontológicas

La Coordinación Nacional de Residencias Médicas y Odontológicas se creó con el objetivo de contribuir con la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos y las instancias formadoras en la coordinación, promoción, actualización, integración, desarrollo y fortalecimiento de un sistema nacional de residencias médicas y odontológicas que responda a las necesidades de salud y al fortalecimiento del SNS. Para ello se asume el compromiso de contribuir a actualizar, integrar y supervisar el proceso de formación de los especialistas de los hospitales escuela del MINSAL, con equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y transparencia, proporcionando las herramientas necesarias de acuerdo con el marco legal vigente para contar con los recursos médicos de las especialidades que nuestro país requiere.



Atenciones en el Centro Nacional Oftalmológico del Hospital Santa Gertrudis, San Vicente.

Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias

Atención integral a la tuberculosis y enfermedades respiratorias

En 2016 se diagnosticaron 3032 casos de tuberculosis, que representan una tasa de 46.5 por 100 000 habitantes. Del total de casos de tuberculosis en todas sus formas, el 71.1 % son casos nuevos de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente positivos.

La implementación de nuevos métodos de diagnóstico, como las pruebas moleculares, la celebración de alianzas con otros sectores, como el sistema penitenciario, y la puesta en marcha de otras estrategias han contribuido al fortalecimiento de municipios catalogados como priorizados por su alta incidencia de casos.

Una contribución importante en la atención integral ha sido la unidad móvil de rayos x, que permite hacer toma de muestras y de radiografías en cada centro penal. Así, se desarrollaron 64 jornadas de toma de muestras y se obtuvieron 2019 radiografías digitales, de las cuales 444 fueron sugestivas de tuberculosis. Estos procesos adelantaron en sesenta días el inicio de los tratamientos, lo que fue determinante para cortar la cadena de transmisión de tuberculosis en una población altamente vulnerable.

Durante los últimos años ha habido una disminución de los casos de coinfección TB-VIH. No obstante, para 2016 se diagnosticaron 201 casos, lo que representa 6.6 % del total de casos de tuberculosis, es decir, 15 personas más con respecto a 2015, equivalente a un incremento del 8 % en el registro, lo que se explica por la oferta de pruebas gratuitas de VIH a las personas diagnosticadas con tuberculosis.

Asimismo, se observa una mejoría significativa en el éxito terapéutico de los casos, ya que para la cohorte de casos que ingresaron a tratamiento en 2015, se obtuvo una curación del 93.9 %, lo que supera la meta mundial, fijada en 90 %).

También se ha observado una disminución significativa en la mortalidad por tuberculosis. En 2000, la tasa de mortalidad era de 0.9 casos por 100 000 habitantes, y se ha reducido a 0.6 por cada 100 000 en 2016.

Como estrategia para fortalecer las capacidades del personal se realizó el II Curso Nacional de Control de Infecciones, con énfasis en tuberculosis, en el que participaron 40 recursos multidisciplinarios en salud encargados de la operativización en manejo de la tuberculosis, quienes a su vez replicaron el taller en sus Regiones de Salud y Sistemas Básicos de Salud.

Para promover las acciones, y en conmemoración al Día Mundial de la Lucha Contra la Tuberculosis, se celebró en marzo de 2017 el XII Congreso Nacional de Tuberculosis, en el que participaron las autoridades del MINSAL, del ISSS y de la OPS. De igual manera se organizaron desfiles a nivel nacional liderados por los diferentes establecimientos de salud.

La implementación de la iniciativa «Tuberculosis en las Grandes Ciudades» fortalece aún más las alianzas con otros proveedores de salud, entre ellos ISSS, así como la coordinación con otros actores, como el Distrito 1 de la Alcaldía Municipal de San Salvador y líderes de comunidades donde se ha iniciado la primera fase piloto de esta iniciativa.

Se ha desarrollado el XI Diplomado de Atención Integral de Tuberculosis, dirigido a personal multidisciplinario de todas las instituciones prestadoras de servicios (Seguro Social, Corte Suprema de Justicia, Centros Penales, Sanidad Militar) y de instituciones académicas de nivel superior, con el cual a la fecha se han graduado de 440 recursos. También se celebró el IV Congreso Nacional de Tuberculosis del Comité Nacional de Docencia para el Control de la Tuberculosis conformado por las diferentes universidades y escuelas formadoras de recursos en salud y dirigido por el Programa Nacional de Tuberculosis, al que asistieron 300 personas.

Se administró la prueba de conocimientos a 2564 egresados de las carreras de Medicina, Laboratorio Clínico y Enfermería, previo a su inicio al servicio social.

En agosto de 2016 se finalizó el estudio «Medición del gasto público en tuberculosis en El Salvador, durante el ejercicio fiscal 2015». Las cifras dan cuenta de que la lucha contra la tuberculosis implica recursos que rondan los US\$ 10.14 millones, lo cual representa el 1 % del gasto público en salud. El Salvador es el único País de América que ejecuta este tipo de estudios, desde 2013.

Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, en cumplimiento del Plan Estratégico Nacional Multi-sectorial de Respuesta al VIH-sida e ITS 2016-2020 (PENM), busca contribuir al alcance de los ODS y alcanzar las metas 90 90 90¹ del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Esto se logra con estrategias de prevención primaria, diagnóstico temprano, inicio oportuno a la terapia antirretroviral y supresión viral de las personas que viven con VIH, lo que constituyen un trabajo imprescindible

1. En 2013 ONUSIDA estableció los objetivos nuevos en materia de tratamiento del VIH después del 2015. Se consideró la meta 90 90 90: Que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% personas que viven con VIH reciban su terapia antiretroviral continuada, que el 90 % de las personas que reciben terapia antiretroviral tengan su presión viral.

para la contención de la epidemia, y centrando esfuerzos en las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad y en la disminución de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Asimismo, es importante mantener la respuesta multisectorial con enfoque de derechos humanos, monitorear y evaluar las intervenciones destinadas a reducir la transmisión de la infección y los resultados e impacto de las actividades estratégicas del PENM, a fin de tomar decisiones políticas y técnicas, así como trabajar en la gestión para la sostenibilidad de la respuesta al VIH e ITS en el marco de la Reforma de Salud.

Con las acciones desarrolladas, la implementación de estrategias innovadoras para acercarse a poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales), y una oferta sostenida de pruebas de VIH, la tendencia en la detección de nuevos casos es decreciente. De 1984 a marzo de 2017, El Salvador registra 34 630 casos acumulados de VIH (TABLA 14), de los cuales 28.6 % (9884) se encuentran en fase de VIH avanzado. En el tercer trimestre de 2015 se modificó el sistema de clasificación de infección por VIH y VIH avanzado, lo que generó un incremento administrativo en el número de casos de VIH avanzado a partir de ese año.

TABLA 14. CASOS NUEVOS DE VIH EN TODA LA POBLACIÓN DE EL SALVADOR, 2012-2017 Y CASOS TOTALES DESDE 1984 A 2017

Casos nuevos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acumulados de 1984 a marzo de 2017
Casos nuevos de VIH	1487	1387	1255	789	755	234	24 746
Casos nuevos de VIH avanzado	67	61	33	402	399	58	9884
Total de casos nuevos por año	1554	1448	1288	1191	1154	292	34 630
Población estimada	6 251 494	6 344 069	6 401 240	6 460 271	6 520 675	6 581 940	

Fuente: SUMEVE, MINSAL y DIGESTYC *El Salvador: Estimaciones y proyecciones de población nacional 2005-2050*, página 24.

Prevención y atención de las infecciones

1. En este periodo se inauguró una Clínica de Vigilancia Centinela para las Infecciones Transmisión Sesual (VICITS), con lo que ya llega a 14 el número de estos establecimientos a nivel nacional. Gracias a estas clínicas se atendieron 4869 personas, de las cuales 2182 son a mujeres trabajadoras sexuales (45.5 %), 2071 población HSH (43.2 %) y 540 mujeres trans (11.3 %). La atención brindada es de tipo integral, tanto diagnóstica como de tratamiento. Se ha especializado al recurso humano (médico, enfermería, laboratorio) en diversas temáticas, como salud anal, manejo sintromico de ITS, control de infecciones por tuberculosis, entre otras.
2. Se efectuaron 348 visitas de monitoreo a hospitales, Regiones y UCSF, en coordinación con equipos técnicos de las Regiones, SIBASI y hospitales de todos los niveles de atención, para verificar el cumplimiento de lineamientos, flujogramas de atención y diagnóstico referentes al VIH. También se realizaron 106 visitas específicas para asegurar y fortalecer en los niveles locales la adherencia al tratamiento ARV.
3. Se desarrolló una campaña permanente para la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH y sífilis congénita con oferta de pruebas en todas las UCSF que tienen laboratorio. En el segundo semestre de 2016, el MINSAL reportó 132 embarazadas con VIH, de las cuales el 72 % estaban ya registradas y el 28 % fueron nuevos casos. En este contexto, nacieron dos niños con VIH, cuyas madres fueron diagnosticadas tardíamente. Con estos resultados se ha mantenido por debajo del 2 % la transmisión vertical del VIH, con lo cual se alcanzó una de las metas de la Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita de la OMS.
4. Por medio de la estrategia de Poblaciones Móviles y en coordinación con las UCSF locales y las oficinas sanitarias internacionales (OSI) de los puntos fronterizos se realizaron durante el periodo: 135 804 actividades de IEC sobre VIH, distribuyendo 39 217 condones a poblaciones móviles y brindando 2119 consejerías en prueba de VIH en 11 de los 13 puntos intervenidos con la estrategia. Se ha logrado vincular a los hospitales con atención integral al 47.3 % de personas repatriadas con diagnóstico de VIH.
5. Continuamos la estrategia sangre segura en Bancos de Sangre para el control de la transmisión sanguínea del VIH a nivel nacional. No se registran casos de transmisión sanguínea.
6. Se continúa brindando servicio de toma de pruebas para VIH, sífilis, hepatitis B, C y tipeo sanguíneos en las unidades móviles de VIH-ITS, así como la oferta de servicios a personas privadas de libertad (PPL). Se tomaron 31 117 pruebas de VIH y 11 600 de detección de sífilis a PPL y se brindaron las respectivas consejerías. Se cuenta con 16 grupos de apoyo para PPL con VIH.
7. Se desarrollaron 18 jornadas de capacitación de la guía de profilaxis posexposición en los que participaron 540 médicos de los hospitales del MINSAL. Veinticuatro hospitales cuentan con insumos para dar profilaxis posexposición al VIH.
8. Para el abordaje de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales e intersexuales (LGBTI) se celebraron 28 jornadas de socialización de los Lineamientos para el abordaje en salud de las personas LGBTI entre el personal de los servicios de salud. Con estas actividades se logró la participación de 812 recursos humanos operativos de los niveles locales de atención, así como del monitoreo del cumplimiento de este a nivel nacional.

9. Dentro del plan de prevención de violencia se ha implementado la metodología del Recorrido Participativo Sexualidad, sida, Valores y Amor, con la finalidad de sensibilizar a la población en la no discriminación hacia la diversidad sexual. Se desarrollaron a nivel nacional 791 recorridos participativos con la población adolescente.
10. En coordinación con la sociedad civil se organizó la 2.^a Carrera Aeróbica por la VIHda, con el lema «Más kilómetros de compromiso, menos casos de VIH», el 28 de agosto de 2016, y se celebró el 2.^o Concierto de Gala «Sinfonía de VIHda».
5. Levantamiento de pruebas de GeneXpert para descartar tuberculosis en personas con VIH.
6. Participación en el Comité Nacional de Coinfección TB-VIH para fortalecer actividades colaborativas en los establecimientos de salud.
7. Por medio de la implementación de 144 pruebas de genotipo para VIH se han justificado los cambios de esquema de tratamiento de segunda a tercera línea, lo que optimiza los costos de pruebas y permite que las personas con VIH tengan una mejor evaluación de sus esquemas de tratamiento.
8. Se ha fortalecido el diagnóstico etiológico de las ITS con la administración de 1696 pruebas para gonorrea, 930 para virus del papiloma humano, 1618 para clamidia y 370 para herpes en población clave incluyendo también población general.
9. Descentralización de 581 pruebas confirmatorias para sífilis FTA ABS a la región oriental en el hospital nacional de San Miguel.

Atención integral de VIH-sida, coinfección Tb-VIH e ITS

1. A diciembre de 2016 se encontraban 8814 personas activas en tratamiento antirretroviral, a quienes se les dispensa cada mes su tratamiento en los 20 hospitales que brindan atención a personas con infección por VIH, y se incorporaron más de 900 nuevas personas en tratamiento antirretroviral.
2. Se están aplicando los esquemas de atención de la OMS según la guía de atención oficializada el 1 de diciembre de 2014. Se cuenta con medicamentos en dosis fijas combinadas para facilitar la adherencia al tratamiento. No hay lista de espera para la terapia antirretroviral.
3. Se realizaron cuatro talleres de capacitación de la guía clínica para la atención integral en salud a personas con VIH en los que participó personal de los 20 hospitales que brindan atención integral a las personas con VIH.
4. Se realizaron 42 jornadas de retroalimentación de *Lineamientos técnicos de ITS y estrategia VICTIS*, incorporando el enfoque de igualdad de género, dirigidas al personal de salud de las cinco Regiones y hospitales del MINSAL.

Monitoreo y evaluación

En coordinación con la DVS y la DTIC se ha trabajado ampliamente en el fortalecimiento del registro y monitoreo de la información sobre VIH, incluyendo pre y posconsejería a la prueba, así como la actualización de herramientas de análisis que permiten un mejor conocimiento de la epidemia, entre ellos: se pusieron en uso los nuevos formularios de VIH que alimentan al SUMEVE y que ya incorporan elementos necesarios para evaluar la cascada de atención a personas con VIH.

La información generada con estas herramientas ha permitido que el país pueda cumplir con los compromisos nacionales e internacionales de reporte de información:

- Informe nacional 2016 sobre el estado de situación del VIH en El Salvador;
- Medición del gasto en sida, 2016;

TABLA 15. PRINCIPALES CAPACITACIONES IMPARTIDAS A PERSONAL DE SALUD

Descripción	Recursos capacitados
Actualización al personal de salud sobre <i>Guía de profilaxis posexposición y socialización de la Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH</i>	712
Actualización al personal de salud sobre los <i>Lineamientos técnicos del control prenatal</i>	404
Divulgación de <i>Lineamientos para el abordaje integral en salud de personas LGTBI</i>	611
Socialización <i>Lineamientos de ITS y diversidad sexual</i>	1155
Talleres de consejería previa y posterior a la prueba VIH y consejería basada en riesgo	116
Cursos de control de infecciones	70
Estigma y discriminación, diversidad sexual y aspectos generales de ITS	58
Talleres para fortalecer adherencia a niveles locales de atención	134
Retroalimentación al personal de laboratorio clínico y bancos de sangre del MINSAL y del sector privado sobre el control de pruebas inmunoserológicas para VIH, ITS y bioseguridad	933
Toma, manejo y envío de muestras para PCR	289
Taller de elaboración de POES Región Occidental dirigido a profesionales de laboratorio clínico	488
Total	4970

Fuente: Cuadro resumen de actividades de capacitación realizadas durante el periodo de enero a diciembre de 2016.

- Informe de monitoreo global del sida, 2016;
- Evaluación de VIH cada semestre a las 14 redes departamentales de salud.

Con asistencia técnica de SCMS-USAID se ha continuado el fortalecimiento del Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB) a fin de que los hospitales usen esta herramienta tecnológica y se pueda consultar en línea los consumos y existencias de medicamentos antirretrovirales, que involucra a asesores médicos de los hospitales, personal de almacén, de farmacia y clínicos, supervisores regionales de laboratorio y profesionales de laboratorio clínico.

Con recursos del MINSAL y la cooperación de agencias internacionales se desarrollaron 128 jornadas de capacitación, 58 talleres y 2 cursos, en los cuales participaron 5561 recursos humanos.

Gestiones

Dado que el 31 de diciembre de 2016 finalizó la subvención «Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador» de Fondo Mundial, se gestionó una extensión de dicha

subvención por un monto de US\$ 5 148 186 para 2017 y 2018, con el objeto de cubrir parte de la atención integral a personas con VIH y poblaciones clave, principalmente en pruebas de laboratorio y en el fortalecimiento de las capacidades del personal de Primer Nivel de Atención para la adquisición de conocimientos y habilidades para la implementación de la estrategia de prevención combinada que permita continuar avanzando en la disminución de casos de VIH. Se ha iniciado el diseño de un nuevo proyecto para 2019-2021 de tuberculosis y de VIH con el Fondo Mundial.

Se ha continuado recibiendo apoyo del Proyecto de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés) en los componentes de información estratégica, adherencia a la terapia antirretroviral, monitoreo estratégico, gestión de suministros, prevención combinada en clínicas VICITS, acompañamiento en la actualización de la guía clínica de atención a personas con VIH, coinfección TB-VIH, infecciones micóticas en personas con VIH, entre otros, por un valor de US\$ 2 000 000.00 en asistencia técnica. Se tiene aprobada la continuidad del apoyo de PEPFAR para 2017-2018. 

CONSTRUIMOS UN SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA:

- A) RED INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.
- B) LINEAMIENTOS PARA ACTIVIDADES DE FARMACOVIGILANCIA.
- C) CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.
- D) MIEMBRO DEL PROGRAMA INTERNACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA DE LA OMS.



Tecnologías sanitarias: medicamentos y vacunas

Se define tecnología sanitaria como la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida.

La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) consiste en el proceso de análisis e investigación dirigido a estimar el valor y contribuciones relativos de determinada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social, pero fundamentalmente adaptándolo al contexto local. Es el nexo contextualizado entre el conocimiento científico y el proceso de toma de decisiones.

Con el doble objetivo de fortalecer el uso racional de medicamentos e institucionalizar la evaluación de tecnologías sanitarias, se creó a partir del año 2014 la Dirección de Tecnologías Sanitarias (DIRTECS) como otra innovación de la Reforma de Salud para optimizar los recursos disponibles en un contexto de incremento irracional de los costos a nivel mundial de las nuevas tecnologías, especialmente productos biotecnológicos para enfermedades crónicas como cáncer, insuficiencia renal, diabetes e hipertensión.

La Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) es la unidad de la DIRTECS que tiene como misión brindar el apoyo técnico para la evaluación de solicitudes de inclusión, modificación o exclusión de tecnologías sanitarias en los listados oficiales del MINSAL. Actualmente, por ser una unidad de reciente creación, se está trabajando con la evaluación de las solicitudes de medicamentos, a fin de promover su acceso equitativo y su uso racional.

Por estos relevantes e innovadores avances en la institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias, El Salvador fue elegido como sede del VIII Encuentro de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA) y el IV Encuentro Regional de la red Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTAi). Con el propósito de concientizar a los funcionarios del MINSAL y a los directores de hospitales y del Primer Nivel de Atención sobre la importancia de utilizar la evaluación de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones, se desarrolló el 5 y el 6 de octubre el I Foro Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En este foro participaron 24 especialistas provenientes de 12 agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de 8 países de la región de las Américas y 276



Inauguración del VIII Encuentro de RedETSA, IV Encuentro Regional de HTA y I Foro Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 5 octubre de 2016.

funcionarios nacionales, entre personal de los Comités de Farmacoterapia, directores de hospitales, dependencias del MINSAL, FNS, Defensoría del Consumidor, Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Juntas de Vigilancia de Química y Farmacia y representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS): ISSS, ISBM, DNM, FOSALUD, COSAM, de cara al fortalecimiento y la integración del SNS.

Este foro permitió posicionar entre los asistentes la importancia de la evaluación de tecnologías sanitarias como una estrategia para garantizar el acceso a los medicamentos basando la toma de decisiones en evidencia técnico-científica de alta calidad y en análisis económicos para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, así como el abordaje del derecho a la salud y el impacto de la judicialización de la salud.

La elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias, ya sea en su modalidad completa, informe rápido o informe breve, requiere del desarrollo de habilidades y competencias para la búsqueda de evidencia científica, lectura crítica de la misma y realización del análisis económico.

Dado que la evaluación de tecnologías sanitarias es una temática nueva en nuestro país, se requiere capacitar a los profesionales de la Red de Comités de Farmacoterapia, al personal

técnico de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, así como a los técnicos de la Unidad de Economía de la Salud del MINSAL. Con el apoyo financiero del Convenio BIRF 8076-SV se han adquirido cupos para cursos virtuales impartidos por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina (Centro Colaborador de OPS) por un monto de inversión de US\$ 72 037.50 (TABLA 1).

La DIRTECS participa además con cinco funcionarios en el curso regional de «Evaluación, selección y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias»; con la colaboración del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitarias (IECS) y el Centro Universitario de Farmacología de la Universidad de La Plata, Argentina.

Además, el país fue beneficiado con el otorgamiento de 15 becas para el curso de «Introducción a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias»; impartido por la Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedArets), en el que participan funcionarios del MINSAL, ISSS, DNM y FOSALUD.

A partir del segundo trimestre de 2017, la UETS ha sido fortalecida con la contratación de dos colaboradores técnico-científicos en medicamentos, con lo cual se completa el equipo con cuatro recursos que han iniciado ya su formación.

TABLA 1. CURSOS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y EVALUACIONES ECONÓMICAS

Curso	N.º de participantes	Perfil de participantes	Monto
«Introducción a la evaluación de tecnologías sanitarias»	45	Representantes de los Comités Farmacoterapéuticos locales de la red de establecimientos del MINSAL	US\$ 43 222.50
Posgrado en «Implementación y desarrollo de evaluación de tecnologías sanitarias»	6	Personal técnico de la UETS, técnicos de dependencias del MINSAL y Dirección Nacional de Medicamentos	US\$ 22 035.00
«Evaluaciones económicas, programación análisis e Interpretación de modelos económicos»	2	Personal técnico de la Unidad de Economía de la Salud del MINSAL	US\$ 6780.00
Total			US\$ 72 037.50

Fuente: Elaboración propia.

La DIRTECS se fortaleció durante el periodo del 1 junio de 2016 al 31 de mayo de 2017 mediante la ejecución de fondos provenientes del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública BIRF 8076-SV, en las áreas

de farmacovigilancia, tecnovigilancia, evaluación de tecnologías sanitarias y uso racional de tecnologías sanitarias, ejecutando un total de US\$ 357 712.64, de acuerdo con las siguientes categorías:

Descripción	Monto ejecutado
Equipamiento informático de los nodos institucionales de la Red de Farmacovigilancia	\$111 647.80
Capacitación de 53 funcionarios en «Evaluación de tecnologías sanitarias y evaluaciones económicas»	\$72 037.50
Contratación de suscripción a base de datos de sistema de comparación y de alerta de equipos médicos ECRI por un período de 2 años	\$37 554.25
Campaña nacional de radio y televisión sobre farmacovigilancia	\$35 282.95
Adquisición de material para impresión y reproducción de documentos regulatorios de medicamentos y otras tecnologías sanitarias	\$28 179.41
Desarrollo del «I Foro de evaluación de tecnologías sanitarias» y «VIII Reunión anual de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA)»	\$21 512.23
Contratación de servicios de alimentación a domicilio para desarrollar talleres (19) de uso racional de medicamentos	\$21 056.00
Consultoría para la creación y puesta en marcha del Sistema Nacional de Farmacovigilancia	\$20 000.00
Contratación de servicio de impresión, reproducción y encuadernado de <i>Manual de procedimiento de farmacovigilancia</i>	\$9 030.00
Adquisición de un cupo para participar del «XIX Curso Internacional de Farmacovigilancia» en Uppsala, Suecia.	\$1 412.50
Monto ejecutado	\$357 712.64



Uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias

Del 1 de junio de 2016 al 31 de marzo de 2017 se celebraron siete reuniones de trabajo del Comité Farmacoterapéutico Institucional (CFTI) con el objetivo de proporcionar herramientas metodológicas y técnicas para el fortalecimiento del uso racional de medicamentos, formulando y actualizando instrumentos técnicos jurídicos:

1. *Manual de organización y funciones de los Comités Farmacoterapéuticos*
2. *Lineamientos técnicos para las buenas prácticas de prescripción y dispensación*
3. *Guía de evaluación del uso de medicamentos*
4. *Formulario terapéutico nacional*

Se realizó un taller de validación de indicadores para medir el abastecimiento, a fin de mejorar la toma de decisiones por parte de las autoridades.

Asimismo, se han fortalecido las capacidades y conocimientos adquiridos por parte de los miembros de la unidad en temas relacionados

con los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud (APS). Con el apoyo financiero de España, por medio de Farmamundi, y la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS) se capacitó a 33 profesionales químico-farmacéuticos de los servicios de farmacia hospitalaria del MINSAL que participaron en el «Diplomado en Farmacia Hospitalaria» impartido por la Escuela de Posgrado de la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad de El Salvador.

Se ha programado para el segundo semestre de 2017 el lanzamiento, la divulgación y la implementación del *Plan Nacional para el Acceso y Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias 2017-2022*.

Farmacovigilancia

En octubre de 2016 se publicó en el *Diario Oficial* el *Reglamento Técnico Nacional de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano*, lo cual sentó las bases para la creación del Sistema Nacional de

Farmacovigilancia, así como el funcionamiento del Centro Nacional de Farmacovigilancia y el Comité Asesor, conformado por representantes de las instituciones miembros del Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

En diciembre de 2016 se creó la Red Institucional de Farmacovigilancia, que cuenta con un referente en cada hospital, regiones del primer nivel y SIBASI. Cada miembro fue dotado con un equipo básico de monitoreo y vigilancia con una inversión de \$99 368.76, provenientes del préstamo BIRF 8076-SV.

Con fondos de este mismo préstamo se diseñó el Sistema de Farmacovigilancia, cuyos productos han permitido contar con varios documentos, tales como los *Lineamientos para actividades de farmacovigilancia*, el *Manual de organización y funciones del Centro Nacional de Farmacovigilancia*, el *Manual de procedimientos internos* y los *Lineamientos técnicos para la notificación de reacciones adversas*, ESAVIS y otros problemas relacionados a medicamentos. Se han contratado también los servicios de reproducción de 3000 ejemplares de los documentos regulatorios para distribuir entre los miembros del Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Como parte del Plan de Capacitación de la DIRTECS, se capacitaron 71 recursos de MINSAL, DNM, ISSS, FOSALUD y FNS en el «Curso Básico de Autoaprendizaje en Farmacovigilancia» administrado por la OPS/OMS, entre el 10 de octubre de 2016 y el 20 de enero de 2017.

En marzo de 2017 se desarrolló el «Curso Básico de Farmacovigilancia» de 16 horas de duración, impartido por la coordinadora de la Red Latinoamericana de Farmacovigilancia y dirigido a un total de 200 funcionarios del Sistema Nacional de Salud y de otras instituciones que velan por la salud de la población. Además, con el apoyo del Uppsala Monitoring Centre se desarrolló el taller de capacitación para el Uso de las Herramientas Informáticas para la Vigilancia de la Seguridad de Medicamentos, que estuvo a cargo del Centro Colaborador en Farmacovigilancia de la OMS (VigiFlow®, Vigi-Base®, VigiLyze®, etc.), impartidos por la con-

sultora internacional Elky Sollembing y dirigida a los referentes de farmacovigilancia de las unidades efectoras y profesionales de salud del Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

A partir de abril de 2017, El Salvador se incorporó como miembro pleno al Programa Internacional de Farmacovigilancia, coordinado por el Uppsala Monitoring Centre, con base en Suecia, un centro colaborador de la OMS en Farmacovigilancia, lo que nos garantiza el apoyo internacional para la cualificación de recursos, notificaciones internacionales de seguridad de los medicamentos y las herramientas informáticas para facilitar la notificación y el análisis de la causalidad, así como la gestión del riesgo de los medicamentos.

Como primer beneficio de ese nombramiento, el Centro Nacional de Farmacovigilancia participó en la 19.^a edición del Curso Internacional de Farmacovigilancia, celebrado entre el 8 y el 19 de mayo en la ciudad de Uppsala, Suecia, gracias al apoyo de la OPS y del Convenio de Préstamo de Fortalecimiento Institucional BIRF- 8076 sv.

Todos estos logros serán dados a conocer mediante una campaña de difusión por radio y televisión contratada con fondos del préstamo BIRF- 8076 sv, en estos momentos en la etapa final de diseño y producción.

Otros logros reportados en el periodo son:

1. Armonización con el ISSS de la hoja de notificación de sospecha de reacciones adversas.
2. Creación de página web del Centro Nacional de Farmacovigilancia, donde se encuentra disponible el Sistema de Notificación en Línea, que podrá ser utilizado por los funcionarios del Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Control de la calidad de los medicamentos

En este periodo se muestrearon 2672 lotes de medicamentos e insumos médicos y se efec-

tuaron 5956 determinaciones físico-químicas y 7600 determinaciones microbiológicas.

También se logró aprobar la segunda auditoría de vigilancia para el mantenimiento de la acreditación con el Organismo Salvadoreño de Acreditación (OSA), según la norma ISO/IEC 17025:05.

Se elaboraron procedimientos nuevos y se acoplaron otros para ser incorporados al Sistema de Gestión de la Calidad existente en la Unidad para cumplir con la ISO/IEC 17020:2012.

Uno de los principales logros fue la la acreditación como Organismo de Inspección Tipo B, en el área de medicamentos, insumos médicos y productos biológicos bajo la norma ISO/IEC 17020:2012, convirtiéndonos en el primer organismo de inspección acreditado en el MINSAL y el primer organismo de inspección de medicamentos acreditado a nivel nacional y centroamericano, como parte de los esfuerzos del MINSAL por mejorar la calidad de los servicios que brinda el Laboratorio de Control de Calidad, en cumplimiento de la *Ley del Sistema Nacional de Calidad*.

Se inspeccionaron las condiciones de almacenamiento de los almacenes y farmacias de 16 hospitales nacionales, cuyos hallazgos y oportunidades de mejoría fueron informadas a los directores de los establecimientos.

Se capacitó al personal de las áreas de análisis en el «Curso teórico-práctico de validación en la parte estadística», durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2016, que ha permitido al personal del área físico-química el manejo de los cálculos estadísticos la validación, el cálculo de la incertidumbre y la interpretación de los datos.

Regulación y control de prácticas con radiaciones ionizantes en las áreas de la medicina y la industria, a nivel nacional público y privado

En el periodo se efectuaron 265 autorizaciones (operación, construcción, importación, exporta-

ción, modificación, servicios técnicos) emitidas a prácticas con equipos y fuentes radiactivas.

También se llevaron a cabo 279 inspecciones a instalaciones relevantes que realizan prácticas con fuentes radiactivas médicas e industriales (braquiterapia, teleterapia, medicina nuclear, radiología convencional, mamografía, tomografía computarizada, intervencionismo, fluoroscopia, densímetros nucleares, rayos x de seguridad, gammagrafía y radiografía industrial).

Por medio del Sistema de Inspección y Autorización se logra mejorar la calidad de los servicios brindados y optimizar la protección radiológica de los trabajadores, los pacientes y el público en general, verificando el cumplimiento de la normativa y los requerimientos de seguridad.

Farmacias especializadas

Las farmacias especializadas de San Salvador, San Miguel y Santa Ana han brindado 143 152 atenciones y dispensado 297 586 recetas, haciendo un promedio de 11 929 usuarios atendidos y 24 798 recetas dispensadas mensualmente con el objetivo de brindar atención especializada a pacientes con enfermedades crónicas para la provisión de medicamentos con recetas repetitivas.

La producción de las farmacias especializadas va en aumento constante, pasando de 5881 atenciones entre junio de 2015 y mayo de 2016 a 12 078 entre junio de 2016 a mayo de 2017. Además se realizaron 22 116 seguimientos farmacoterapéuticos por parte de personal químico farmacéutico, garantizando así la adhesión continua al tratamiento, la recuperación y la estabilización de los usuarios con padecimientos de enfermedades no transmisibles.

Los tiempos de dispensación del medicamento se han reducido a tan solo 20 minutos en promedio, incluyendo consejería personalizada, lo que permite una atención farmacéutica de calidad, con trato digno, amable y respetuoso, logrando adicionalmente un descongestionamiento de los hospitales.

Vacunas y Programa Ampliado de Inmunizaciones

El fortalecimiento del Programa Nacional de Vacunación en el marco de la Reforma de Salud ha permitido tener el cuadro básico de vacunación más completo de la región, con coberturas útiles que superan el 90 %, lo que se traduce en prevención de la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades que pueden evitarse por vacunación.

Durante 2016 se introdujo la vacuna IPV como primera dosis en el Esquema Nacional de Vacunación y se cambió la vacuna OPV trivalente a OPV bivalente con el objetivo de erradicar el poliovirus y evitar los casos raros de poliomielitis posvacunal provocados por el componente 2 de la vacuna oral.

TABLA 2. COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN 2016

Vacuna	Dosis aplicadas	Cobertura
BCG	96 983	86.8 %
Hepatitis B	90 827	81.3 %
3. ^a dosis de OPV	106 149	95.0 %
3. ^a dosis de pentavalente	104 217	93.3 %
2. ^a dosis de rotavirus	104 451	94.0 %
2. ^a dosis de neumococo	98 467	88.1 %
SPR 1 dosis	105 072	94.1 %
Neumococo 1. ^{er} refuerzo	100 650	90.1 %
Pentavalente 1. ^{er} refuerzo	100 385	89.9 %
OPV primer refuerzo	103 424	92.6 %
SPR 2 dosis	98 250	87.4 %
DPT	105 263	93.7 %
OPV segundo refuerzo	100 284	89.2 %
Tdpa (mujeres embarazadas)	48 636	39.1 %
Influenza (mujeres embarazadas)	63 586	73.1 %

Fuente: Sistema de Información en Salud, Sistema Nacional de Registro de Vacunas.

Se elaboraron los *Lineamientos técnico-jurídicos de vacunación contra la influenza* con el objetivo de mantener los recursos humanos actualizados y capacitados; además, se elaboraron los *Lineamientos de manejo y control ante un evento o brote de poliomielitis* con el objetivo de estar preparados y hacerle frente a un evento de gran magnitud como equipo de salud.

Se realizaron dos campañas de vacunación (14.^a y 15.^a Semana de Vacunación de las Américas), que tuvieron por objetivo mantener el control de la influenza estacional y alcanzar coberturas útiles en los municipios en riesgo. Se llevaron a cabo en mercados, centros educativos, iglesias, parques, centros comerciales.

Durante el periodo se aplicaron 3 475 806 dosis de vacunas, con una inversión de us\$10 332 128.52

Se ha logrado mantener estas coberturas de vacunación a nivel nacional mediante estrategias que hacen accesible este servicio a la población: búsqueda de personas faltistas, vacunación casa a casa y en lugares estratégicos de concentración poblacional como escuelas, guarderías, parvularias, centros comerciales, mercados, supermercados, parques, etc., en horarios flexibles y fines de semana, logrando controlar y prevenir enfermedades inmunoprevenibles objeto del programa. 

**CONTAMOS CON UNA
POLÍTICA NACIONAL DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD
QUE GARANTIZARÁ PROCESOS
INVESTIGATIVOS CON ESTÁNDAR-
ES METODOLÓGICOS Y ÉTICOS**

Instituto Nacional de Salud

Desde su creación en 2010, el Instituto Nacional (INS) de Salud promueve, apoya e incentiva la investigación en salud pública en el país. El INS es una entidad científico-técnica del MINSAL cuya misión es encontrar soluciones científicas a los principales problemas de salud de la población de manera sinérgica, constituyendo una herramienta para que la autoridad sanitaria ejerza la rectoría de la investigación en salud. Para ello formula con participación de los actores relevantes un marco jurídico que norma el funcionamiento de un Sistema Nacional de Investigación en Salud incluyente, que permite trascender del análisis causal con perspectiva biomédica hacia un abordaje multidimensional y desde el análisis de la determinación social de los problemas de salud que enfrenta.¹

Fortalecimiento de la capacidad rectora para la investigación en salud

Lanzamiento de la Política Nacional de Investigación para la Salud

El 1 de diciembre de 2016 se lanzó la *Política Nacional de Investigación para la Salud*, cuyo objetivo es desarrollar el Sistema Nacional de Investigación para la Salud, que integre, oriente y regule los procesos de investigación con estándares metodológicos y éticos. El sistema generará resultados para el desarrollo científico y tecnológico y el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas, la familia y la comunidad.

1. Política Nacional de Salud, 2015-2019, Ministerio de Salud de El Salvador, 2016.

En este contexto también se formularon un anteproyecto de *Ley de Investigación en Salud* y un *Manual de procedimientos del área de investigación*. Además, se conformó el Comité Local de Ética del INS.

Al INS le corresponde liderar el levantamiento de dos importantes encuestas: la segunda Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados (ENS/MICS 2019) y la segunda Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta de El Salvador (ENECA- ELS) 2020, lo que se financia con fondos provenientes de instituciones gubernamentales y de agencias de cooperación.

Promover y realizar investigaciones científicas en salud en coherencia con la situación de salud del país

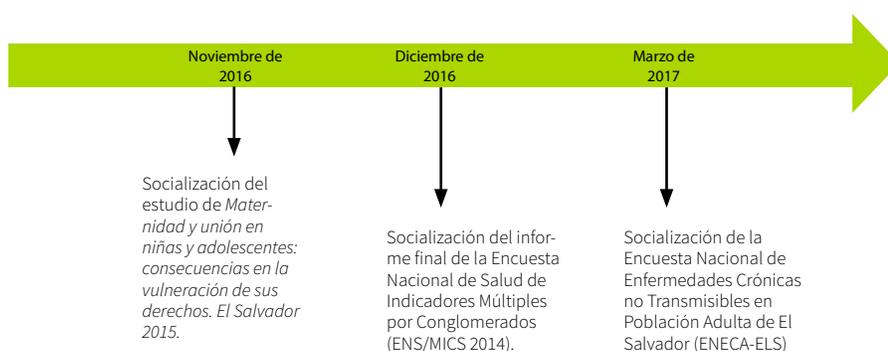
En noviembre de 2016 se socializó el estudio *Maternidad y unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador, 2016*, realizado en coordinación con CONNA, IS-DEMU y UNICEF (GRÁFICO 1).



Lanzamiento de la Política Nacional de Investigación para la Salud, diciembre de 2016.

El estudio hace visible la violencia estructural contra las niñas reflejada en la naturalización de las uniones tempranas y en embarazos antes de la unión formal. Estos resultados plantean a la sociedad salvadoreña el gran reto de

GRÁFICO 1. PUBLICACIÓN DE ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD. JUNIO DE 2016-MAYO DE 2017



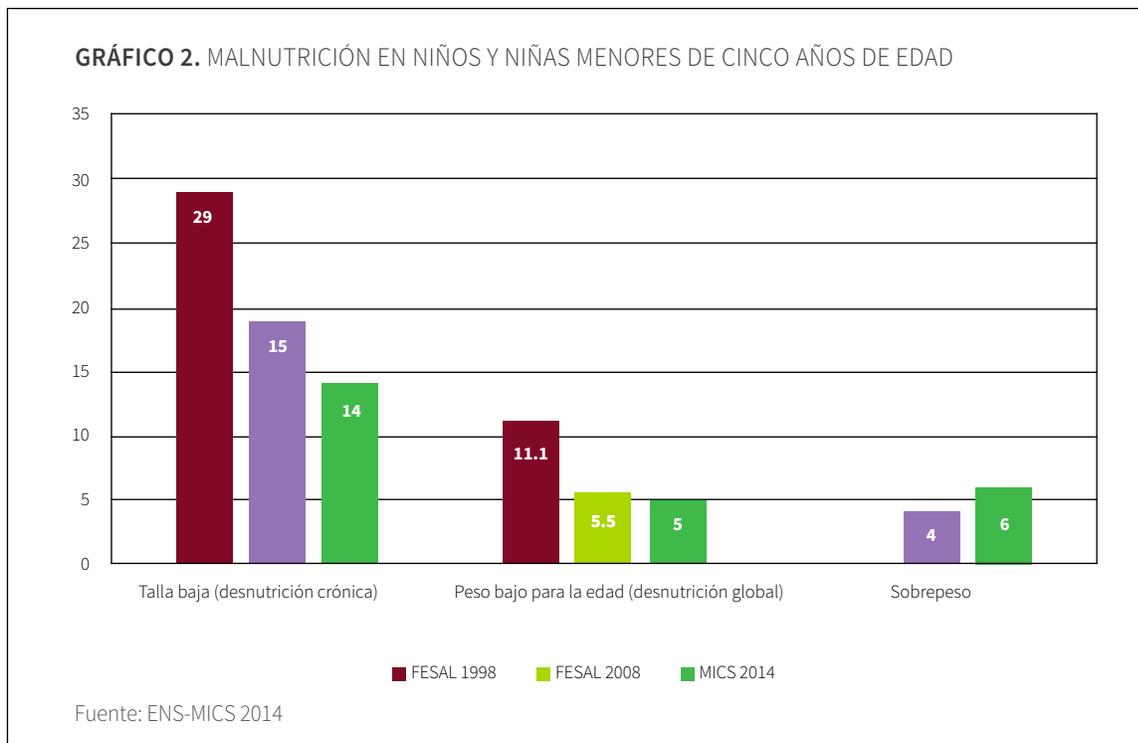
Fuente: Instituto Nacional de Salud.

abordar la realidad de adoptar medidas claras desde los ámbitos legislativo y judicial que impidan la revictimización y no permitan resquicios legales que favorezcan a los victimarios (matrimonio infantil). Se requieren asimismo acciones que restituyan a las víctimas los derechos vulnerados y garanticen su reintegro al sistema educativo, la atención en salud y el apoyo familiar y comunitario.

En diciembre de 2016, se socializaron los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados (ENS-MICS 2014), que se levantó entre marzo y septiembre de 2014 (con el apoyo técnico y financiero de DIGESTYC, UNICEF, AECID, BM y BID), la ENECA-ELS 2015 utilizando tres formularios: 1) hogares, 2) mujeres entre 15 a 49 años de edad y 3) niños y niñas menores de cinco años.

Previo a este estudio, que tiene alto de nivel de impacto en la toma de decisiones de política pública, en el país se habían levantado desde 1973 a 2008 nueve Encuestas Nacionales de Salud Familiar (FESAL), conducidas por la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y financiadas principalmente por USAID. En 2014, el MINSAL, asumió a través del INS el compromiso de planificar y levantar este tipo de encuestas utilizando la metodología de múltiples conglomerados de UNICEF.

La ENS-MICS 2014 incluye más de 120 indicadores nacionales e internacionales, de los cuales 18 corresponden a los ODM. Con los resultados de la encuesta se establece la línea de base de los indicadores de salud sexual y reproductiva y de salud materna e infantil de los ODS, incluyendo importantes indicadores de nutrición y otros



componentes asociados a la salud familiar de la población salvadoreña (GRÁFICO 2).

El informe final de la ENS-MICS 2014 reporta una disminución de la mortalidad en menores de un año de 58.5 % y la mortalidad en menores de cinco años de 67 %, cumpliendo el ODM planteado. También indica que se alcanzó una reducción de 15 puntos porcentuales en la desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años, pasando del 29 % en 1990 a 14 % en 2014.

Por otro lado, la encuesta muestra que la obesidad incrementó en 50 % en el último quinquenio, una obesidad que no es solo una patología sino también una condición que repercute en el apareamiento precoz de otras enfermedades crónicas no transmisibles, que a su

vez representan un elevado costo a los sistemas de salud y a la economía por las altas tasas de incapacidad y discapacidad: mientras más joven se padezca una de estas enfermedades, más se afecta a las personas en edad productiva y a la economía del país, por lo que es importante desde la salud pública tomar medidas para abordar sus posibles causas.

De acuerdo con la ENS-MICS, El Salvador cuenta con las mejores coberturas globales de vacunación de América Latina. Más de 90 % de niñas y niños de 24 a 35 meses recibieron las vacunas contra tuberculosis, polio, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo B antes de cumplir el primer año y el 80 % cuenta con el esquema de vacunación completa (GRÁFICO 3).

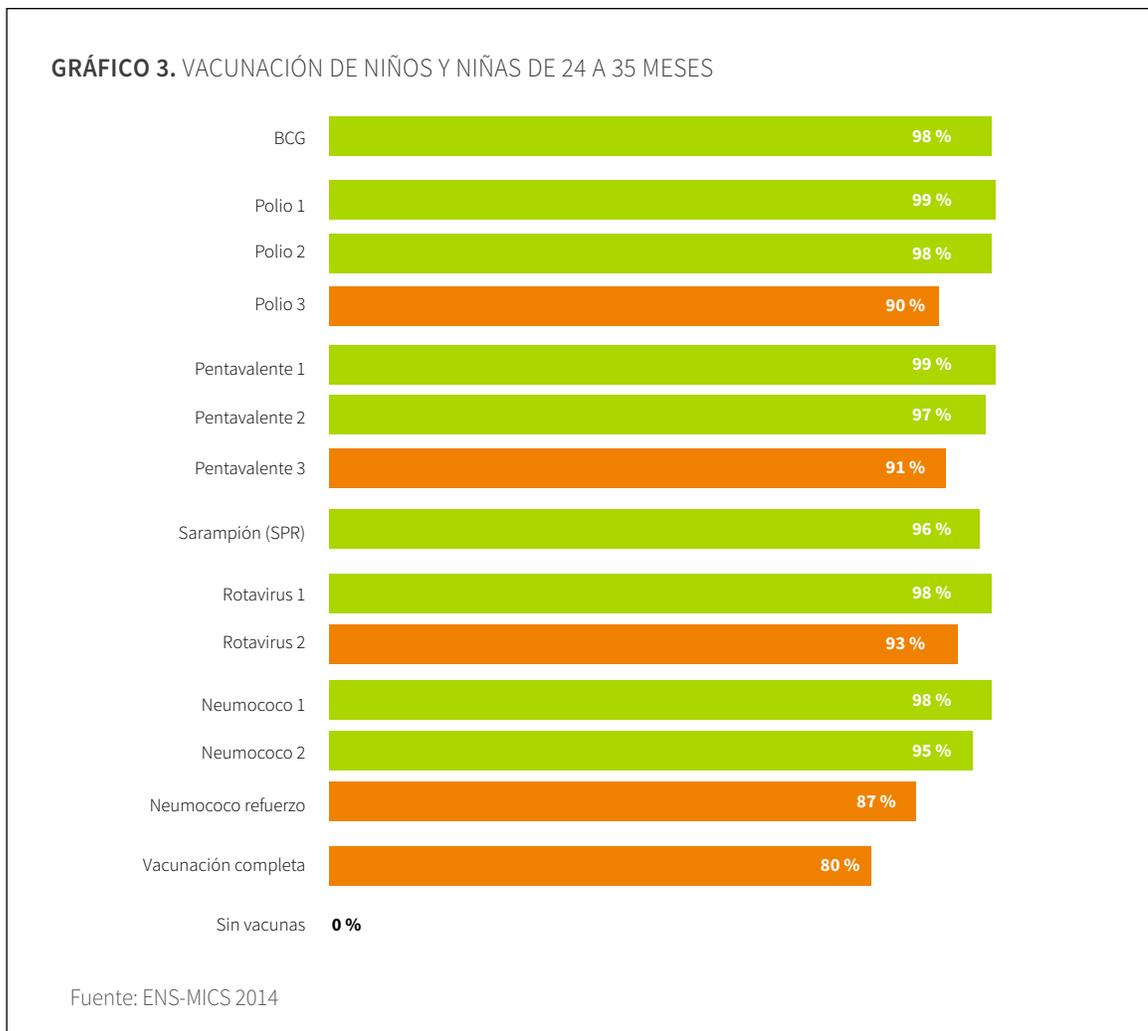


TABLA 1. RESULTADOS PRINCIPALES DE LA ENS-MICS 2014

Indicador	Valor
Tasa de mortalidad neonatal	11 por 1000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad infantil	17 por 1000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años	20 por 1000 nacidos vivos
Lactancia exclusiva en menores de 6 meses	46.7 %
Tasa global de fecundidad	2.3 %
Cobertura de atención prenatal Al menos cuatro veces por cualquier profesional de salud	90.1 %
Parto institucional	97.5 %
Atención calificada al momento del parto	97.7 %
Control de salud posnatal para la madre	93.6 %
Registro de nacimiento	98.5 %
Trabajo infantil	19.3 %
Disciplina infantil violenta	52.0 %
Matrimonio antes de los 15 años	7.0 %
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre jóvenes	31.1 %
Uso de condón con parejas ocasionales	42.0 %
Personas que se han hecho la prueba del VIH y que saben los resultados	16.7 %
Satisfacción con la vida	95.1 %

Fuente: ENS-MICS 2014.

La ENS se levantará cada cinco años para constituirse en un soporte estadístico que permita orientar en la toma de decisiones a las autoridades sanitarias del país, con énfasis en el curso de vida. Asimismo permitirá vigilar y evaluar el cumplimiento de metas e indicadores de compromisos nacionales e internacionales (ODM, ODS, Convenio Marco para el Control del Tabaco, Convenio de Rotterdam y Estocolmo sobre producción y uso de agrotóxicos y otros), que demandan cada vez más información estadística actualizada y oportuna, y contrastar con otros reportes los resultados y metas que den cuenta del progreso y la eficacia de las intervenciones o identifiquen las oportunidades de mejora.

Este año, el programa MICS ha lanzado la sexta ronda de encuestas, en la que las herra-

mientas utilizadas para el levantamiento de la información han pasado por un riguroso trabajo metodológico y de validación para incluir nuevos temas que reflejen los indicadores de los ODS. Es por ello que el INS se encuentra trabajando en la planeación de la nueva ENS-MICS para los próximos años.

Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENECA-2015) y Plan Estratégico Multisectorial de las ENT

En mayo del presente año, personal del Instituto Nacional de Salud y de la Dirección de Enfermedades no transmisibles, en coordinación

con las Regiones de Salud, desarrolló jornadas de socialización de la ENECA-2015 y del Plan Estratégico Multisectorial de las ENT a fin de aunar esfuerzos en la prevención y control de estas enfermedades y promover estilos de vida saludable para disminuir los factores de riesgo a los que está expuesta la población salvadoreña. En las jornadas participaron aproximadamente mil profesionales del Sistema Nacional de Salud, del sector educación, del Foro Nacional de Salud y otras entidades.

Asimismo se presentaron los objetivos de la ENECA ELS-2015, el proceso de recolección de la información, los resultados según factores de riesgo tradicionales y no tradicionales, la prevalencia de las principales enfermedades no transmisibles, las conclusiones y las recomendaciones.

El Plan Estratégico Multisectorial para el Abordaje de las ENT explica, entre otros contenidos, a) la capacidad instalada de las RIIS; b) el sistema de monitoreo, supervisión, evaluación y vigilancia de las acciones para la atención integral de las ENT y c) la investigación en salud pública a nivel nacional de las ENT y su determinación social.

Los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en población adulta mayor de 20 años fueron: consumo escaso de frutas y verduras, consumo excesivo de bebidas azucaradas, consumo insuficiente de agua, exposición directa a agroquímicos, sedentarismo (poca actividad física) e historia familiar de ENT estudiadas.

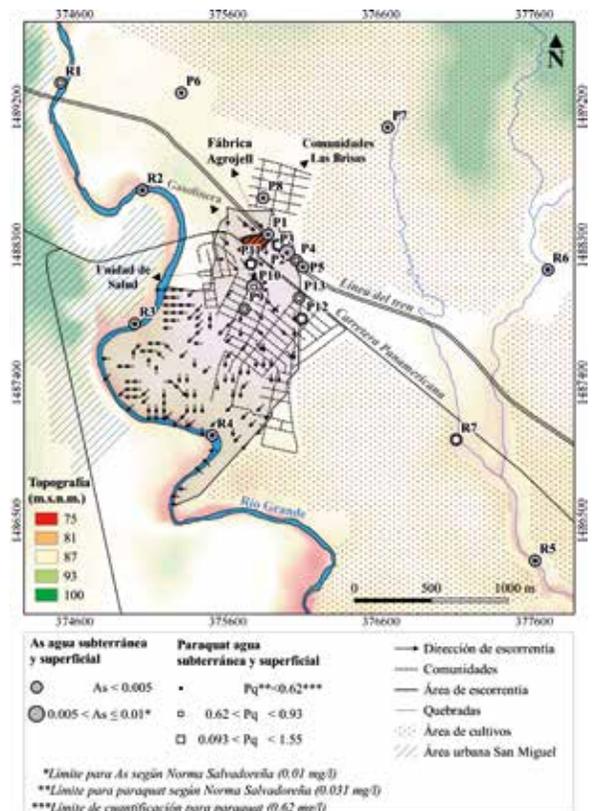
La hipertensión arterial es la enfermedad no transmisible más prevalente con predominio en el departamento de San Salvador. La diabetes mellitus y la obesidad predominan en el sexo femenino y la enfermedad renal crónica prevalece entre la población masculina.

El Plan Estratégico Multisectorial para el Abordaje de las ENT recomienda el consumo de agua, el ejercicio físico, la reducción del consumo de sal y azúcar, la promoción del etiquetado en productos procesados, el fomento de huertos caseros, la protección contra agrotóxicos y la promoción de fertilizantes orgánicos.

Riesgo de exposición a contaminantes nefrotóxicos en las comunidades Las Brisas, San Miguel

Ante la amenaza que representa el uso de agroquímicos para la salud humana, se realizaron estudios de verificación de niveles de arsénico y paraquat en aguas superficiales y subterráneas mediante muestras de agua de las comunidades Las Brisas. Los resultados dieron positivo para valores de paraquat, que superaban los límites de la norma, mientras que el arsénico se encuentra en valores normales.

La utilización del agua subterránea para consumo doméstico por parte de los habitantes de las comunidades representa un grave riesgo a su salud, especialmente por el paraquat, debido a sus elevadas concentraciones. Las inundaciones que afectan periódicamente la región pueden movilizar con facilidad los residuos de la fábrica y depositarlos en el área habitacional.



La elevada dureza del agua y la exposición a sustancias nefrotóxicas constituye en las comunidades Las Brisas un escenario similar al descrito en otros países y que también afecta a sus comunidades agrícolas, lo que hace más urgente profundizar los estudios epidemiológicos, clínicos y toxicológicos para generar la evidencia necesaria que conduzca a la prohibición de los agrotóxicos.

III Congreso Nacional de Investigaciones en Salud y VII Jornadas Científicas Regionales

Previo al III Congreso Nacional de Investigaciones en Salud se celebraron las VII Jornadas Científicas Regionales con el fin de promover

la participación de equipos multidisciplinarios de los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y de instituciones formadoras y centros de investigación para generar conocimiento que permita encontrar soluciones científicas a los principales problemas de salud de la población. En estas Jornadas Regionales se presentaron 77 trabajos de investigación, de los cuales fueron seleccionados 19 para presentarse en el Congreso Nacional de Investigaciones en Salud.

Los estudios presentados fueron realizados por personal de los hospitales Nacional de la Mujer, Benjamín Bloom, Nacional de Metapán, del INS y FOSALUD, y de las universidades Evangélica de El Salvador y José Matías Delgado. Los estudios premiados fueron:

TABLA 2. GANADORES DEL III CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGADORES EN SALUD

Tema de la investigación	Lugar	Principal contribución de la investigación	Investigadores
«Comportamiento hemodinámico y resultado perinatal de las formas complicadas de preeclampsia en la Unidad de Cuidados Críticos del HNM», de enero a diciembre de 2015	1.º Lugar	Los factores de alto riesgo identificados con mayor frecuencia fueron sobrepeso y obesidad, antecedente de hipertensión arterial crónica, historia personal de preeclampsia y antecedentes de nefropatía. La mediana de la edad fue 23 años, la mayor parte se presentaron con paridad normal (1-3 partos) y la media de la edad gestacional en la que se presentó la enfermedad fue 25 semanas. Los patrones hemodinámicos anormales y la fuga de líquidos a tercer espacio mostraron significancia estadística como riesgo a complicaciones cardiovasculares y pulmonares. El patrón de volemia anormal es el que ocasiona mayor riesgo y mayor número de complicaciones, pero no de mortalidad.	Dra. Dalia Xóchitl Sandoval
«Perfil clínico y epidemiológico de la tos ferina en El Salvador, año 2012»	2.º Lugar	El problema de la tos ferina en El Salvador se concentra en niños menores de 4 meses (93,8 %) y esporádicamente en niños mayores. La definición de casos sospechoso de tos ferina actual no aplica para los niños de 4 meses o de menos edad en el componente de duración de la tos. La sensibilidad de la definición de caso y de los cultivos para B. pertussis es muy baja. Los casos de tos ferina se están presentando en edades aún no consideradas para vacunación con pentavalente.	Dr. Juan Santos García

«Riesgo cardiovascular en profesionales de la salud de Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Dulce Nombre de María y El Paraíso, Chalatenango, 2016»	3.º Lugar	El estudio permitió determinar que los profesionales de la salud que laboran en las UCSF de Dulce nombre de María y El Paraíso poseen un riesgo cardiovascular global bajo según Framingham. Sin embargo, existe la presencia de factores de riesgo relacionados con el estado nutricional, como la circunferencia abdominal, el sobrepeso y la obesidad, a los cuales se les debe prestar atención ya que se observan en la población joven de las UCSF.	Dr. Josué Bernabé Villalobos
--	-----------	---	------------------------------

Fuente: Escuela de Gobierno en Salud y Departamento de Investigaciones en Salud, INS, 2016.

Investigaciones en salud

En el periodo que se reporta en este informe, el INS aumentó el número de investigaciones con relación a años anteriores. Este esfuerzo requi-

rió de una inversión superior a US\$ 1.8 millones, provenientes de agencias de cooperación externa y fondos GOES.

TABLA 3. INVESTIGACIONES REALIZADAS POR EL INS EN 2016

Nombre de las investigaciones	Principal aporte de la investigación	Año de finalización de investigación
«Prevalencia de salmonella spp en carne de pollo en supermercados autorizados de los municipios de San Salvador y Mejicanos, mayo-noviembre de 2015»	Este estudio proporciona información preliminar que revela la necesidad de intensificar los controles higiénico-sanitarios y la aplicación de procedimientos basados en los principios de análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP) en toda la cadena alimentaria. Las estrategias para reducir en el país los niveles de salmonella en aves de corral crudas deben llevarse a cabo para prevenir enfermedades transmitidas por el consumo de carne de aves de corral, como es el caso de la carne fresca de pollo.	2016
«Evaluación del conocimiento, actitudes y prácticas médicas y de enfermería en temas priorizados en las microrredes, año 2015. (Una propuesta de un modelo integral de evaluación operativa estratégica sistematizada)»	Los hallazgos de este estudio revelan que existe una amplia falla de aplicación de los lineamientos vigentes, que constituye una práctica no óptima para los requerimientos nacionales en RIIS. Las estrategias de formación poseen un reporte basal del cual partir dejando los temas de perinatales y de diarrea como prioridad. Se desarrollaron cuatro escalas de actitud que poseen una validez estadística para detectar las motivaciones, afectos, adaptabilidad y aspectos cognitivos de cada tema; estas escalas se pueden adaptar para la exploración de otros temas que también pueden ser priorizados.	2016

<p>«Evaluación de la atención de los menores de cinco años que consultan por diarrea en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la Región Metropolitana de Salud de San Salvador, de mayo a julio de 2016»</p>	<p>El cumplimiento de los lineamientos por los médicos de las UCSF para el tratamiento de los menores de cinco años es medianamente eficiente. La mayoría de los casos observados en este estudio correspondieron a diarreas sin deshidratación que requerían plan A de tratamiento, lo cual no permitió evaluar la conducta del médico ante un plan B y C con la misma frecuencia.</p> <p>Con base en la condición anterior, la mayoría de los médicos realizaron una buena clasificación del tratamiento dada la complejidad del caso, a pesar de que en general realizan una ineficiente calidad de la evaluación.</p> <p>La mayoría de los médicos no evalúan los signos de peligro en general, que son los que le permiten según lineamientos detectar la necesidad de un plan C y la pertinente referencia al Segundo Nivel de Atención, como sucedió en algunos casos.</p> <p>El grado de cumplimiento en general del médico puede estar relacionado con el deficiente nivel de conocimiento de estos, evidenciado en los resultados del estudio.</p> <p>Los cuidadores en general tienen poco conocimiento acerca del tratamiento inicial que debe tener un menor con diarrea, no reconocen la administración de suero oral como tratamiento inmediato para prevenir la deshidratación. No reconocen los signos de peligro necesarios para consultar nuevamente. Más de la mitad de los cuidadores conocen la dieta que el menor debe tener y las medidas necesarias para prevenir la diarrea.</p>	<p>2016</p>
<p>«La calidad en la atención de niños menores de cinco años con diarrea desde la percepción del usuario de la Región Metropolitana, año 2016»</p>	<p>Los aspectos visibles, como instalaciones, equipo y apariencia del personal, cumplen con parámetros de calidad, de acuerdo con los usuarios, a excepción de servicios no directamente relacionados con la atención en salud, como lo baños, de importancia en casos de diarrea, en que es preciso evitar la contaminación y asegurar el adecuado lavado de manos y disposición de aguas negras.</p> <p>La calidez de la atención es percibida por los usuarios como un valor agregado en el bienestar de los consultantes del área metropolitana, pues ignoran que esta cualidad es un componente técnico expresado en los lineamientos.</p> <p>La calidad de la atención no es constante, según lo expresan los usuarios.</p>	<p>2016</p>
<p>«Cartografía a escala nacional de hábitats de flebotomos y de áreas de riesgo potencial de leishmaniasis en El Salvador, 2011-2015»</p>	<p>El estudio muestra un conjunto de mapas de riesgo de proliferación de flebotomos y riesgo de leishmaniasis. Este conjunto de mapas permite evaluar el riesgo de contraer leishmaniasis, considerando el conjunto de factores, como también la contribución individual de cada uno de ellos, y teniendo en cuenta las características particulares en invierno y en verano.</p> <p>La evaluación del riesgo se ha realizado considerando ocho factores de riesgo, entre los cuales cinco son ambientales y tres sociales, proporcionando a los tomadores de decisiones una herramienta de primer orden para definir el tipo de intervenciones para prevenir o mitigar la leishmaniasis, ya sea a nivel de hábitat del vector como a nivel social. La resolución del presente trabajo permite que estas decisiones puedan tomarse a escala local (a nivel de municipio), como a escala regional (a nivel de departamento o zonas del país) y a nivel nacional en general.</p> <p>La cartografía de riesgo resultante es coherente con los resultados obtenidos mediante otras metodologías. La robustez y simplicidad de la metodología, junto con las propiedades interactivas de la plataforma SIG, convierten los mapas de riesgo resultantes en herramientas válidas para la toma de decisiones para las autoridades de salud, así como su replicación en países o regiones con problemáticas similares. La metodología PAJ y la plataforma SIG es replicable para la evaluación del riesgo de proliferación de otras enfermedades transmitidas por vectores.</p>	<p>2016</p>

«Comportamiento hemodinámico y resultado perinatal de las formas complicadas de preeclampsia en la unidad de cuidados críticos del Hospital Nacional de la Mujer. Enero a diciembre 2015»	Los factores de alto riesgo identificados con mayor frecuencia fueron sobrepeso y obesidad, antecedente de hipertensión arterial crónica, historia personal de preeclampsia y antecedentes de nefropatía. La mediana de la edad fue 23 años, la mayor parte se presentaron con paridad normal (1-3 partos) y la media de la edad gestacional en la que se presentó la enfermedad fue 25 semanas. Los patrones hemodinámicos anormales y la fuga de líquidos a tercer espacio mostraron significancia estadística como riesgo a complicaciones cardiovasculares y pulmonares. El patrón de volemia anormal es el que ocasiona mayor riesgo y mayor número de complicaciones, pero no de mortalidad.	2016
«Complicaciones de las hemorragias posparto grave en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional de la Mujer de El Salvador 2014-2015»	En las pacientes del estudio, ocho de cada diez recibieron tratamiento en los primeros 20 minutos de identificado el evento hemorrágico, lo cual es relevante ya que los lineamientos actuales del código rojo recomiendan este umbral de tiempo. Asimismo, nueve de cada diez pacientes recibieron alguna modalidad de tratamiento quirúrgico, y de este grupo, el 50 % de los casos recibió tratamientos radicales (histerectomía en todas sus variedades) y solamente un 25 % tratamientos conservadores, como sutura de B-Lynch. Lo anterior es de gran interés porque la histerectomía supone, además de una mayor pérdida sanguínea, mayores riesgos de lesiones a órganos vecinos y mayor probabilidad de requerir subsecuentes cirugías y el uso de soporte ventilatorio mecánico, como en la histerectomía abdominal, que se acompaña de empacamiento pélvico. Es importante destacar que seis de cada diez pacientes cumplieron la categoría de near-miss y, por lo tanto, presentaron gran número de complicaciones, lo cual supone mayores desafíos tanto médicos como económicos para su atención en el sistema de salud y sobre todo implica secuelas y deterioro de la calidad de vida de las usuarias a largo plazo.	2016
«Comparación del método de transporte de hisopo de Moore en cadena de frío y el método en agua peptonada alcalina (APA) a temperatura ambiente para la recuperación de Vibrio cholerae en agua superficial en el área de Laboratorio de Salud y Medio Ambiente del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)»	Según el grado de valoración para la prueba Kappa de Cohen, el valor Kappa 0.67 en el nivel de concordancia es considerable. De acuerdo con las pruebas de precisión relativa, sensibilidad relativa y especificidad relativa, el método de transporte en cadena de frío es utilizable. Tanto el método de transporte en cadena de frío como en agua peptonada alcalina se pueden usar, ya que los resultados en la recuperación de Vibrio cholerae son comparables. Según la frecuencia de positividad, usando ambos métodos de transporte para hisopo de Moore se obtuvo que en el método de transporte en cadena de frío la recuperación fue más alta que cuando es transportado en agua peptonada alcalina.	2016
Manifestaciones clínicas e histopatológicas de lupus eritematoso sistémico bulloso en un hospital de Tercer Nivel de Atención. El Salvador 2016	El lupus eritematoso sistémico bulloso (LESB) es una manifestación cutánea muy rara del LES que se caracteriza por lesiones vesículo-ampollares y sus manifestaciones clínicas pueden aparecer en cualquier momento en la evolución del LES. La confirmación debe realizarse con estudios histopatológicos e inmunológicos, como se realizó en los presentes casos clínicos. El tratamiento de elección es la diaminodifenilsulfona, con lo cual las lesiones resuelven al poco tiempo. El abordaje y manejo de LESB deben hacerlo el dermatólogo y el reumatólogo de una manera integral, y complementarse con la terapia idónea según la actividad de la enfermedad sistémica. Ante pacientes sospechosos clínicamente de LESB, se deben descartar las principales dermatosis versículo-ampollar autoinmunitarias, como penfigoide ampollar, penfigo vulgar, dermatosis IgA lineal y dermatitis herpetiforme.	2016

Fuente: Departamento de Investigaciones en Salud, Instituto Nacional de Salud, 2016.

Publicaciones en salud

En 2016 se redactaron siete artículos científicos, que fueron publicados en revistas nacionales o cuatro más que en 2015 para el mismo periodo, internacionales.

TABLA 4. RESUMEN DE PUBLICACIONES REALIZADAS EN 2016 POR EL INS

N.º	Nombre de publicación	Nombre de revista científica	Tipo de artículo
1	«Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Dengue, Chikunguña y Zika»	OPS/OMS	Artículo original
2	«Chronic kidney disease in children and adolescents in salvadoran farming communities: NefroSalva Pediatric study (2009-2011)»	<i>Medicc Review</i> , edición de enero-abril 2016, Vol. 18 n.o 1-2 (ISSN 1527-3172)	Artículo original
3	«Knowledge Attitude and Practices Related on Prevention of Mosquito Borne Diseases and Sanitation Conditions in a Salvadoran Urban Community»	<i>Scientific Research Publishing</i> (ISSN on line 2333-357X)	Artículo original
4	«Heavy metals and pesticide exposure from agricultural activities and former agrochemical factory in a Salvadoran rural community»	<i>Environmental Science and Pollution Research</i>	Artículo original
5	«Riesgo de exposición a contaminantes nefrotóxicos en las comunidades Las Brisas, El Salvador»	<i>Revista CONIA 2015</i> (ISSN 2308-409X) UCA	Artículo original
6	«Chronic kidney disease of undetermined etiology and pesticide exposure: an update on recent data International Workshop on Mesoamerican Nephropathy»	<i>Mesoamerican nephropathy: report from the second international research workshop on men / David Wegman [et. al.]. 2.º: 2015 nov. 18-20: San José, Costa Rica</i>	Artículo original
7	«Chronic interstitial nephritis in agricultural communities: a worldwide epidemic with social, occupational and environmental determinants»	<i>Nephrology Dialysis Transplantation</i> , 1–8. https://doi.org/10.1093/ndt/gfw346	Artículo original

Fuente: Departamento de Investigaciones en Salud, Instituto Nacional de Salud, 2017.

Fortalecer la formación y la educación continua del personal de salud por medio de la Escuela de Gobierno en Salud

Cursos

Un logro importante en el marco de la función de la Escuela de Gobierno fue capacitar a 475 mandos medios, gerenciales y estratégicos de las RIIS y generar una masa crítica de profesionales

de la salud que den respuesta al sistema integrado de salud y a los desafíos de la reforma. En el periodo 2016-2017 se desarrollaron 18 cursos de educación continua, con una inversión superior a \$87 000. Los temas y cursos desarrollados se detallan en la siguiente tabla.

TABLA 5. CURSOS DESARROLLADOS POR ESCUELA DE GOBIERNO A PERSONAL DEL MINSAL DURANTE 2016

Nombre del curso	N.º de cursos	Participantes
Segundo curso semipresencial de cuidados de enfermería neonatales	1	Personal de la RIIS
Curso de gestión en cooperación internacional	1	Personal del INS-MINSAL-RIIS
Curso de ética y buenas prácticas clínicas en la investigación en salud	4	Personal del INS - RIIS
Curso de metodología de investigación	5	Personal del INS-MINSAL-RIIS
Curso de supervisión para enfermería de establecimientos de la RIIS	1	Personal de las RIIS
Curso semipresencial de ética en la investigación	1	Personal del INS
Curso de metodología de investigación	2	Personal del MINSAL-RIIS
Aplicación de la metodología de ensayos clínicos para la evaluación de intervención en salud	1	Personal del INS
Curso semipresencial de ética en la investigación	1	
Curso de estrategia de escrituras (PICO FINER), manejo de bases y análisis crítico de documentos científicos	1	
TOTAL	18	

Fuente: Escuela de Gobierno en Salud, INS.

Convenio de formación profesional con Cuba, para el desarrollo de la maestría en Epidemiología en El Salvador

En las Américas, la demanda por generar evidencia epidemiológica relevante para la gestión en salud es más intensa y se hace cada vez más crítica y necesaria. La formación en epidemiología contribuirá a la mejora del sistema de salud a través los resultados sus acciones:

- a. Estudios de situación de salud en diferentes grupos de población, sus determinantes y tendencias.
- b. Vigilancia epidemiológica de enfermedades y eventos de salud.
- c. Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud, que im-

plica investigación cuantitativa y cualitativa, según requiera el caso.

- d. Evaluación del impacto de los servicios y otras tecnologías sanitarias sobre las condiciones de vida de las personas y el medio ambiente.
- e. Generación de competencias para impulsar y divulgar resultados de investigación.

El 9 de mayo de 2017, la ministra de Salud, Dra. Violeta Menjívar, firmó un importante convenio de formación profesional con la embajadora de Cuba, Iliana Fonseca Lorente.

Fortalecer la capacidad normativa de vigilancia en salud y control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia

Los laboratorios de análisis especializados del Instituto Nacional de Salud son las instancias técnico-científicas en que se desarrollan actividades de investigación, docencia y apoyo a vigilancia en salud desde el punto de vista laboratorial.

El laboratorio realiza sus actividades en el edificio Max Bloch, donde se encuentra centralizados los recursos humanos y tecnológicos que conforman las áreas de laboratorio: Vigilancia en Salud, Salud y Medio Ambiente, Control de Calidad de Alimentos, Toxicología y Medicamentos.

El Laboratorio Nacional de Referencia del MIN-SAL (LNR) ha sido fortalecido para ejercer funciones normativas, de vigilancia y control de calidad. Algunos de sus principales logros en el ámbito de normalización se enuncian a continuación.

Consultoría para el diseño del sistema de información del Laboratorio Nacional de Referencia

Se diseñó el Área de Laboratorio de Vigilancia en Salud para integrar las fases del proceso de análisis de las muestras y el análisis de la información generada en el laboratorio para alimentar el SUIIS.

Participación del LNR en comités técnicos institucionales e interinstitucionales para la elaboración y actualización de documentos regulatorios

- Elaboración de reglamentos técnicos salvadoreños: RTS 13.02.01:14 Agua para consumo humano, RTS 13.02.02:14 Agua envasada, RTS 67.02.01:16 Productos avícolas. Reglamentos técnicos centroamericanos RTCA 67.04.50:08 Alimentos. Criterios microbiológicos para inocuidad de alimentos.
- Miembro del Comité Técnico Normativo 107 Laboratorio Clínico, para la elabora-

ción de la norma técnica salvadoreña ISO 23640:2011 Productos sanitarios para diagnóstico in vitro-evaluación de la estabilidad de los reactivos para diagnóstico in vitro.

- Revisión y actualización de documentos del sistema de gestión de calidad bajo las normas ISO-IEC 17025:2005 e ISO 15189:2012.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

Como parte del sistema de Vigilancia Sanitaria de El Salvador, el LNR fortaleció algunos de sus procesos estratégicos, por lo que obtuvo 100 % en la evaluación de sus capacidades básicas sobre RSI. Estos procesos fueron: a) Remisión de muestras para confirmación de rabia como un evento de importancia en salud pública; b) Vigilancia epidemiológica de aguas de consumo humano y alimentos en las áreas geográficas de influenza (AGI) de las Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI); c) Actualización de conocimientos del RSI dirigido a personal de las OSI y de Saneamiento Ambiental a nivel nacional.

Análisis de muestras realizados por cada área de Laboratorio, años 2014-2016

En la siguiente tabla se presenta la tendencia de análisis de muestras realizadas por las áreas de Laboratorio Especializado de 2014 a 2016.

TABLA 6. NÚMERO DE MUESTRAS REALIZADAS

Área de Laboratorio	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Vigilancia en Salud	591 495	491 274	447 982
Salud y Medio Ambiente	43 034	43 572	43 075
Control de Calidad de Alimentos y Toxicología	67 951	71 989	73 990
Citología	43 465	29 387	34 670
TOTAL	745 945	636 222	599 717

Fuente: Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS), 2014-2016.

Como parte del programa de Control de Calidad de los resultados que emite el LNR, se sometieron a evaluación 16 metodologías implementadas en el Área de Laboratorio de Vigilancia en Salud. Se participó en ocho Programas de Evaluación Externa de la Calidad, organizados por laboratorios de referencia internacional y laboratorios colaboradores de OMS-OPS, resultando de conformidad con los estándares internacionales, lo que fortalece la confiabilidad de los resultados emitidos por el LNR.

El Programa de Evaluación Externa de la Calidad, edición 2016, dirigido a la Red de Laboratorios Clínicos y a la Red de Bancos de Sangre del Sistema Nacional de Salud evaluó 232 laboratorios y 11 Bancos de Sangre de la Red del MINSAL en 18 pruebas de laboratorio.

En cuanto a la evaluación interna de la calidad, se destaca el 100 % de resultados satisfactorios para metodologías implementadas en el LNR, lo que requirió el fortalecimiento del laboratorio para el análisis de muestras de alimentos, agua, medio ambiente y clínicas.

Vigilancia de alimentos

El Laboratorio de Vigilancia en Salud es el encargado de realizar los análisis especializados de eventos de vigilancia epidemiológica y el control de calidad de la red laboratorial mediante el programa de evaluación externa de la calidad dirigida a los servicios de salud.

Esta área realiza análisis microbiológico a las fórmulas infantiles para prematuros y de término, la fórmula maternizada para recién nacido de término y la leche maternizada para recién nacido prematuro del Hospital Nacional de la Mujer, como parte de la vigilancia a la preparación de leches maternizadas para garantizar su calidad antes de que sean consumidas por los lactantes. Además, en coordinación con la Dirección de Vigilancia Sanitaria, investiga brotes por intoxicación alimentaria.

Como parte del sistema de vigilancia a productos alimenticios en el mercado se realizó análisis de grado alcohólico y metanol a 14 muestras de bebidas alcohólicas por denuncia y

se procesaron 168 muestras para registro sanitario en alimentos clasificados como riesgo A.

Desarrollo de recurso humano especializado

Para garantizar los estándares de calidad, el LNR cuenta con una entrenadora certificada por el CDC-COMISCA, quien capacitó a profesionales de cuatro laboratorios clínicos de la Red Nacional de Laboratorios del MINSAL y a laboratoristas de cuatro países de Centro América, como parte de la continuidad del Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión de la Calidad (FOGELA).

El área de Citología del LNR impartió cursos de actualización a 24 citotecnólogos que laboran en la red de Laboratorios de Citología del MINSAL.

En el marco del proceso de la eliminación de la malaria en El Salvador se impartieron 16 talleres para el fortalecimiento de las capacidades básicas en diagnóstico microscópico de *Plasmodium* a 197 profesionales de laboratorio y microscopistas del MINSAL, del ISSS y Comando de Sanidad Militar (COSAM).

Se formó a 350 inspectores de saneamiento ambiental en toma, manejo y envío de muestras de alimentos y aguas al Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Toxicología y al Laboratorio de Salud y Medio Ambiente. La sección de tuberculosis de vigilancia en salud dio entrenamiento a cuatro profesionales del Laboratorio Nacional de Referencia de Belice en el uso de equipo Gene Xpert para detección de complejo *M. tuberculosis* y resistencia a Rifampicina. Se entrenó a personal del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) en diagnóstico de patógenos por PCR convencional y se desarrolló un taller para 10 personas en la producción de antígeno para dengue, a partir de cerebro de ratón, con el apoyo del Centro de Diagnóstico y Referencia de Nicaragua.

Investigación

Se produjeron nueve protocolos de investigación sobre temas de laboratorio: salmonela en carne fresca de pollo, calidad del agua de pozo

de consumo humano, arbovirus, rotavirus, resistencia bacteriana, histoplasma, norovirus, producción de antígenos de dengue y control de calidad de la citología cérvico-uterina.

Oferta de servicios del Laboratorio Nacional de Referencia

Área de Salud y Medio Ambiente

Se realizó análisis microbiológicos y físico-químicos en muestras de agua de pozo y punto de uso, ríos, lagos, agua de piscinas, biosólidos e investigación de *Vibrio cholerae* en aguas superficiales a través de determinaciones como coliformes totales, coliformes fecales, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium perfringens*, viabilidad de huevos de *Ascaris* en muestras de biosólidos, así como investigación de otros patógenos de importancia epidemiológica, para contribuir a la prevención, control y promoción de la salud, utilizando métodos estandarizados, regulados por un sistema de calidad bajo la norma NSR ISO-IEC 17025:2005 y garantizando la confidencialidad de los resultados, con el objetivo de contribuir a la toma de medidas correctivas que conlleven al saneamiento ambiental y a la buena salud de la población.

Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Toxicología

El Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Toxicología, conocido en el Código de Salud como Laboratorio de Bromatología, es una de las áreas de laboratorio especializado del Instituto Nacional de Salud.

Los servicios que presta este laboratorio son para programas y funciones que desarrolla el MINSAL por medio de análisis fisicoquímicos, microbiológicos y toxicológicos de la calidad del agua para consumo humano, análisis para la vigilancia de fortificación de azúcar con vitamina A, hierro en harinas y pastas alimenticias, yodo en sal, grado alcohólico y metanol en bebidas alcohólica (Registro Sanitario de Alimentos y Bebidas Alcohólicas) y verificación de la inocuidad de alimentos y bebidas a través de reglamentos técnicos centroamericanos.

Proyectos de cooperación reembolsable y no reembolsable para el fortalecimiento institucional del INS y MINSAL

Durante el periodo reportado, el INS ha ejecutado US\$ 2 623 598.01 de la cooperación reembolsable y no reembolsable (Banco Mundial, AECID, AACID y Médicus Mundi), inversión que ha contribuido al desarrollo de investigaciones en salud y ha generado evidencia científica para continuar impulsando la mejora en la calidad de los servicios de salud. También se han fortalecido los laboratorios especializados con equipo moderno, insumos, reactivos y las competencias del personal de salud y se ha dotado de equipo informático a los establecimientos de la RIIS y del INS, necesarios para el procesamiento de la información estadística de los diferentes estudios e investigaciones.

TABLA 12. MONTO EJECUTADO DE LA COOPERACIÓN REEMBOLSABLE Y NO REEMBOLSABLE, JUNIO 2016-MAYO 2017

Rubro	AECID	AACID	Medicus Mundi	Prestamos BIRF N.º 8076-SV	TOTAL
Remuneraciones	US\$ 333 005.05				US\$ 333 005.05
Bienes y servicios	US\$ 386 369.59	US\$ 71 360.46	US\$ 128 081.69	US\$ 470 657.02	US\$ 1 056 468.76
Inversión en activos fijos	US\$ 212 508.91	US\$ 483 535.18		US\$ 538 080.11	US\$ 1 234 124.20
TOTAL	US\$ 931 883.55	US\$ 554 895.64	US\$ 128 081.69	US\$ 1 008 737.13	US\$ 2 623 598.01

Fuente: Registros Área de Proyectos del INS.



Usuaria de Hogar de Espera Materna, Planes de Renderos.

CAPÍTULO 02

FORTALECIENDO LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD



**PROPONEMOS UNA NUEVA
LEY DEL SISTEMA
NACIONAL INTEGRADO
DE SALUD:**

**PARA GARANTIZAR EL DERECHO
A LA SALUD CON UN NUEVO
SISTEMA CENTRADO EN LA PERSONA,
LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD**

Regulación y legislación en salud

El proceso de regulación y normalización es indispensable para el quehacer de toda institución. En el caso del MINSAL, dicha función se realiza en el marco de la *Política Nacional de Salud 2015-2019*, según la cual el proceso de regulación adquiere relevancia estratégica ya que su mandato alcanza a todo factor identificado como generador o predisponente de la salud y de las condiciones o formas en que la población se enferma y muere. Esta nueva forma de afrontar la regulación trasciende los aspectos puramente jurídicos, protocolarios o médico-clínicos. Cuestiona el modelo de desarrollo hegemónico desde el enfoque de derechos, incorpora aspectos éticos que son discutidos con los propios usuarios y pacientes y materializa formas de empoderamiento social, por lo que más que un aspecto regulatorio el abordaje de la determinación social de la salud demanda y fomenta verdaderos procesos emancipatorios.

Una de las instancias clave para desarrollar este nuevo enfoque es la Dirección de Regulación y Legislación en Salud (DRLS), dependencia del MINSAL responsable de la conducción y elaboración de documentos legales y oficiales que se producen al interior del MINSAL pero que norman y regulan todo el sistema de salud mediante su ejercicio de rectoría. Estos instrumentos son trabajados intersectorial e intrasectorialmente, según la naturaleza del documento, para garantizar el derecho a la salud individual y colectiva.

Es pertinente mencionar que la función regulatoria se ejerce mediante procesos participativos que integran los aportes de técnicos y usuarios como mecanismo de empoderamiento social para el ejercicio del derecho a la salud, pero además fomenta la integración de las distintas instituciones que conforman el SNS, pues solo en unidad es posible reflejar en el marco legal el abordaje de la determinación social de

la salud y cumplir los objetivos de cada uno de los ejes de nuestra Reforma de Salud.

Este proceso de elaboración sistemática de la normativa técnica, legal y ética que rige la salud ha sido robustecido en el presente periodo por medio de la creación al interior de la DRLS de la Unidad Editorial, responsable de conducir el proceso de edición de los documentos institucionales y de generar información de calidad y pertinencia mediante la unificación de criterios en los procesos de corrección de estilo, edición, diseño editorial, diagramación e ilustración institucional.

Principales logros

Para el periodo que se informa, la DRLS ha logrado llevar a término importantes procesos de elaboración y oficialización de instrumentos, a modo de resumen y en razón de su importancia describimos algunos de ellos:

Políticas

Por primera vez en la historia, el país cuenta con una Política Nacional de Investigación en Salud, mediante la cual se desarrolla el Sistema Nacional de Investigación para la Salud, lo que hace posible que el INS genere gobernanza en la investigación en salud basada en su desarrollo científico y tecnológico, procurando la resolución de los problemas de salud para mejorar la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad.

En la formulación de esta política fue clave la participación y discusión del sector académico de salud, como era de esperarse, pero también la amplia convocatoria y el llamado al abordaje de salud desde la perspectiva de su determinación social permitieron conjuntar otros sectores estratégicos, como instituciones internacionales, organizaciones ambientalistas e instituciones gubernamentales, por mencionar algunos.

Iniciativas de ley

Anteproyecto de Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud

Sin lugar a dudas, uno de los logros más significativos es haber concluido el proceso de formulación de la *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud*, con la cual se concretan los esfuerzos que durante más de seis años se han desarrollado para dotar a la Reforma de Salud de un sustento legal que la consolide y al mismo tiempo genere las condiciones para su profundización. Por ello, el consenso obtenido en torno a dicho anteproyecto de ley representa un logro histórico no solo para el país, sino para países hermanos que ven en nuestro proceso de reforma un modelo a seguir.

Como se expuso en el Informe de labores 2015-2016, la presente iniciativa de ley implica el cumplimiento de la resolución del Consejo Directivo del Comité Regional de la OMS para las Américas CD54/14, Rev. 1 «Estrategia sobre legislación relacionada con la salud». También permitirá alcanzar uno de los cinco objetivos estratégicos identificados en el Acuerdo para una hoja de ruta hacia el acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud, el cual fue suscrito por los titulares del Consejo Directivo del SNS, en octubre de 2015, y que se refiere a desarrollar y acompañar propuestas legales que consoliden la rectoría del SNS y a hacer viable su integración.

La iniciativa de ley y su anteproyecto fueron presentados el 8 de marzo de 2017 y contaron con el respaldo de la mayoría de fuerzas políticas representadas en la Asamblea Legislativa, quienes reconocieron, al igual que los titulares de las diversas instituciones del SNS, que dicho anteproyecto de ley es sustancioso por cuanto sus cinco capítulos y treinta y tres artículos unifican y modelan la gestión del sistema de salud. La propuesta se encuentra en consonancia con la *Política Nacional de Salud 2015-2019*, busca superar la fragmentación y segmentación del actual SNS y su finalidad es garantizar el derecho a la salud mediante el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud.



Entrega de anteproyecto de *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud* a la Asamblea Legislativa de El Salvador.

Entre los aportes más relevantes se encuentra una serie de instrumentos de integración que permitirán la eficiencia en la atención en salud, tales como el SUIS, la vigilancia de la salud, los modelos de atención, provisión y gestión, la intersectorialidad, la investigación en salud, los mecanismos de negociación y compra conjunta, el desarrollo integrado y coherente del talento humano en salud y la participación social en salud. Finalmente, con la incorporación del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) como miembro activo del sistema, se corrige uno de los peores errores de la actual ley, es decir, la exclusión del CSSP del sistema.

Anteproyecto Ley de Salud Mental

Otro hito importante fue presentar en marzo de 2017 el anteproyecto de Ley de Salud Mental, justo en el momento en que la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa tenía el tema en su agenda de trabajo. El anteproyecto es fruto de más de cuatro años de trabajo intrasectorial

e intersectorial. Aborda la salud mental con enfoque de derechos, especialmente el derecho de las personas con afectaciones en su salud mental a ser tratadas sin ningún tipo de estigmatización o discriminación.

Se reconoce la salud mental como un proceso que busca un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida por sí sola o buscando ayuda, puede trabajar y contribuir con su comunidad; así entendida la salud mental, convoca a otras Carteras de Estado, tales como Educación, Justicia y Seguridad, Defensa Nacional y Gobernación y Desarrollo Territorial.

Con la presentación del anteproyecto, el país cumple con la meta mundial establecida en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que propone que para el año 2020 el 50 % de los países habrán elaborado sus legislaciones sobre salud mental y crearán un Consejo Nacional de Salud Mental conformado por entidades públicas y privadas.



Contaminación por explotación minera del río San Sebastian de Santa Rosa de Lima, La Unión.



Reglamentos

Reglamento General de Hospitales

El acuerdo n.º 288 suscrito por la titular de Salud el 31 de enero de 2017 sustituye el anterior reglamento, que con más de veinte años de vigencia ya no se correspondía con las actuales exigencias y necesidades de funcionamiento de los hospitales y su organización en red para el mejor acceso y cobertura en salud.

El reglamento ratifica la gratuidad en la prestación de servicios de salud de emergencia, urgencia, ambulatorios y hospitalización, pero además regula las funciones de los hospitales públicos del MINSAL conforme a las necesidades de salud de la población y los incorpora al funcionamiento en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) que operativizan la Estrategia de APSI.

Reglamentos técnicos salvadoreños

Reglamento técnico salvadoreño de productos farmacéuticos. Medicamentos para uso humano. Farmacovigilancia

Con la oficialización del reglamento se cumple con lo estipulado en la *Ley de Medicamentos* y en la *Ley de Vacunas* y se siguen los lineamientos de la *Política Nacional de Salud 2015-2019* relativos a cumplir con la protección a la salud pública en detección, cuantificación, evaluación, análisis y prevención de reacciones adversas a medicamentos y otros problemas relacionados con los medicamentos de uso humano. Por consiguiente, el objetivo es establecer lineamientos en dichos ámbitos para que sean observados por toda persona durante el ciclo de investigación, comercialización, prescripción o dispensación de medicamentos y que tenga conocimiento sobre efectos adversos o de cualquier otro problema.

Planes

Plan estratégico nacional multisectorial de VIH e ITS 2016-2020

Tiene como objetivos reducir nuevas infecciones por VIH y muertes asociadas al VIH avanzado y eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita.

El plan incorpora una herramienta de monitoreo y evaluación que permitirá dar seguimiento a cada una de las acciones planteadas, con base en indicadores priorizados para la respuesta nacional al VIH. Además, coadyuva al cumplimiento de los acuerdos internacionales que el país ha adquirido en materia de VIH, incluidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el llamado a la acción 2020, las Metas 90-90-90 y el continuo de la atención en VIH.

Plan estratégico intersectorial para la atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019

El plan tiene por finalidad constituirse en un instrumento conductor para la planificación de intervenciones orientadas a personas adolescentes y jóvenes, tomando como base sus necesidades, el control de la determinación social de la salud, las conferencias mundiales convocadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos del niño y la niña.

La principal contribución radica en el ordenamiento y la priorización de las intervenciones que ayudan a lograr los objetivos estratégicos para este segmento poblacional en una fase decisiva de evolución a una mayor autonomía social.

Plan estratégico nacional intersectorial de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 2016-2019

Los primeros dos años de vida brindan la oportunidad de asegurar el crecimiento y el desa-

rollo adecuados de niños y niñas. En este periodo de vida se recomienda como forma ideal de alimentación la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar con la lactancia materna prolongada hasta los dos años de edad o más. Sin embargo, las acciones de promoción, protección y apoyo de lactancia materna requieren el compromiso de todas las instituciones de Gobierno. Por ello, las líneas estratégicas están relacionadas con información, educación y comunicación, gestión del conocimiento e investigación, así como con la participación comunitaria y la sensibilización institucional.

Finalmente, nos regocijamos de haber contribuido con múltiples acciones desde la CISALUD para el logro de la *Ley de Prohibición de Minería*. Estas acciones incluyeron:

- Apoyo coordinado con el liderazgo del FNS y la Mesa Nacional contra la Minería a las organizaciones locales que resistían los embates de las compañías mineras y a las comunidades históricamente excluidas y afectadas por la minería en los departamentos de La Unión y Cabañas.
- La movilización internacional de organizaciones por el derecho a la salud, como el Movimiento para la Salud de los Pueblos y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, en solidaridad con la causa contra la minería metálica.
- La sensibilización de las organizaciones miembros de CISALUD para movilizar la población.
- La organización de foros, conferencias y cursos para dar sustento científico a las demandas de la comunidad

Ninguna inversión, por millonaria que sea, se encuentra sobre el derecho a la salud de la población salvadoreña. En este hecho histórico, sin precedentes a nivel mundial, no se trató solo de prohibir una actividad económica de alto riesgo, en realidad dicho esfuerzo es la materialización del clamor popular convertido ahora en derecho (jurídico vinculante). El «No

a la minería. Sí a la vida» confirma que el abordaje de la determinación social de la salud es correcto; permite la salud individual y colectiva, pero además garantiza procesos de verdadera emancipación comunitaria vinculada con la sustentabilidad ambiental en la defensa de la territorialidad, la humanidad y la salud.

Meta/objetivos

Conducir los procesos de elaboración y armonización de la documentación conceptual, normativa, regulatoria y ética en salud, conforme

al proceso de profundización de la Reforma de Salud y los ejes de la *Política Nacional de Salud 2015-2019*.

La DRLS establece como meta de trabajo la oficialización de los documentos institucionales esenciales para la profundización de la Reforma de Salud. De esta manera, para el periodo informado se estableció la oficialización de una política nacional, una ley, un plan de implementación, cuatro planes estratégicos, tres estrategias, un reglamento de ley, dos reglamentos técnicos salvadoreños, cuatro normas técnicas, catorce lineamientos técnicos y tres guías clínicas.



La aprobación de la propuesta de *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud* permitirá que las personas tengan una mejor cobertura y mayor acceso, sin discriminación y con enfoque de derechos, pero además con garantía de calidad

TABLA 1. DOCUMENTOS ELABORADOS EN EL PERIODO 2016-2017

No.	Categoría/Nombre	Objeto	Rubro de actuación
Políticas nacionales			
1	Política Nacional de Investigación para la Salud	Desarrollar el Sistema Nacional de Investigación para la Salud, que integre, oriente y regule los procesos de investigación con estándares metodológicos y éticos, que permita que sus resultados sean utilizados para el desarrollo científico y tecnológico, procurando el mejoramiento de la salud y la calidad de vida en el contexto de la persona, la familia y la comunidad.	Investigación en salud
Leyes			
2	Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana	Velar, tanto en el sector público como en el privado, por la salud de los habitantes de la república en la prevención, promoción, protección, atención integral y control de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que en adelante se denominará VIH, mediante la implementación de estrategias de coordinación interinstitucional, con énfasis en los ámbitos educativo, laboral, penitenciario, salud e investigación, respetando los derechos humanos de la población.	Prevención y control del VIH
Planes de implementación			
3	Plan de implementación de la Política Nacional de Cuidado de Enfermería	Establecer de manera sistemática las principales actividades previstas para el cumplimiento de los objetivos, estrategias y líneas de acción derivadas de la Política Nacional de Cuidado de Enfermería, tendientes a un desarrollo equilibrado y coherente de la profesión para la mejora del cuidado de la salud de la población. Promover el desarrollo de acciones articuladas para la implementación de la Política Nacional de Cuidado de Enfermería.	Cuidados de enfermería
4	Plan de implementación de la Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer	Dotar de herramientas necesarias para el fiel cumplimiento de la Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer.	Prevención y control del cáncer
Planes estratégicos			
5	Plan estratégico nacional intersectorial de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 2016-2019	Establecer las estrategias, mecanismos y acciones que favorezcan la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna durante el periodo del 2016 al 2019.	Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna
6	Plan estratégico intersectorial para la atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019	Desarrollar un conjunto de estrategias planificadas, de carácter nacional, que desde una perspectiva de derechos y cultura de género, articule y promueva los programas, planes y acciones dirigidas a garantizar el abordaje integral de la salud de adolescentes y jóvenes, a través de un esfuerzo unificado interinstitucional e intersectorial que fortalezca los factores protectores y disminuya el riesgo de este grupo poblacional, a partir de la identificación, la magnitud y la distribución de las inequidades y su determinación social, contribuyendo con esto al buen vivir de dicha población.	Atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes
7	Plan estratégico nacional multisectorial de VIH e ITS 2016-2020	Reducir las nuevas infecciones y las muertes relacionadas con sida y eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita.	Prevención y control del VIH

8	Plan estratégico nacional multisectorial para el abordaje de las enfermedades no transmisibles	Abordar de manera integral las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la atención primaria en salud, desarrollando intervenciones multisectoriales con amplia participación social y con enfoque individual, familiar y comunitario que incidan en su determinación social, a efecto de reducir la morbilidad y mortalidad causada por las enfermedades no transmisibles.	Prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles
Estrategias			
9	Estrategia nacional de participación comunitaria para la prevención y control de la tuberculosis 2017-2020	Promover la participación activa de las organizaciones sociales y comunitarias en la prevención y control de la tuberculosis a nivel nacional y focalizado en los 65 municipios con brecha alta de detección priorizados en el Plan estratégico nacional multisectorial para el control de la tuberculosis 2016-2020 (PENM TB 2016- 2020).	Prevención y control de la tuberculosis
10	Estrategia nacional de condones	Establecer acciones que faciliten el acceso y disponibilidad de condones masculinos y femeninos de forma oportuna y de calidad, promoviendo su uso correcto y consistente, con la finalidad de prevenir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, embarazos tempranos y no deseados, contribuyendo a fortalecer las buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.	Prevención y control del ITS/VIH
11	Estrategia nacional para la integración e implementación de actividades colaborativas TB-VIH	Establecer acciones que aseguren la integración efectiva de los programas de Tuberculosis e ITS/VIH-sida en el sector salud en el periodo comprendido entre 2016 y 2020, en el marco de gestión en red y como garantía del derecho a la salud de las personas.	Prevención y control de la tuberculosis
Reglamentos de ley			
12	Reglamento General de Hospitales.	Regular las atribuciones y funciones de los hospitales públicos del MINSAL, así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud en atención a las necesidades de salud de la población.	Organización y funcionamiento institucional
Reglamentos técnicos salvadoreños			
13	Reglamento Técnico Salvadoreño de productos farmacéuticos. Medicamentos para uso humano. Farmacovigilancia.	Establecer los lineamientos para la detección, cuantificación, evaluación, análisis y prevención de reacciones adversas a medicamentos, eventos atribuidos a vacunación e inmunizaciones y otros problemas relacionados con los medicamentos de uso humano.	Farmacovigilancia
14	Reglamento técnico salvadoreño de fortificación de alimentos. Especificaciones.	Establecer las características físicas, químicas y microbiológicas y las especificaciones nutricionales que deben cumplir los siguientes alimentos fortificados: azúcar, sal para consumo humano y animal, harina de maíz nixtamalizado y pastas alimenticias.	Salud y nutrición
Normas técnicas			
15	Norma técnica para la implementación de las advertencias sanitarias para el control del tabaco	Establecer la norma técnica que regula las advertencias sanitarias, pictogramas y publicidad para las actividades del tabaco y sus productos.	Prevención y control del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco
16	Norma técnica para las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	Establecer las disposiciones de orden técnico que regulan la prevención, reducción, protección, vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis que favorezcan un abordaje integral e intersectorial en beneficio de la salud individual y colectiva.	Prevención y control de enfermedades transmisibles.

17	Norma de atención integral de las personas afectadas por violencia y lesiones.	Establecer las disposiciones en las Redes Integrales e Integradas de Salud para la atención integral en salud de las personas afectadas por violencia y lesiones en el curso de vida, incluyendo acciones de promoción de estilos de vida no violentos y convivencia pacífica, la no discriminación y la prevención de la violencia, la detección, la atención, la rehabilitación integral, enmarcado en el enfoque de género, derechos humanos y determinación social de la salud, para el fomento del buen vivir en la población salvadoreña.	Atención integral a personas afectadas por violencia.
Lineamientos técnicos			
18	Lineamientos administrativos para el uso del uniforme del personal de enfermería en los establecimientos del MINSAL	Proporcionar directrices administrativas para el uso del uniforme por el personal de enfermería en la prestación del cuidado a la población que le demanda servicios en los establecimientos de la RIIS.	Organización y funcionamiento institucional
19	Lineamientos técnicos para la categorización de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.	Establecer el proceso de categorización en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.	Organización de servicios de salud.
20	Lineamientos técnicos para la atención prehospitalaria del sistema de emergencias médicas	Establecer los lineamientos necesarios para la atención prehospitalaria de personas en emergencias médicas que permitan al personal de salud desarrollar la atención con estándares de eficiencia y eficacia en el Sistema de Emergencias Médicas (SEM).	Atención prehospitalaria de emergencias médicas
21	Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en la RIIS	Establecer mecanismos ágiles, oportunos, eficaces y con calidad para el funcionamiento del PRRI, por medio de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención de la RIIS.	Organización de servicios de salud
22	Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo	Establecer directrices para la atención integral a mujeres en edad reproductiva con alto riesgo reproductivo en establecimientos de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS).	Prevención y control de la mortalidad materna
23	Lineamientos técnicos para el funcionamiento del registro de cáncer hospitalario.	Establecer las disposiciones necesarias para la implementación del registro hospitalario de cáncer en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.	Prevención y control del cáncer
24	Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción.	Proporcionar al personal de salud las directrices técnicas y los componentes esenciales para la atención integral e integrada en la provisión de servicios de anticoncepción basados en evidencia científica, considerando además un amplio marco de referencia que incluya la garantía en derechos humanos y el enfoque de determinación social de la salud, género, riesgo reproductivo, elección libre e informada en los diferentes métodos de anticoncepción.	Provisión de servicios de anticoncepción
25	Lineamientos técnicos para la implementación del Registro Nacional de Diálisis y Trasplante Renal	Establecer las disposiciones técnicas y administrativas necesarias para la implementación del Registro Nacional de Diálisis y Trasplante Renal en el Sistema Nacional de Salud y por los prestadores de servicios de salud a nivel privado.	Prevención y control de la enfermedad renal crónica
26	Lineamientos técnicos para la atención de niños y niñas con microcefalia en las redes integrales e integradas de servicios de salud	Establecer las disposiciones para la detección oportuna y monitoreo sistemático de los casos de niñas y niños con microcefalia congénita para definir su etiología y el seguimiento correspondiente.	Atención integral en salud a la niñez

27	Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con zika	Establecer las disposiciones que el personal de salud debe cumplir para la atención integral de personas con sospecha diagnóstica de enfermedad por el virus del Zika.	Prevención y control del zika
28	Lineamientos técnicos para realizar campaña de vacunación antirrábica canina y felina.	Establecer los procedimientos y actividades para la ejecución de la campaña de vacunación antirrábica canina y felina que permitan reducir el riesgo de transmisión de la rabia, logrando coberturas del 95%.	Prevención y control de la rabia.
29	Lineamientos técnicos para la atención a la persona veterana de guerra.	Garantizar la atención integral en salud a la persona veterana de guerra por parte del personal de las Redes Integradas e Integrales de Salud, proporcionando herramientas técnicas y directrices para cumplir con las actividades de forma oportuna y sistematizada y priorizando el abordaje de la determinación social de la salud de las personas veteranas de guerra, lo cual incluye un abordaje integral, intersectorial y comunitario de la atención en salud.	Atención integral en salud.
30	Lineamientos técnicos para la aplicación del código amarillo en la RIIS	Establecer las disposiciones necesarias para que el personal del Sistema Nacional de Salud ejecute el código amarillo, con un enfoque multidisciplinario, coordinado e integrado y de forma rápida y oportuna en las mujeres que presentan complicaciones por sepsis asociada a embarazo o puerperio, con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna.	Prevención y control de la mortalidad materna
31	Lineamientos técnicos para la prevención y atención de personas con cánceres priorizados	Establecer las disposiciones para el abordaje integral de la prevención y control de los cánceres priorizados, en las RIIS, con eficiencia y eficacia, para contribuir al ejercicio del derecho a la salud de la población salvadoreña.	Prevención y control del cáncer
Guías clínicas			
32	Guía clínicas de cirugía pediátrica	Establecer las directrices pertinentes para la adecuada intervención quirúrgica en niños y niñas que se brinda en las Redes integrales e Integrales de Salud (RIIS), como parte del derecho a la salud y su restablecimiento.	Atención integral en salud a la niñez
33	Guía clínica para la atención en cirugía bucal y maxilofacial	Garantizar el derecho a la salud a la población mediante una atención oportuna, eficaz y con calidad de los tratamientos de cirugía bucal y maxilofacial.	Salud bucal
34	Guía para la atención de las personas con coinfección TB/VIH	Proporcionar al personal que labora en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud las directrices necesarias para la prevención, diagnóstico temprano y manejo estandarizado de las personas con coinfección TB/VIH, para brindar la mejor atención en salud posible a dichas personas.	Prevención y control de la coinfección TB/VIH

**IMPLANTANDO EL
EXPEDIENTE CLÍNICO
ELECTRÓNICO
EN 28 HOSPITALES
Y 91 UCSF**

Sistema Único de Información en Salud (SUIS) y vigilancia de la salud

El SUIS, como columna vertebral que integra e interrelaciona a los diferentes ejes estratégicos de la Reforma de Salud, ha continuado fortaleciendo su tarea de procesar los datos para convertirlos en indicadores e información para la toma de decisiones, ampliando y facilitando el acceso a estadísticas vitales, tributando información generada desde el sector salud hacia el Gobierno central, organismos de cooperación técnica y financiera, sistema de Naciones Unidas y otros organismos de desarrollo.

El SUIS ha continuado mejorando las capacidades de todos sus componentes, agregando nuevas funcionalidades de captación de información y análisis, aumentando el número de establecimientos y puestos en los cuales estas aplicaciones informáticas facilitan la entrega de una atención al usuario de nuestros servicios de salud más cálida y ágil.

Un elemento crecientemente desestabilizador es la crisis fiscal, que mediante la reducción presupuestaria ha provocado una particular

fragilidad en la continuidad y el ritmo de crecimiento y desarrollo con que se venía impulsando el SUIS. Este financiamiento es fundamental para asegurar que el equipo de recursos humanos siga ampliando y actualizando permanentemente el SUIS, así como proporcionando la administración/sophorte de los equipos de cómputo y telecomunicaciones necesarios para su funcionamiento.

Esta insuficiencia presupuestaria se refleja especialmente en el obstáculo al despliegue total del sistema integral de atención a la persona usuaria, la configuración del sistema de costos del MINSAL y en la estabilidad del personal técnico, que está altamente calificado.

También es crítica la incorporación del gasto en equipo informático para asumir sin mayores consecuencias la conclusión de las garantías que acompañaban al equipo adquirido con los fondos de préstamos y seguir ampliando la base de usuarios con acceso al SUIS, lo cual es un compromiso de gestión que el MINSAL asume realizar al más alto nivel institucional.

En este sentido, uno de los principales desafíos para la construcción del SUIIS y su robustez es el incremento y estabilidad de su financiamiento y la garantía de soberanía en cuanto a su gobierno, aspectos imprescindibles para sostenerse y seguir creciendo en un entorno financiero muy limitado. En este sentido, fueron un acierto pleno la contratación con carácter permanente a partir de 2015 del equipo de personas expertas que construyen, implementan y mantienen los módulos del SUIIS, así como la utilización total de software libre y gratuito en la plataforma tecnológica subyacente.

Gracias a estas características, a las que agregamos la idoneidad del equipamiento adquirido y la democratización de las ventajas del uso de tecnologías de información y comunicaciones (TIC), este eje del proceso de reforma sigue proporcionado la malla de información necesaria para propulsar e integrar los demás ejes.

El ejercicio pleno del derecho a la salud exige un uso adecuado de TIC

En la realidad actual no puede concebirse un sistema de salud eficaz y eficiente sin contar con el acompañamiento óptimo de herramientas de TIC. Esto conlleva la realización de inversión y gasto corriente en los elementos que la componen, específicamente en equipo informático, telecomunicaciones y software, siendo este último componente suplido en su totalidad por aplicaciones propias desarrolladas en el MINSAL y con base en software libre y gratuito.

En el presente periodo se concluyó la ejecución del «Programa Integrado de Salud, PRI-DES» (Proyecto de préstamo ES-L1027 de fondos BID), con el cual se pudo renovar el equipamiento de acondicionamiento ambiental y energético de precisión requerido para la infraestructura principal de servidores del SUIIS. Con el préstamo BIRF 8076 (Fondos Banco Mundial), se han realizado nuevas adquisiciones de equipamiento informático cliente (tanto de escrito-

rio, portátil, así como dispositivos móviles) para multiplicar el acceso a los diferentes módulos del SUIIS, y también de equipamiento requerido para la ampliación y mejora de las redes locales de datos y las comunicaciones de voz sobre IP. Antes de que concluya el presente año 2017, último período para la ejecución de este financiamiento, se espera adjudicar el proceso de primera fase de infraestructura de red de radiofrecuencia del MINSAL y cubrir los hospitales del área metropolitana, los principales edificios administrativos y el sitio alterno de servidores ubicado en Chalatenango, así como un conjunto suficiente de equipamiento de red y servidores que permita suplir por un año las necesidades más críticas, hasta que pueda admitirse la compra recurrente de este tipo de elementos con base en el presupuesto general.

Se han seguido cubriendo las necesidades de soporte técnico, como capacitaciones, instalación y mantenimiento preventivo/correctivo a todo el equipamiento informático adquirido (más de 6000 asistencias solo en el nivel superior), así como la instalación de 400 puntos de red de datos en establecimientos sanitarios y dependencias administrativas, que en este caso se ha visto aumentada por medio del uso de fondos de donación (Fondo Global-Programa Nacional de Tuberculosis, Médicus Mundi) y préstamos de Banco Mundial, además de asegurar la instalación de equipos por medio de la protección lógica, física y eléctrica requerida.

La utilización de dispositivos móviles para la ficha familiar en los ECOS familiares, proceso que inició en el periodo anterior, se ha materializado mediante la adquisición y distribución de 790 tabletas, que será completada en el presente año hasta un total de 2782. En este proceso además se ha agregado la aplicación de mapa sanitario, que habilita la visualización en la misma tableta de la información capturada para la realización de acciones y toma de decisiones localmente. Los fondos utilizados para este fin provienen de la cooperación japonesa, BIRF 8076, Salud Me-soamérica 2015, Fondo Común de Apoyo Programático (FOCAP) y Fondos de Conversión de

Deuda Franco-Salvadoreña. Por medio de esta última fuente de financiamiento se espera desarrollar la aplicación móvil de expediente clínico electrónico, que se implementará a nivel de prototipo en la microrred de Perquín.

La conformación de un expediente único por persona ha avanzado mediante la puesta en marcha del código único al nacido (CUN), proceso de asignación de un identificador individual a los nacidos vivos a partir del 1 de enero de 2017 en el que participan todas las instituciones que conforman el SNS y en el que se están involucrando las demás instituciones que requieren la administración de datos de menores de edad que corrija la duplicidad y los vacíos de información, tal es el caso del MINED, la DIGESTYC y, por supuesto, el Registro Nacional de las Personas Naturales (RNPN). Adicionalmente, con el RNPN se ha avanzado en el desarrollo de la solución tecnológica prevista en el convenio suscrito para la consulta directa de la información del Documento Único de Identidad (DUI) desde el Sistema Integral de Atención al Paciente; además, con el apoyo de la Dirección de Gobierno Electrónico de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia, se ha avanzado en la definición y pruebas de las tecnologías que se utilizarán para la conformación de la base de datos del expediente único.

Ha continuado la exitosa relación de colaboración entre la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC) del MINSAL

y la Escuela de Ingeniería de Sistemas Informáticos de la Universidad de El Salvador, que ha aportado como proyecto de tesis un «Sistema informático para el control y monitoreo de desechos sólidos de la Unidad de Saneamiento de la Dirección de Salud Ambiental del MINSAL» y los proyectos de graduación de estudiantes de la licenciatura en Informática de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), «Módulo de mapeo de variables de Ficha Familiar».

En cuanto a la expansión de la red de telecomunicaciones para el correcto y completo funcionamiento del SUIIS, se ha logrado brindar conectividad a 22 establecimientos adicionales en 2017, aumentando hasta 307 establecimientos sanitarios, almacenes y oficinas administrativas. Este esfuerzo ha sido posible con financiamiento del Fondo General utilizado conjuntamente entre la Secretaría de Estado y las Direcciones Regionales de Salud, unido al financiamiento adicional procedente del Fondo de Actividades Especiales y la interconexión propia de establecimientos próximos por medio de fibra óptica y enlaces punto a punto de radiofrecuencia. Esta expansión de la red, supera en cobertura el 40 % de establecimientos con ancho de banda privado garantizado de al menos 1 Mbps, que durante el presente año incrementará con la adquisición de más equipo de radiofrecuencia por medio del fondo de donación del Programa Nacional de Tuberculosis.

TABLA 1. MÓDULOS PRINCIPALES DEL SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Arquitectura del sistema único de información en salud (SUIS)		
Estructura o unidad apoyada	Módulo o Sistema informático	Características y 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 de servicios. - Producción de datos para realizar el análisis de la situación de salud de la población. - Mapa sanitario para la coordinación de acciones locales. - Acceso público a estadísticas sobre el impacto del despliegue de los ECOS familiares. - Base de datos para identificar y medir a futuro inequidades de salud en la población y sus determinantes.

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 28 hospitales y 91 UCSF. – Se compone de los módulos: archivo, selección, citas, historia clínica general, vigilancia de las ITS, farmacia, laboratorio clínico, imagenología médica. – En el presente 2017 se está enfocando el esfuerzo de desarrollo del SIAP en historia clínica de cirugía, integración con el CUN, interfaz de comunicación del módulo de laboratorio clínico del SIAP con equipos automatizados de análisis de pruebas.
Programa de VIH/sida y Laboratorio 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.
	Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida-SUMEVE	<ul style="list-style-type: none"> – Actualización del sistema en la interfaz del ingreso de los datos debido a cambios en los formularios de fuente primaria. – Generación de reportes dinámicos para toma de decisiones a las jefaturas. – Nuevos módulos de posconsejería. – Generación del código único para identificación y seguimiento (CUI) de la población clave.
Dirección de Vigilancia de la Salud	Sistemas de morbimotalidad en línea-SIMMOW	<ul style="list-style-type: none"> – Registro de Estadísticas Vitales (nacimientos, defunciones) certificadas en las 262 alcaldías del país. – Correlación con la información generada por los ECOS desde las comunidades y detección de subregistros en las estadísticas vitales. – Generación del código único del nacido vivo.
	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 1234 unidades notificadoras procedentes de diferentes áreas, como estadística, laboratorio, vigilancia epidemiológica, instrumentos de captura de datos estandarizados. – Detección, toma oportuna de decisiones, respuesta y control de brotes epidémicos y alzas de enfermedades emergentes. – Se ha incorporado el módulo de enfermedades infecciosas (ESAVI) para recolección de datos que pueda ser útil en la investigación de casos con el fin de determinar si existe relación causal de la vacuna con la patología del paciente. – Módulo de Infecciones asociadas a la atención sanitaria para el MINSAL e ISSS. Es una herramienta que apoya la investigación de los casos con el fin de determinar si la patología está relacionada con infección nosocomial.
	Sistema Nacional de Vigilancia Extraordinaria en Periodos Vacacionales-SILIN	<ul style="list-style-type: none"> – Recopilación de eventos epidemiológicos objeto de vigilancia y notificación obligatoria en periodos vacacionales. – Implementación del registro de información de las áreas de vectores, saneamiento ambiental y promoción de la salud para periodos de vacaciones.
Unidad Nacional para la Prevención y Control del Cáncer	Sistema de Información para pacientes con Enfermedades Crónicas-Cáncer-SIEC	<ul style="list-style-type: none"> – Desarrollo del sistema de información para pacientes con cáncer que permitirá registrar los diagnósticos de displasias, bases diagnósticas, tipo de morfología, topografía, estadio clínico y tipos de tratamiento.
Viceministerio de Servicios de Salud	Sistema de Información para Pacientes con Enfermedades Crónicas-Renal-SIEC	<ul style="list-style-type: none"> – Desarrollo e implementación del Registro Nacional de Diálisis y Trasplante Renal, que permite capturar la información del paciente, la etiología de la enfermedad, las enfermedades crónicas concomitantes relevantes, la modalidad del tratamiento sustitutivo y el egreso del paciente en los hospitales San Juan de Dios de San Miguel, San Juan de Dios de Santa Ana y Hospital Nacional Rosales. – Creación de la comunicación del Sistema SIEC con el Sistema SIAP, a través de la implementación de Web Service.

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. – Módulo especializado en la presentación de ofertas a través de Internet.
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 y 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 RRHH. – Construirá y aplicará criterios idóneos y objetivos para determinar brechas de personal sanitario de acuerdo con 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 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. – Módulo de medición de estándares de calidad con ingreso en línea y fuera de línea a través de 301 dispositivos móviles. Elaboración de seguimiento de planes de mejora asociados.
MINSAL en su conjunto	Sistema de Información Georreferenciado-GEO	<ul style="list-style-type: none"> – Consulta de ubicación de establecimientos y Áreas Geográficas de Intervención Sanitaria. – Evaluación de riesgos. – Mapeo de inequidades sociales de salud y otros indicadores contenidos en el SIIG.
Dirección de Salud Ambiental	Sistema de Información de Salud Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> – Implementado el módulo de registro sanitario de alimentos y bebidas. – Implementación del módulo de autorizaciones de importación de alimentos y bebidas con registro sanitario. – Implementación del módulo de captura del Certificado de Libre Venta. – Pago electrónico a través del CIEX-BCR de tasas de registro y reconocimiento sanitario de alimentos y bebidas y su renovación. – Enlace con el Sistema de Integración Regional para Registros Sanitarios (reconocimiento mutuo de registros en el marco de la Unión Aduanera). – En proceso de desarrollo e implementación módulo de control, monitoreo y vigilancia de los desechos bioinfecciosos del MINSAL y SNS. – En proceso de desarrollo e implementación pago electrónico de análisis de laboratorio de alimentos y bebidas.
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 Continuas. – Facilitación de planificación institucional y seguimiento a planes de trabajo mediante webconferencias en tiempo real a nivel nacional e internacional.

Fuente: DTIC.



Izquierda: Sistema de Información de Salud Ambiental (módulo de gestión del registro de alimentos y bebidas). Derecha: componente de imagenología digital del Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP).

En cuanto a la implementación del SIAP, en abril de 2017, veintiocho de los treinta hospitales contaban con el módulo de identificación del paciente, de los cuales veintisiete tienen adicionalmente módulo de citas, 18 cuentan con módulo de farmacia, cuatro poseen módulo de laboratorio clínico y siete tienen módulo de seguimiento en la consulta general. Este sistema, de acuerdo con la disponibilidad de equipo de cómputo, red local y conexión a la intranet institucional, también se está implementando en el primer nivel de atención: actualmente se está utilizando en 91 UCSF y en la clínica de empleados, de las cuales diecinueve ya tienen el módulo de citas, doce el módulo de laboratorio clínico, dieciséis el módulo de farmacia y trece con el módulo de la atención en la clínica de VICITS, siempre bajo supervisión y colaboración del Programa Nacional de VIH/sida y la DPNA. Los equipos adquiridos con recursos del Fondo Mundial para el Programa Nacional de Tuberculosis han comenzado su despliegue, alcanzando 71 UCSF a nivel nacional. También ha sido notablemente exitosa la implementación del SIAP en las 11 UCSF beneficiarias de la donación de la AECID a través de Medicus Mundi. FOSALUD continúa acompañando la labor de implemen-

tación del SIAP con equipamiento y personal dedicado en cincuenta y un establecimientos sanitarios del primer nivel de atención que cuentan con horario extendido.

En relación con la cualificación de recursos humanos, destacamos la consolidación de la plataforma de webconferencias en el marco del programa Telesalud, que en el último periodo duplicó su utilización con más de una actividad semanal, cubriendo actividades formativas puntuales, así como cursos, talleres y congresos. También la utilización del sistema de gestión del aprendizaje del SUIS, saber.salud.gob.sv, está ya plenamente integrada dentro de las actividades de formación provistas al personal del MINSAL.

En este periodo también queremos destacar los logros del componente del SUIS del Sistema Integrado de Servicios de Salud Ambiental, SISAM, que ya a puesto a disposición de sus usuarios el Módulo de Registro Digital de Empresas y el Módulo de Registro Sanitario de Alimentos y Bebidas, que significó un gran esfuerzo para la migración de datos del sistema anterior y, fundamentalmente, configuración del expediente digital empresarial y ofrece al usuario la posibilidad de realizar el pago en línea a través de la aplicación provista por el Centro de Im-

portaciones y Exportaciones del Banco Central de Reserva, CIEX. También está ya en producción la interconexión informática del SISAM con el Sistema de Integración Regional para el Reconocimiento Sanitario Mutuo, entre los países de la región aduanera de alimentos y bebidas, implementado en junio de 2016, y que en mayo de 2017 superó los 1000 reconocimientos realizados a través de dicho sistema.

Unidad de Vigilancia de la Salud

La vigilancia epidemiológica es un componente de epidemiología y al mismo tiempo es un proceso de seguimiento y evaluación permanente de la situación de salud, basado en la recopilación, análisis e interpretación y difusión de información. Esto lo convierte en un sistema estratégico fundamental para la toma de decisiones, así como para la realización de las acciones de prevención y control necesarias y oportunas para prevenir o controlar las enfermedades en la población, es decir, información para la acción.

El proceso de Reforma de Salud con el desarrollo del SUIIS ha generado las capacidades para incorporar como parte de su quehacer a la epidemiología crítica, herramienta estratégica del abordaje de la determinación social de la salud. Esta epidemiología, que supera la epidemiología descriptiva tradicional, ha contribuido a la identificación, medición y análisis de las inequidades en salud entre grupos poblacionales, así como su interrelación con otras variables socioeconómicas a fin de identificar inequidades y proponer soluciones novedosas.

Por medio del SUIIS se han detectado posibles brotes de enfermedades transmisibles y establecido medidas de prevención brindando información necesaria para modificar estrategias y generar capacidades a largo plazo.

La mejora de la calidad de la vigilancia epidemiológica ha permitido adoptar medidas de control en la respuesta mediante cálculos de casos prevenidos y consecuencias sociales, eco-

nómicas y políticas que se causaron o se evitaron. Los avances del SUIIS también ha permitido trascender de la vigilancia tradicional pasiva a una vigilancia activa y centinela de enfermedades de relevancia nacional e internacional donde su notificación oportuna es importante en la búsqueda de casos sospechosos, además de ser relevante para las estadísticas vitales, encuestas, registros especiales y costeo de enfermedades transmisibles.

Los avances del último año han sido determinantes para saldar algunas de las deudas históricas de la Epidemiología en El Salvador. Gracias al acertado rumbo que la impronta de la Reforma de Salud ha marcado, se rediseñó el sistema de vigilancia intensificada para periodos vacacionales (verano, fiestas patronales nacionales de agosto y fin de año) a partir del antiguo módulo VIGEPES DESASTRES, lo cual permitió integrar información estratégica del SNS (ISSS, FOSALUD, MINSAL) y crear una lista dinámica de eventos y enfermedades a vigilar particularizado para cada periodo. Además, se diseñaron nuevos registros primarios de información para la captura de datos desde los niveles locales, los cuales fueron capacitados en su uso en múltiples sesiones con la intercesión de los epidemiólogos regionales; se crearon reportes automatizados de salida para el nuevo módulo VIGEPES VACACIONES, con cuyos elementos se construyó diariamente un *Boletín Epidemiológico* integral con información del SNS en un tiempo excepcionalmente corto, que fue usado por los titulares para toma de decisiones estratégicas, comparencias de prensa y monitoreo de la situación durante estos periodos de vigilancia intensificada. En el marco de la mejora continua de los procesos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria durante el periodo del Plan Verano 2017, y con la intercesión logística de la Unidad de Gestión de Emergencias y Desastres, se integró por primera vez a la vigilancia intensificada información procedente del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), la Dirección de Salud Ambiental y la Unidad de Promoción de la Salud.

Entre otros logros para el SUIS en su dimensión de análisis, uso y abordaje de eventos relevantes para la salud pública y en consonancia con la reciente fase de eliminación de la malaria en El Salvador, se realizaron modificaciones a los sistemas de información para dar seguimiento a los casos sospechosos de dicha patología, notificación negativa y seguimiento laboratorial, al tiempo que se agregó al *Boletín Epidemiológico* semanal información sobre casos confirmados de malaria como un ejercicio de transparencia y difusión de información a nuestra población.

Actividades de la Unidad de Vigilancia en apoyo a la Comisión Nacional de Pirotécnicos

En coordinación con centros educativos, la Subcomisión de Pirotécnicos ha obtenido apoyo de estudiantes de diferentes universidades, quienes realizarán estudio de impacto de la campaña para el abordaje de las quemaduras en niños, niñas y adolescentes, el cual servirá de apoyo para orientar las nuevas acciones permanentes y las campañas de concientización de fin de año.



Ficha familiar y mapa sanitario para dispositivos móviles en los Ecos familiares.

Se presentó y discutió el Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de Quemaduras, que contiene cinco objetivos, entre estos:

- Desarrollar la gestión del conocimiento sobre la prevención y control de las quemaduras en general;
- Impulsar la creación o reforma del marco legal, así como la elaboración o actualización del marco regulatorio;
- Mejorar la provisión de servicios de atención integral en salud relacionadas con las quemaduras en general;
- Ampliar la vigilancia e investigación en salud relacionada con la prevención y control de las quemaduras;
- Desarrollar un plan de información, educación y comunicación social. En dicho plan estratégico se establecieron líneas de mapeo de actores, gestión con instituciones competentes y divulgación de las investigaciones orientadas a los problemas con quemaduras, cuyo fin es lograr un Módulo de información en el SUIIS relacionado con problemas de quemaduras funcionando en el 100 % de establecimientos del Sistema Nacional de Salud, para lo cual se trazó la siguiente hoja de ruta:
 - Revisión de Sistema VIGEPES/SILEX por integrantes de la Subcomisión de Pirotécnicos responsables del objetivo.
 - Elaboración de propuesta de fortalecimiento de los sistemas de información (VIGEPES/SILEX) para la captura de datos de manera individual o como consolidado (VIGEPES/SILEX).
 - Reunión con técnicos operativos del área de epidemiología, a nivel regional y local, tanto de MINSAL como del SNS.

Se inició el proceso para celebrar el primer simposio denominado «Día Internacional de la Prevención de Quemaduras» para fortalecer las medidas de prevención y control de las mismas. Como parte de la metodología, se identificó a los ponentes internacionales y a las autoridades nacionales clave en los ámbitos clínico, político,

social, económico, entre otros, que participarían de las actividades programadas.

Fortalecimiento de la vigilancia centinela

La vigilancia centinela que se realiza en nuestro país permite describir la epidemiología de los eventos que se vigilan cuyos agentes causan morbimortalidad en la población en general, como el caso del virus de influenza y de otros virus respiratorios, así como la vigilancia de eventos como la meningitis bacteriana, la neumonía bacteriana y el rotavirus en población específica, que es blanco de estrategias de vacunación (menores de cinco años). En el transcurso del año se ha continuado el trabajo dirigido al fortalecimiento de los diferentes procesos de la vigilancia, lo que implica el desarrollo de actividades de capacitación en campo mediante visitas bianuales para el monitoreo y control de calidad en el cumplimiento de los procedimientos operativos estandarizados, así como en la retroalimentación de los resultados semanales de la vigilancia en los diferentes niveles vinculados con la misma y a los tomadores de decisiones.

Periódicamente se recibe visitas de evaluación de la vigilancia centinela para hacer una medición del trabajo en los niveles nacional y local, lo que ha permitido que se visualice desde las instancias externas el grado de compromiso que existe en este ministerio para desarrollar un trabajo de calidad que se traduce en indicadores estándares y en otra información que son utilizados en la Organización Mundial de la Salud para las recomendaciones de políticas de salud para los países. Un ejemplo de la calidad del trabajo del país se ve reflejada en el reconocimiento del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, como parte de la Red Mundial de Vigilancia de la OMS para los eventos de rotavirus, meningitis y neumonía bacteriana.

Unidad de Estadísticas e Información en Salud

La demanda constante y creciente de información por diferentes usuarios sobre diversos aspectos relacionados con la salud exige de la Unidad de Estadística e Información en Salud un conjunto de acciones orientadas a planificar, regular, conducir, evaluar y asesorar los procesos estadísticos de información en salud, a fin de cumplir con criterios de calidad, e impulsa el desarrollo de los sistemas de información estadísticos para garantizar información oportuna y de calidad.

Una de las principales actividades está orientada al fortalecimiento del registro de los hechos vitales (nacimientos y muertes) que, como parte de las Estadísticas Vitales, proporciona información demográfica que abarca aspectos fundamentales, como cálculos de población, que permiten conocer el número de habitantes, su composición, estructura y distribución, así como proyecciones que permiten estimar el tamaño probable y el crecimiento de la población para la planificación y evaluación, dada su especial utilidad en la construcción de indicadores específicos a los hechos vitales y como denominador de otros indicadores de cobertura o impacto en salud.

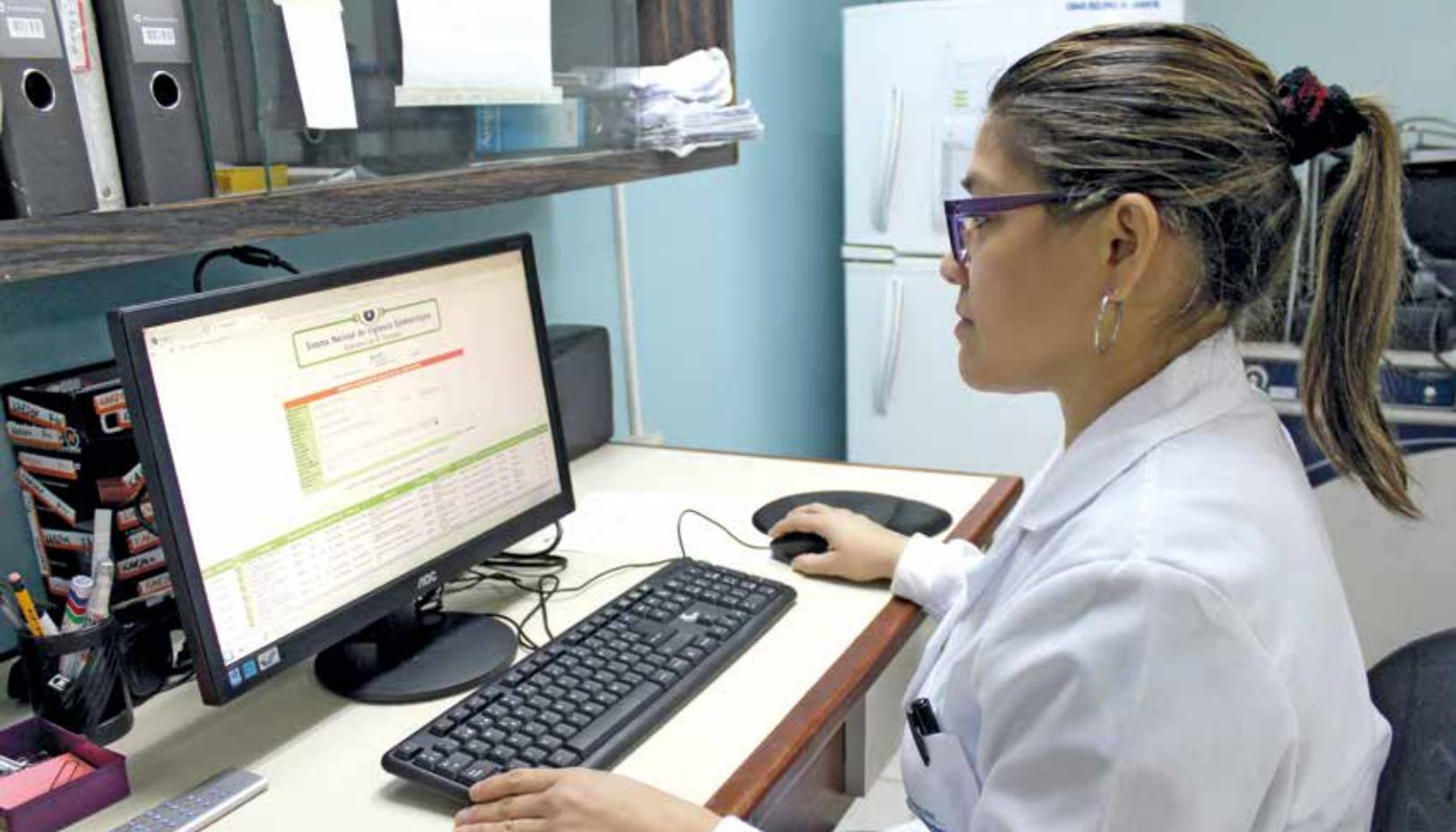
Para contribuir al fortalecimiento de las estadísticas vitales se ha creado un comité nacional en el que participan diferentes instituciones relacionadas con la producción o registro de hechos vitales y busca reducir las brechas que permiten obtener una mejor cobertura en busca de datos confiables, oportunos y de calidad.

En el marco de los ODS, El Salvador, por haber sido seleccionado por ONU como uno de 15 países a nivel mundial para la implementación acelerada de los ODS, tiene una alta responsabilidad en la generación de experiencia en la medición de los indicadores, para lo que se desarrollará una iniciativa de pilotaje del monitoreo donde los datos de hechos vitales ocupan un papel trascendente en la evaluación de los mismos.

La estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, con su consiguiente llamado a construir una hoja de ruta por país para conseguir el ansiado logro, ha llevado a El Salvador a trabajar con todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud para arribar a los «Acuerdos para una hoja de ruta hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud», cuyo acuerdo número uno, denominado «Uniendo esfuerzos», establece en su cuarto numeral: «Avanzar hacia un sistema único de información en salud». En ese sentido, se ha continuado en el proceso de incorporación de otras instituciones del SNS en la unificación de información, logrando además del registro de los nacidos vivos y nacidos muerto, el registro de la mortalidad general del ISSS, y la integración de digitación de datos de Sanidad Militar, en estadísticas vitales del SIMMOW, contribuyendo así a mejorar la oportunidad, representatividad y calidad de los indicadores.

Como parte de la integración entre instituciones se ha establecido un enlace informático entre las bases de datos de nacidos vivos del MINSAL, la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) y el Registro Nacional de las Personas Naturales (RNPN) en busca de un futuro acercamiento con el Registro del Estado Familiar de las municipalidades, en las que dichas instituciones tienen representación con sus sistemas de información para intercambio de datos, en busca de reducir el subregistro del asentamiento oficial de niños y niñas en cumplimiento de la Ley de Protección Integral de la Niñez t Adolescencia (LEPINA) y que a su vez favorece información completa y fidedigna a nivel nacional.

A pesar de los avances realizados en el fortalecimiento del Sistema de Información en Salud, aún se tienen dificultades para dar seguimiento a la atención de las personas en los diferentes establecimientos de salud y para la construcción de indicadores que requieren datos nominales. Cada vez que una persona asiste a consulta se le asigna un número de expediente diferente en cada establecimiento de salud, una práctica que no permite establecer vínculo y dar seguimiento



Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

de las atenciones que reciben las personas en los diferentes centros de atención.

En el marco de la puesta en marcha de la Ley de Desarrollo y Protección Social y el Plan Social, en el que el tema de la primera infancia cobra una importancia fundamental, se plantea desde un inicio el reto de lograr una medición personalizada para establecer la cobertura de Atención Integral Infantil y dar respuesta a estas mediciones, así como dar seguimiento al continuo de la atención en el ciclo de vida. Es por ello que se inicia el proyecto de creación de un código único al nacimiento (CUN) asignado de forma automática por el sistema en el momento de la digitación de la Ficha Médica de Nacimiento (plantares) en el SIMMOW, con la finalidad de registrarlos en los diferentes documentos del recién nacido antes del egreso hospitalario.

Este número debe ser portado por los familiares de niñas y niños en los diferentes documentos que son entregados en los hospitales al egreso para la identificación y uso como número único de expediente, y debe dejar de utilizarse cualquier otra forma de generar el expediente clínico en todos los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

Este registro permite dar seguimiento nominal a todas las niñas y niños que nacen desde el 1 de enero del 2017 en los diferentes hospitales y establecimientos de primer nivel de atención del MINSAL, del ISSS y del COSAM. Sin duda alguna, esta acción conduce al país hacia la modernización de los mecanismos de registro de un hecho tan importante como es el nacimiento, pues una de las externalidades positivas de ella es que la máxima autoridad de estadísticas



Ficha familiar y mapa sanitario para dispositivos móviles en los Ecos familiares.

y censos del país, la DIGESTYC, podrá recurrir a esta fuente primaria para realizar el conteo que hoy en día realiza mediante la recuperación de las partidas de nacimiento a nivel de todas las alcaldías municipales del país.

El MINSAL también ha contribuido a la implementación de la Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia, que pone especial énfasis en la importancia de la prevención, una idea que orienta en algunos casos a la reestructuración de las instituciones del Estado para garantizar las acciones que buscan la reducción de la violencia en el país, al tiempo que orienta a la modificación o creación de formularios que permitan el registro de las acciones orientadas al cumplimiento del plan. En respuesta a ese requerimiento, la Unidad de Estadística y la Unidad de Violencia realizan modificaciones al Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas para mejorar el regis-

tro de las atenciones que se brindan a personas afectadas por violencia, recuperando la información sobre el tipo de violencia a través de un adecuado sistema de codificación basado en el clasificador estadístico internacional de enfermedades y problemas relacionado con la salud, CIE-10, entre otras variables, como condición o ámbito en el que se genera la violencia. Además, para el Sistema de Producción de Servicios de Salud (SEPS) se crearon los tabuladores para la detección de personas afectadas por violencia que acuden a los establecimientos de salud y tabuladores para el registro de acciones de promoción de la salud y estrategias de prevención de violencia, orientadas a las diferentes formas de manifestación de la violencia y dirigidas a la población en general y a grupos específicos.

El MINSAL, en representación nacional de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de

Salud (RELACIS), forma parte de la comunidad académica y práctica que fomenta el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información de salud en América Latina y el Caribe por medio de la cooperación entre profesionales del área, la capacitación de recursos humanos en los países de la región, la generación de acciones en común y la compilación y difusión de buenas prácticas para el fortalecimiento de los sistemas de información de salud.

Unidad de Investigaciones y Epidemiología de Campo

En este periodo se ha fortalecido el trabajo de la Unidad de Investigaciones y Epidemiología de Campo (UNIEC) en lo relativo a sus áreas de trabajo, formación e investigación en epidemiología.

El 17 de agosto de 2016 se celebró en el auditorium del LNR la graduación del «Curso Básico de Epidemiología de Campo de la Cohorte 2015-2016», con el apoyo técnico y financiero de SE-COMISCA, fortaleciendo así las competencias en epidemiología en la red nacional de servicios de salud. En total, del Curso Básico de Epidemiología de Campo se graduaron 56 profesionales de salud, incluyendo profesionales de medicina, enfermería y de educación para la salud: 43 trabajan en primer nivel de atención de MINSAL, nueve de la Secretaría de Estado y cuatro de FOSALUD. Se desarrollaron cinco módulos relacionados con las siguientes temáticas: Métodos Epidemiológicos Básicos y Tecnología de la Computación; Bioestadística Básica y Gerencia; Vigilancia de Salud Pública y Laboratorio; Comunicación; Medición de desigualdades.

Como una estrategia de seguimiento a los profesionales graduados de los niveles básico, intermedio y avanzado, además de la educación continua se certificó a 22 profesionales como tutores del programa de entrenamiento en epidemiología de campo, mediante un curso virtual, con el apoyo de SE-COMISCA y REDCEC.

Se desarrolló un Diplomado de Epidemiología de campo (DEC) con el apoyo técnico y

financiero de SE-COMISCA. Dicha cohorte fue constituida por 24 profesionales, de los cuales provenían 20 recursos de MINSAL (incluyendo personal no médico de la DTIC y de la UPS), dos de FOSALUD y por primera vez se incluyó a personal (4) médico del ISSS. Dentro de las habilidades y competencias se incluye también la preparación de resúmenes científicos y notas para boletín, entre otros, con el objetivo de fomentar la investigación en salud en el país; además, recibieron entrenamiento en epidemiología de campo, investigación de brotes y realizaron una investigación grupal planificada sobre malaria, la cual se detalla a continuación:

Actualmente El Salvador se encuentra en la fase de eliminación de casos autóctonos de malaria, por lo que las actividades de detección de casos y control del vector se han intensificado. Durante 2016, los casos de malaria notificados en el VIGEPES se localizaron en los municipios de Acajutla (diez casos), del departamento de Sonsonate, y Jujutla (tres casos), del departamento de Ahuachapán. Para contribuir a la fase de eliminación de casos autóctonos de malaria, la DVS, en el marco del Programa en Entrenamiento en Epidemiología de Campo, decidió realizar el trabajo de investigación de campo del nivel intermedio con la participación de los 26 estudiantes de MINSAL, FOSALUD e ISSS. Metodología: se diseñó un prospecto para investigaciones de campo, además del cuestionario de captura de datos con su respectivo instructivo de llenado del cuestionario. Para planificar el trabajo de campo se realizaron reuniones con epidemiólogos y personal de vectores de la región de salud occidental, Ahuachapán y Sonsonate, y con epidemiólogos de la Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo (UNIEC) y de la Unidad de Vigilancia Sanitaria (UVS).

El trabajo de campo fue planificado para cubrirse en tres días. El primer día se realizó un entrenamiento de toma de gota gruesa en la UCSF de Metalío y se explicó el cuestionario a utilizar. Se organizaron grupos de tres personas: un personal de vectores y dos estudiantes del nivel intermedio: en total se conformaron

13 equipos de trabajo. A cada equipo se dotó de material para la toma de gota gruesa y se le asignó el sector a trabajar. El primer día se realizó búsqueda activa inteligente en el caserío Playa Dorada del cantón Metalío, municipio de Acajutla, Sonsonate. El caserío cuenta con aproximadamente 667 viviendas. En esta fase se le tomó gota gruesa a la persona que cumplía con la definición de caso, el cual era «Todo paciente con fiebre igual o mayor a 37.5 °C o historia en el último mes de fiebre».

El segundo día se continuó con la conformación de equipos de la misma manera que el primer día. Se realizó encuesta hemática en el caserío El Cocalito, cantón Guayapa Abajo, del municipio de Jujutla, Ahuachapán. El caserío cuenta con un aproximado de 102 viviendas. Se tomó gota gruesa a todas las personas que al momento de la visita se encontraban en la vivienda.

El tercer día se planificó la visita al caserío Playa Dorada para que los estudiantes capturaran *Anopheles* adultos y en estado larvario, quienes posteriormente se desplazaron a la sede del personal de vectores del SIBASI Sonsonate para realizar lectura de láminas con *Plasmodium vivax* y *Falciparum*.

Resultados: el primer día se visitaron en total 102 viviendas del caserío Playa Dorada, en las cuales habitaban 390 personas. Se tomaron 55 gotas gruesas a pacientes que cumplían la definición de caso utilizada en el estudio. El segundo día se visitaron 102 viviendas del caserío El Cocalito, donde se tomaron 266 gotas gruesas a personas que se encontraban en la vivienda al momento de la visita. Se recolectaron un total de 321 muestras, todas las muestras resultaron negativas, lo cual refleja que no hay más casos en las zonas donde se han identificado casos previamente. Esto evidencia la efectividad de la vigilancia epidemiológica en el país.

El MINSAL participó en la reunión subregional para la reducción de las desigualdades en salud materna, infantil y del adolescente en América Latina y el Caribe (ALC), con el fin de mejorar el conocimiento, promover un diálogo, y obtener

un compromiso entre actores estratégicos sobre la medición y monitoreo de las desigualdades en salud materna e infantil y del adolescente en la región. Los proyectos “Una promesa renovada para las Américas” y la Red Latinoamericana para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSI) llevaron a cabo una reunión subregional para reducción de las desigualdades en salud materna, infantil y adolescentes en América Latina Y el Caribe. Ambos proyectos se unieron para apoyar a los países de la región a sobrepasar los retos en información estratégica y acelerar la reducción de las desigualdades en salud materna e infantil y de adolescentes de una manera eficaz y costo-efectiva.

Los objetivos del taller fueron sensibilizar a los actores estratégicos sobre el concepto de las desigualdades en salud, destacar la importancia de la medición y monitoreo de las desigualdades en salud y establecer conocimiento y consenso sobre una metodología para la medición y monitoreo de desigualdades en salud materna, infantil y adolescentes, y desarrollar un plan de acción para implementar dicha metodología en la subregión de Centroamérica y República Dominicana de una manera estandarizada. Las temáticas desarrolladas fueron: Concepto de desigualdades en salud en América Latina y el Caribe, Objetivos de Desarrollo Sostenible, Estrategia global de mujeres, niños y adolescentes RMNNA, marcos legislativos hacia la equidad en salud, bases conceptuales y metodológicas para medición y monitoreo de las desigualdades en salud.

En diciembre se celebró la 9.ª conferencia científica regional de Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network-TEPHINET «Nuevas Estrategias y Desafíos para una Respuesta Integrada al Zika y otras Enfermedades en las Américas», en Ciudad del Este, Paraguay, donde se organizaron mesas redondas de microcefalia y zika, investigación y comunicación de brotes de zika, vigilancia en fronteras, enfermedades meningocócicas, control de vectores, zoonosis: fiebre amarilla, rabia, vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, Reglamento Sanitario Inter-

nacional (RSI), vigilancia en eventos masivos y análisis espacial y vigilancia de brotes. Durante la conferencia se efectuó la reunión de coordinadores y directores de los programas de entrenamiento en epidemiología de campo (FETP), en la cual se hizo ver la importancia de los aportes del programa en el abordaje de los brotes/epidemias, el fortalecimiento de la red de epidemiología y el involucramiento de los egresados del programa en las actividades de vigilancia e investigación.

Actualización de Equipos de Respuesta Rápida (ERR)

En noviembre de 2016 se sostuvo reunión con representantes de los cinco ERR Regional y de los 17 SIBASI del país para desarrollar 3 temas importantes de agenda: uno de ellos fue darles a conocer los hallazgos encontrados en la encuesta realizada de julio a septiembre de 2016 sobre el funcionamiento y estructuras de los ERR; el otro tema que se desarrolló era sobre la forma en que deberían estructurarse y funcionar los ERR en los diferentes niveles de conformación, y el último tema fue la actualización en dengue y

las nuevas modificaciones en la vigilancia epidemiológica para este evento a implementarse en el país desde el inicio de 2017.

Como parte de su agenda de trabajo, el ERR participó como evaluador de un simulacro para conocer la capacidad de respuesta ante un evento de salud con potencial epidémico suscitado en un viajero que ingresaría al país el 22 de abril de 2016 por vía aérea en el Aeropuerto Internacional de El Salvador Monseñor Óscar Arnulfo Romero. Este evento mostró un alto nivel de participación interinstitucional y preparación en la contención de brotes, a la vez que permitió detectar oportunidades de mejora para garantizar el éxito y reducir al mínimo los daños a la salud. La evaluación de este evento fue realizada por personal calificado de instituciones nacionales y de la oficina de la OMS (Washington).

Se ha iniciado la formulación del instrumento técnico jurídico *Lineamientos técnicos para la implementación y funcionamiento de los equipos de respuesta rápida*, que oficialmente regulará el funcionamiento de los ERR, sus integrantes y la vinculación con otros sectores involucrados. Este documento, construido por un equipo técnico, está listo para pasar a la fase de validación para ser oficializado e implementado a nivel nacional. 

<http://geo.salud.gob.sv>

VISITA NUESTRO MAPA INTERACTIVO

CONSTATA:

Hemos roto la barrera geográfica para el acceso a los servicios de salud



4500

**TRABAJADORES
CONTRATADOS
PRECARIAMENTE
ANTES DE 2009
GOZAN HOY
PRESTACIONES
LABORALES DE LEY**

Desarrollo del talento humano en salud

El Salvador ha mostrado avances significativos en las áreas de gobernanza y política de recursos humanos en el país; en ese sentido, en la hoja de ruta hacia la cobertura universal de salud del SNS, en el acuerdo denominado *Uniendo Esfuerzos*, ha establecido el compromiso de la planificación estratégica de recursos humanos, que incluye a las instituciones formadoras, así como el análisis de procesos de gestión del trabajo para la dotación y distribución equitativa de los mismos en el país.

Por otra parte, en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), celebrada en mayo 2016, la OMS aprobó la «Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030», que define cinco temas interrelacionados para dar forma al programa sobre el personal sanitario y a la prestación de servicios de salud en los próximos 15 años. En ese marco, en julio 2016, la OPS-OMS Washington realizó en El Salvador la consulta subregional sobre tal estrategia, y, posterior al resto de consultas en las otras re-

giones, se han definido tres líneas de acción: a) Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría en recursos humanos en salud; b) Abordar las condiciones y el desarrollo de capacidades para ampliar el acceso y la cobertura con equidad y calidad; c) Reorientar el sector de educación para responder a las necesidades de los sistemas de salud en proceso de transformación hacia la salud universal, a partir de su revisión y aprobación este año en el COMISCA, que será la base para definir las nuevas metas de talento humano en salud del país.

Adicionalmente a los acuerdos anteriores que involucran a la subregión, nuestro país se plantea continuar proporcionando a los recursos contratados por el SNS el abordaje de determinación social de salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud, contempladas como elementos orientadores de la formación de recursos en salud. Igualmente, incidir en las instituciones formadoras para la reorientación de la currícula introduciendo estos elementos.

Gobernanza en recursos humanos

La Comisión Intersectorial de Recursos Humanos es la instancia de gobernanza intersectorial que define prioridades en esta área. En ese sentido, tras revisar y actualizar el plan de implementación de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, se definieron como las principales prioridades para este año el *abordaje de la calidad de la educación y la planificación de los recursos humanos*. Además, en cumplimiento de su plan 2016 se desarrolló en noviembre el tercer Foro de Recursos Humanos, denominado «Fortaleciendo la Formación de los Médicos Especialistas para contribuir al Acceso Universal a la Salud en El Salvador», que tuvo una amplia participación de autoridades del campo de los recursos humanos: sectores profesionales, universidades, empleadores y el CSSP. Una de sus principales líneas fue la regulación de las especialidades, por lo que se revisó en equipos de trabajo el anteproyecto de Ley de Especia-

lidades Médicas, que continuará trabajándose hasta que esté listo para completar su proceso de ley.

Hacia una adecuada dotación de personal de salud

A ocho años de haber iniciado la Reforma de Salud, y como parte de esta, se ha implementando el modelo de atención en salud familiar y comunitaria, basado en la atención primaria en salud integral. Para lograr su objetivo, se han aumentado las contrataciones de profesionales de la salud hasta alcanzar 7158 (de junio 2009 a 2016) plazas nuevas, con incremento de personal de salud de carácter multidisciplinario, principalmente promotores de salud, médicos y enfermeras (GRÁFICO 1). También se ha disminuido la tasa de contratación de personal en condiciones precarias, que para 2009 era de 8.79 %, lo que sumaba 5662 trabajadores en diferentes categorías; para 2016 únicamente el



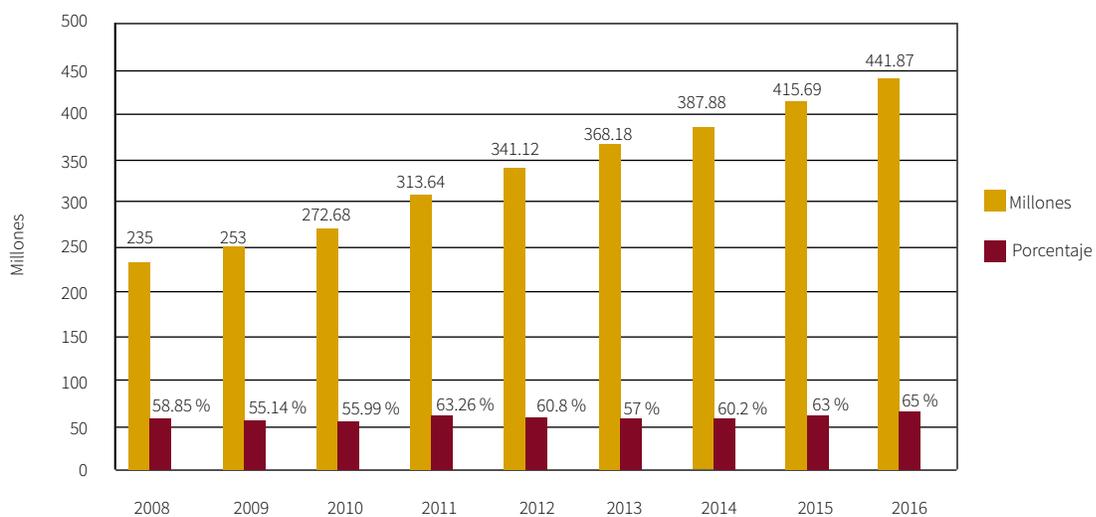
3.6 % (1100 trabajadores) se mantiene aún por esta forma de contratación, que en la medida de lo posible están siendo trasladados a otras modalidades de contratación que les garantizan prestaciones laborales. Tanto el incremento en las contrataciones como la mejoría de las condiciones laborales son resultado de una política institucional sostenida que se ha reflejado en la mejoría paulatina de los indicadores de dotación de personal de salud, especialmente en los departamentos más alejados de la capital, pobres y que tradicionalmente presentaban las más altas brechas, como Cuscatlán, La Unión, Ahuachapán, La Libertad y Sonsonate. El indicador nacional de profesionales por 10000 habitantes ha pasado de 19.5 en 2015 a 20.5, aunque este punto porcentual a nivel nacional ha significado en algunos de los departamentos citados más del doble del incremento en recursos humanos, mejorando con ello el acceso de la población a atención con personal calificado.

La inversión en talento humano ha aumentado en ambas gestiones de gobierno en siete puntos porcentuales, pasando de US\$ 235 millones en 2008 a US\$ 441 en 2016 (GRÁFICO 2). Este aumento se debe a un proceso de aplicación escalafonaria y de nivelación salarial de amplios contingentes de trabajadores contratados en condiciones precarias durante el periodo neoliberal antes de 2009.

Distribución del talento humano del MINSAL, diciembre 2016

A diciembre de 2016, el MINSAL cuenta con 29 433 plazas en diferentes modalidades horarias de contratación, el 96 % con fondos del Gobierno (GRÁFICO 3), lo que implica seguridad laboral para la mayoría de trabajadores. Además, se crearon en ejecución presupuestaria 20 plazas nuevas y se absorbieron 106, para un total de 126 plazas nuevas.

GRÁFICO 2. INVERSIÓN EN REMUNERACIONES, MINSAL, 2008-2016



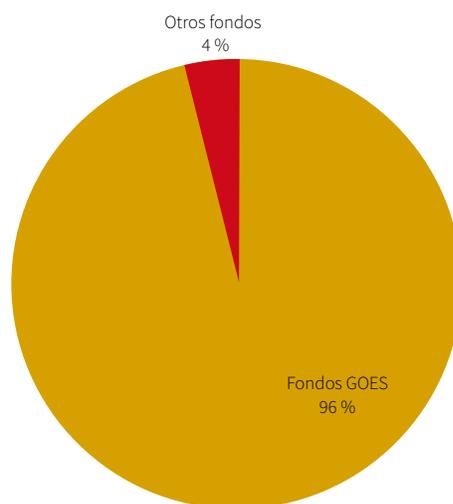
Fuente: Dirección de Recursos Humanos del MINSAL, 2017.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS DE RECURSOS HUMANOS, MINSAL, DICIEMBRE DE 2016

N.º	Disciplinas	Hospitales		Total	Regiones		Total	Secretaría		Total	Total general
		F	M		F	M		F	M		
1	Administrativos	2168	1949	4117	1230	1293	2523	341	464	805	7445
2	Anestesiastas	202	162	364							364
3	Atención al medio ambiente	5	16	21	181	621	802	3	11	14	837
4	Auxiliares de Enfermería	2378	299	2677	1098	105	1203	2	3	5	3885
5	Enfermeras	1952	107	2059	1080	75	1155	24	3	27	3241
6	Estudiantes de Odontología en servicio social				71	24	95				95
7	Fisioterapistas	94	9	103	35	9	44				147
8	Laboratoristas	420	159	579	252	58	310	68	29	97	986
9	Médicos en servicio social		1	1	159	101	260				261
10	Médicos especialistas	586	1057	1643	159	136	295	13	19	32	1970
11	Médicos generales y residentes	557	767	1324	695	624	1319	59	48	107	2750
12	Odontólogos	30	19	49	300	128	428	5	1	6	483
13	Paramédicos/Técnicos en salud	1304	619	1923	594	198	792	53	17	70	2785
14	Practicantes internos	252	176	428							428
15	Promotores de salud	109	20	129	1618	1796	3414	2	1	3	3546
16	Química y farmacia	16	8	24	21	8	29	46	21	67	120
	Total general	10 073	5368	15 441	7493	5176	12 669	616	617	1233	29 343

Fuente: Dirección de Recursos Humanos, MINSAL, 2017.

GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS POR FUENTES FINANCIERAS, MINSAL 2016



Fuente: Dirección de Recursos Humanos, MINSAL, 2017.

Gestión de puestos de trabajo

El *Manual general de descripción de puestos de trabajo* es una herramienta de gestión efectiva que facilita el cumplimiento de metas y objetivos institucionales, de equipos de trabajo y metas de trabajo individuales, todo alineado a la *Política Nacional de Salud 2015-2019*. El mantenimiento o actualización de este manual incluye el diseño de un puesto nuevo de trabajo, modificación uno ya existente, anulación o eliminación de un puesto según necesidades institucionales. Este manual está siendo ejecutado desde 2014. Su aplicación ha requerido ajustes de los puestos ya existentes y la creación de una nueva estructura de puestos de trabajo acorde con la nueva organización del nivel central, vigente desde febrero 2017. Además, la Dirección de Profesionalización de la Función Pública de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia ha impulsado modificaciones en cuanto a los grados académicos de las tipologías del Sistema de Clasificación de Puestos para armonizarlas con lo establecido en la Ley de Educación Superior. Por esta razón se ha realizado una serie de talleres de consulta con cada disciplina, con la finalidad de revisar especialmente los requisitos de los puestos de trabajo, y configurar así nuevos puestos más acordes a la realidad laboral del MINSAL.

Transparencia en los procesos de selección y dotación

La Dirección de Profesionalización de la Función Pública, de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia, implementa procesos de profesionalización del talento humano. Además de la organización de los puestos de trabajo, en 2016 se implementó el portal oficial www.empleospublicos.gob.sv, con la finalidad de facilitar, volver accesibles y transparentar los procesos de selección y contratación de los servidores públicos en el Gobierno. Para su cumplimiento, se ha capacitado a las jefaturas y al personal de apoyo de las 36 Unidades de Administración de Recursos Humanos del Ministe-

rio, publicando los concursos de plazas vacantes de índole externo y los concursos internos en el portal del Ministerio de Salud.

Diagnóstico para una carrera sanitaria en el Sistema Nacional de Salud

La carrera sanitaria se constituye en un esfuerzo que conforma un conjunto de disposiciones e instrumentos para ordenar la labor y el trabajo de los recursos humanos en salud, armonizados con los derechos de la población hacia una atención de salud de calidad, destacando los principios de transparencia e igualdad de oportunidades para el acceso equitativo a los puestos de trabajo, la normalización de los beneficios laborales, las oportunidades de formación-capacitación y desarrollo profesional, el desarrollo de ambientes laborales saludables favorables para el mejor desempeño y satisfacción de los trabajadores, así como el desarrollo e introyección de valores que faciliten la identidad entre estos y la organización. En cumplimiento de la estrategia de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, relacionada a «evaluar la factibilidad e implementar la Carrera Sanitaria para el conjunto de las personas trabajadoras de salud del SNS», la Comisión de Jefaturas de Recursos Humanos del Sistema ha finalizado el diagnóstico de los procesos de recursos humanos que contribuyen a establecer un modelo de carrera sanitaria basado en competencias, en el marco de la Reforma de Salud, adaptado a las especificidades según categorías establecidas para el ascenso y promoción en los diferentes niveles y segmentos.

Estudio salarial interno y análisis prospectivo de los costos del escalafón del MINSAL

El Gobierno central, por medio de la Dirección de Profesionalización del Servicio Civil, plantea la definición de una política salarial más justa y equitativa; así también, la Política Nacional

de Desarrollo de Recursos Humanos establece como una de sus principales estrategias propiciar condiciones de trabajo digno para la fuerza laboral del MINSAL. En este sentido, la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, con el apoyo técnico-financiero de la OPS, finalizó el diagnóstico salarial interno, que permitió conocer factores que inciden en la situación y distribución de salarios actuales y establecer inequidades salariales entre disciplinas y al interior de estas, así como a nivel geográfico, elementos que serán la base para definir en 2017 una política salarial.

El documento incluyó un análisis de proyección y aplicación del escalafón del MINSAL hasta el año 2020, cuyos resultados han concluido que la dificultad financiera ocasionada por el escalafón no está en su aumento anual, sino en el monto total de cada año con respecto al rubro de remuneraciones del ministerio, del cual representa el 7 %. A su vez, las remuneraciones representan el 65 % del presupuesto total. El peso del escalafón en el presupuesto del MINSAL dificulta atender mejor las prioridades antes señaladas. Por otra parte, el escalafón genera una desigualdad salarial creciente, pues como se calcula a tasa de interés compuesto, es decir, sobre el último salario, que ya tiene incorporados los aumentos por el escalafón de los años anteriores, la diferencia entre los salarios más elevados y los más bajos es cada vez mayor. Además, al no tener un año límite, el escalafón conduce a que algunos salarios sean demasiado altos, si se toma en cuenta la realidad económica del país. Cuando el escalafón salarial fue aprobado El Salvador tenía una inflación de casi un 10 %; sin embargo, algunos años después, cuando la economía nacional se dolarizó, la inflación se redujo casi a cero, pero el escalafón mantuvo el 8 % de incremento anual, ocupando en 2017 el 73 % del presupuesto del MINSAL. Por otra parte, se reconoce que el escalafón es un derecho laboral que no debe ser anulado, pero puede ser modificado. Estos análisis permitieron a las autoridades sanitarias y al Ministerio de Hacienda proponer en la *Ley de Salarios* a la Asamblea

Legislativa aplicar 4 y 5 % de incremento salarial a los trabajadores con salarios menores de US\$ 2000.00, lo cual fue aprobado según decreto Legislativo 590.

Formación y desarrollo de equipo técnico en seguridad y salud ocupacional

En cumplimiento de la *Ley Nacional de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo* (LPRLT) se ha continuado trabajando con el 100 % de los establecimientos de salud, asesorando y acompañando a los Comités de Salud y Seguridad Ocupacional (CSSO). Para este periodo se ha formado en las 12 temáticas establecidas en el Art. 10 del *Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo* a 155 nuevos integrantes de dichos comités, procedentes de la Regiones de Salud Paracentral, Occidental y Metropolitana y de hospitales nacionales. Asimismo, con el apoyo del personal especializado del Ministerio de Trabajo y Previsión Social se capacitó en el uso y manejo de calderas en los establecimientos del MINSAL y en el proceso de certificación de buen funcionamiento de estas. Por otra parte, se ha diseñado una guía para la elaboración del Programa de Prevención de Riesgos en cada uno de los sitios de trabajo.

Por tercer año consecutivo, el MINSAL, en coordinación con el ISSS y el MINTRAB, celebró la conmemoración del Día Nacional de la Seguridad y Salud Ocupacional (12 de octubre). En este marco se celebró el foro denominado «Riesgos Psicosociales y Violencia Laboral», cuya conferencia principal fue «Estrés y género», dirigido por la especialista en género de la oficina subregional de la Organización Internacional del Trabajo OIT. También se presentaron en la Comisión Técnica de CISALUD los resultados de la encuesta sobre los conocimientos y cumplimiento de la Normativa de Seguridad y Salud Ocupacional, recopilando información de las instituciones integrantes de CISALUD, orientadas a cumplir con la prevención



Personal de salud instruyendo a usuaria de Hogar de Espera Materna.

de riesgos en lugares de trabajo y promoción de la salud de la población trabajadora en el país.

Simulacro nacional de evacuación por terremoto y tsunami

El 10 de octubre de 2016, el Sistema Nacional de Protección Civil llevó a cabo en 25 establecimientos del MINSAL a nivel nacional un simulacro de evacuación con el propósito de fomentar la cultura de la prevención y evaluar la capacidad de respuesta ante estos eventos, luego de elaborar sus planes de mejora.

El MINSAL, por sus esfuerzos en el tema de la seguridad laboral, fue distinguido por el Ministerio de Trabajo y una empresa privada con el primer lugar de su concurso anual «Proyectos en Seguridad y Salud Ocupacional».

Relaciones laborales

Se difundió y debatió la Política de Relaciones Laborales, emitida por el Gobierno Central, con el personal estratégico del ministerio y las jefaturas de Recursos Humanos, para su cumplimiento a nivel territorial.

Por otra parte, el equipo de la Dirección de Recursos Humanos ha realizado 17 estudios de clima organizacional, de los cuales 14 se levantaron en diversas áreas hospitalarias y tres en Regiones de Salud. Los resultados han permitido diseñar participativamente estrategias para un plan de mejora de ambientes de trabajo con la participación de autoridades locales, personal de salud y trabajadores organizados. Además, con el fin de cumplir con la regulación en cuanto a violencia laboral se han atendido 11 denuncias a nivel de establecimientos de salud, la mayoría interpuestas por mujeres, que han sido resueltas de forma satisfactoria.

Educación permanente como estrategia de mejoramiento de las competencias del talento humano

En el marco del Plan Nacional de Capacitación, que conduce la Unidad de Formación y Capacitación, se mejoraron las competencias para el trabajo mediante el desarrollo de cursos presenciales y virtuales, diplomados, talleres y jornadas de capacitación, dirigidas principalmente a personal de áreas administrativas, médicas y de enfermería, con una inversión aproximada de US\$ 757 136.25, provenientes de organismos internacionales, préstamos y donaciones. Entre los principales están: «Diplomado en Epidemiología de Campo» (DEC), «Curso Básico en Epidemiología de Campo» (BEC), «Curso de Atención Integral de Salud en la Comunidad», impartido en las Regiones Oriental, Paracentral y Occidental, y el «Diplomado Atención Primaria en Salud Integral», dirigido a personal multidisciplinarios de la región Metropolitana de Salud. De igual manera cada uno de los hospitales y regiones implementa su propio plan de formación basado en sus necesidades locales.

Se ha mantenido la formación de cuadros estratégicos, desarrollando en noviembre la sexta generación del curso impartido conjuntamente con la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos (UISP). En el desarrollo del programa se hace énfasis en el proceso de Reforma de Salud, en determinación social de la salud, en Atención Primaria en Salud y en el derecho humano a la salud, en el que participaron, además de profesionales de salud salvadoreños, miembros del FNS y delegados de Honduras, Guatemala y Bolivia, formando un total de 33 cursillistas. Disertaron profesores internacionales, entre ellos el doctor Jaime Breilh, rector de la Universidad Andina Simón Bolívar, de Quito, Ecuador.

Una de las herramientas que están facilitando los procesos formativos es la introducción y desarrollo del programa de teleformación, desarrollando cinco programas de cursos virtuales en la plataforma <http://saber.salud.gob.sv/>, así como el programa de webconferencias con amplia cobertura nacional e internacional, que ha desarrollado 45 conferencias virtuales, disponibles en <http://www.salud.gob.sv/programacion-de-teleconferencias-telesalud-2017/>.

Para su desarrollo se ha formado un equipo de profesionales que facilitan el aprendizaje en red de los participantes combinadas con sesiones presenciales. También, en seguimiento al programa de Nivelación Educativa para trabajadores del MINSAL a nivel nacional, y con el objetivo de nivelar académicamente sus competencias y cumplir con el perfil requerido de sus puestos de trabajo, en coordinación con la Gerencia de Educación Permanente de Jóvenes y Adultos (MINED), se han realizado 4 aplicaciones

de la prueba de suficiencia, en las que participaron 73 trabajadores y trabajadoras; además, existen 81 personas trabajadoras a quienes les falta una o dos materias para obtener su grado académico respectivo. Es importante reconocer el esfuerzo de los referentes locales en este proceso de cualificación, realizando en el mes de marzo jornadas de socialización con los encargados de capacitación en los niveles regional y hospitalario, con el propósito de mejorar los resultados del programa.

TABLA 2. CURSOS VIRTUALES DESARROLLADOS POR EL MINSAL

N.º	Nombre	N.º de participantes
1	Políticas de Salud para la promoción y abogacía del derecho humano a la salud en el marco del proceso de la Reforma de Salud de El Salvador	35
2	Gestión del Trabajo en Salud: «Gestionando Equipos para el Acceso Universal en Salud»	32
3	Formulación y Gestión de Proyectos de Cooperación Internacional al Desarrollo	25
4	Supervisión para Enfermería de Establecimientos de las RIIS	35
5	Políticas de Salud para la promoción y abogacía del derecho humano a la salud en el marco del proceso de la Reforma de Salud de El Salvador 6 (UISP 2016)	32
6	Atención Primaria de Salud, 2017, dirigido a profesionales de la Región Metropolitana de Salud	80
7	Supervisión para Enfermeras del Área Comunitaria (solo diseñado)	32
TOTAL		271

Fuente: Unidad de Formación y Capacitación MINSAL 2017.

Becas y pasantías

Como parte del proceso de calificación del talento humano en salud, entre junio de 2016 y mayo de 2017 se participó en 15 eventos de capacitación en el exterior, con el apoyo de agencias de cooperación internacional, beneficiando a 25 profesionales, 15 mujeres y 10 hombres, de diferentes dependencias del MINSAL.

Estrechando lazos con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud

En el marco de los compromisos establecidos en el numeral 2.2 de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, referido a

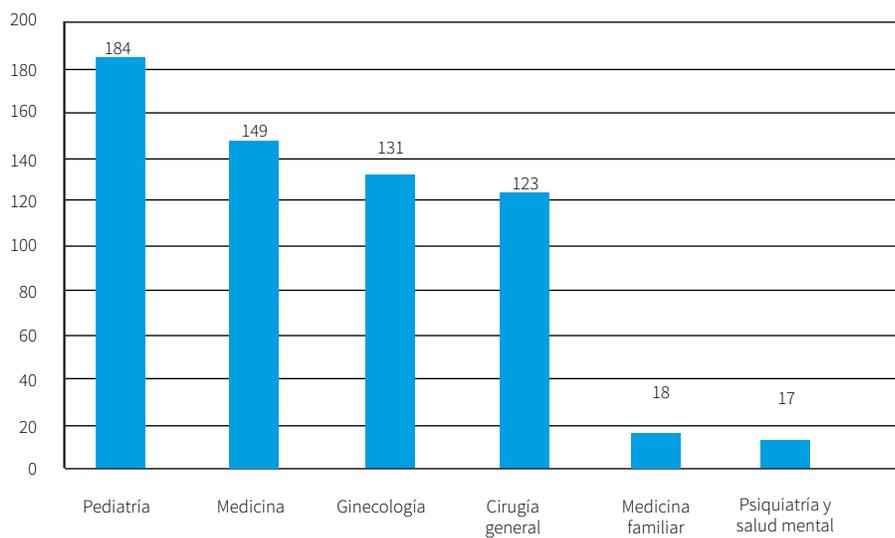
la reorientación de la formación profesional y técnica, de acuerdo con los requerimientos del proceso de reforma, con la participación de los delegados de las instituciones formadoras, juntas de vigilancia y representantes del MINED, se ha iniciado la reorientación de la formación de la carrera de Odontología para continuar construyendo lineamientos nacionales que orienten a la creación del perfil, acorde con los requerimientos del Sistema Nacional de Salud.

También se continúan fortaleciendo los procesos de distribución del servicio social de las carreras de la salud, tomando como marco la Norma para el desarrollo del servicio social, asignando en julio de 2016 618 egresados de las diversas carreras de la salud. Para enero 2017 se asignaron 2936 egresados de las 15 carreras



Curso de Atención Primaria de Salud Integral.

GRÁFICO 5. EGRESADOS DE ESPECIALISTAS EN ÁREAS BÁSICAS, MINSAL, 2011-2015



Fuente: Dirección de Recursos Humanos, MINSAL, 2017.

TABLA 3. SUBESPECIALISTAS FORMADOS EN HOSPITALES ESCUELA, MINSAL, 2011- 2015

N.º	Especialidad	Egresados	N.º	Especialidad	Egresados
1	Medicina crítica	8	13	Neurocirugía	4
2	Endocrinología	5	14	Oftalmología	8
3	Hematología	5	15	Ortopedia y traumatología	9
4	Nefrología	5	16	Otorrinolaringología	2
5	Neurología	3	17	Patología	3
6	Radiología e imágenes	7	18	Urología	8
7	Infectología	2	19	Cirugía oral y maxilofacial	4
8	Oncología	1	20	Cirugía pediátrica	21
9	Reumatología	0	21	Neonatología	15
10	Anestesiología	7	22	Perinatología	3
11	Cirugía plástica	3	23	Medicina reproductiva	2
12	Coloproctología	1		Total	126

Fuente: Unidad de Desarrollo Profesional, Hospitales Escuela MINSAL.

de la salud, de los cuales únicamente los egresados de doctorado en Medicina y Odontología cuentan con plazas remuneradas (366 Medicina y 109 Odontología), representando el 27 %. El resto de egresados realizan su servicio social *ad honorem*.

Formando los especialistas que el país necesita para profundizar la Reforma de Salud

Como parte del *Plan estratégico institucional* (PEI), 2015-2019, se ha aprobado el convenio tripartito de cooperación técnica, académica y científica

entre el MINSAL, el ISSS y la UES; este convenio permitirá mejorar la formación coordinando esfuerzos para reducir los déficit críticos en la formación de especialistas.

Por otra parte se ha aprobado una segunda versión de la *Norma técnica para desarrollo de los programas de especialidades médicas y odontológicas en Hospitales Escuela del Sistema Nacional de Salud* (Norma de residencias) y se ha definido una coordinación del Programa de Residencias. A continuación se presentan los datos de los especialistas formados en los Hospitales Escuela.

En total anualmente se egresan 124 especialistas de áreas básicas y 25 médicos de segunda especialidad. 

**EL SISTEMA
DE INFORMACIÓN
EN SALUD AMBIENTAL
HA REDUCIDO EL TIEMPO
ADMINISTRATIVO DE REGISTRO DE
ALIMENTOS Y BEBIDAS
DE 120 DÍAS EN 2009
A 8 SEGUNDOS EN 2017**

Salud y sustentabilidad ambiental

El abordaje de la determinación social de la salud es una categoría explicativa que parte de comprender que la salud y la enfermedad son hechos no solamente biológicos, sino sobre todo sociales. Los seres humanos, tanto a nivel individual como colectivo, somos resultado de dos procesos:

- Uno biológico: la naturaleza
- Otro social: la sociedad

Estos procesos tienen vida propia pero están articulados. La producción social de la salud está determinada por esa interacción que es lo que conocemos como modelo de desarrollo.

Los problemas ambientales actuales son resultado del modelo de desarrollo hegemónico vigente, que se expresa en la forma de estudiar, trabajar y producir, es decir, en «modos de vida» que se caracterizan por un alto nivel de consumo, de exclusión, de extractivismo, de depredación y, en general, de agresión al medioambiente, por lo que el abordaje de los problemas ambientales no es una tarea que deba ser relegada a una sola cartera de Estado, sino un desafío ambiental que requiere la más amplia convocatoria de toda persona natural o jurídica y que no puede delegarse a la filantro-

pía. La defensa de los ecosistemas es a la vez la defensa de la salud y la vida.

Los problemas ambientales deben ser abordados en su doble dimensión: biológica y social, ya que ambas dimensiones conviven y se determinan mutuamente. Es por esta razón que el MINSAL no limita su función a reportar datos epidemiológicos aislados o a describir cómo realiza las tareas que le son asignadas por ley; por el contrario, los datos elaborados y las funciones de ley se convierten, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, en herramientas para enfrentar la crisis, que no solo es ambiental, sino, y fundamentalmente, del modelo civilizatorio.

Desde este abordaje, los procesos de degradación ambiental se convierten en espacios para desmitificar el modelo de desarrollo antropogénico, monocultural y patriarcal, para plantear respuestas locales con y para las comunidades y su entorno.

Es grato informar que durante el presente periodo se ha creado al interior de la DISAM la Unidad de Gestión Ambiental Institucional, cuya misión es asesorar y verificar el cumplimiento de la política de gestión ambiental institucional y su visión es llegar a constituirse en el referente para

el cumplimiento del marco normativo ambiental, en razón de las actividades operativas institucionales. Con su creación, el MINSAL pretende ponerse a la altura de las exigencias ambientales en cada uno de sus procesos, y para ello se coordina con la población, los 30 hospitales nacionales y las Regiones de Salud.

Cambio climático, gestión de riesgos e intersectorialidad

El desarrollo industrial y el sistema capitalista han posibilitado lo que ninguna otra especie ha sido capaz de hacer: degradar el clima a escala planetaria. En la resolución de este conflicto persona-sociedad-naturaleza, es urgente encontrar un nuevo paradigma civilizatorio antes de sucumbir a la vorágine de un sistema que en nada se preocupa por la persona humana o el ambiente.

Esta gestión gubernamental es consciente de ello y asume su papel desde el principio de las responsabilidades comunes pero diferenciadas, el papel que debe desempeñar un buen gobierno centrado en la gente.

Como ya se ha informado, el MINSAL enfrenta esta y otras problemáticas desde la CISA-LUD. El trabajo intersectorial sigue creciendo y dando frutos positivos, como el *Plan Nacional de Respuesta a Emergencias y Desastres con Enfoque Multiamenazas*, en el que se ha tratado de superar el enfoque de riesgo para abordar de forma integral las causas de la crisis ambiental, lo que ha permitido la activación de diversas instituciones. El plan detalla las acciones que el MINSAL deberá desarrollar desde el nivel nacional al local, marcando un hito en la historia de la prevención y atención ante los daños que los eventos adversos ocasionan a la salud de la población salvadoreña.

Agua, salud y cultura

Uno de nuestros ecosistemas vitales es el hídrico, importante no solo desde la perspectiva eco-

lógica sino además en su sentido cultural, como quedó demostrado en las capacitaciones impartidas a más de 252 personas administradoras de juntas de agua y gobiernos locales.

Las capacitaciones son la respuesta a lo planteado en la PNS 2015-2019 y toman como insumos metodológicos el Manual para el desarrollo de planes de seguridad del agua, que incluye la metodología pormenorizada de gestión de riesgos para proveedores de agua de consumo, herramienta facilitada por OMS, pero que recoge la experiencia comunitaria en la gestión colectiva del agua para consumo humano.

Paralelo a lo anterior, el MINSAL monitorea sistemas de agua con el fin de identificar y corregir los problemas con los abastecedores, tal como se presenta en la **TABLA 1**.

TABLA 1. RESULTADOS DE ANÁLISIS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO, 2016-2017 (SE 19)

Tipo de análisis	Total de muestras	Total dentro de norma	Porcentaje dentro de norma
Bacteriológico	7881	7315	92.82 %
Físico-químico	752	596	79.26 %
Traza de metales	459	317	69.06 %

Fuente: Área de Laboratorio de Salud y Medio Ambiente, Laboratorio Nacional de Referencia.

Los resultados de la prueba se notifican a las autoridades de las UCSF, quienes a través del inspector de salud ambiental comunican los resultados a la administración de los sistemas abastecedores de agua potable. Esta cadena permite dar seguimiento especial a las fuentes cuyos resultados están fuera de norma mediante la búsqueda e identificación de las causas para emitir recomendaciones necesarias para su respectivo cumplimiento. Posteriormente debe verificarse que la fuente de agua para consumo humano

se encuentre dentro de norma o en su defecto coordinar acciones de seguimiento y remuestreo hasta que se compruebe in situ la superación de las condiciones sanitarias deficientes, a fin de garantizar que la fuente de agua es apta para consumo humano.

Las inspectorías de salud ambiental sirven para implementar acciones de promoción, cloración, producción y uso de Puriagua (Hipoclorito de sodio al 0.5 %) en las fuentes bajo amenaza. También se brinda educación sanitaria para la disposición de excretas y se da apoyo técnico a los administradores de las fuentes de agua mejoradas (públicos o privados), con la finalidad de prevenir enfermedades de origen hídrico, mejorando así la calidad de vida de la población, pero permitiéndoles ser gestores ilustrados respecto de la necesidad del cuidado, conservación y uso racional del agua, su entorno y la protección del ciclo hidrológico.

La vigilancia en salud incluye la calidad del agua envasada que se comercializa y está sujeta a control gubernamental, actividad mercantil que es desarrollada por 50 plantas envasadoras. Actualmente se trabaja en la formulación de un nuevo reglamento técnico para agua envasada, con el objetivo de actualizar los estándares de calidad del agua.

TABLA 2. RESUMEN DE MUESTRAS REALIZADAS PARA LA VIGILANCIA DE AGUA ENVASADA PERIODO 2016-2017

Periodo 2016-2017	Número de muestras	Número resultados fuera de norma	Porcentaje de resultados fuera de norma
Análisis bacteriológico	702	19	2.71
Análisis físico-químico	27	8	29.6
Total	729	27	3,70

Periodo 2016 hasta la semana epidemiológica 19, Laboratorio Nacional de Referencia, MINSAL 2017.

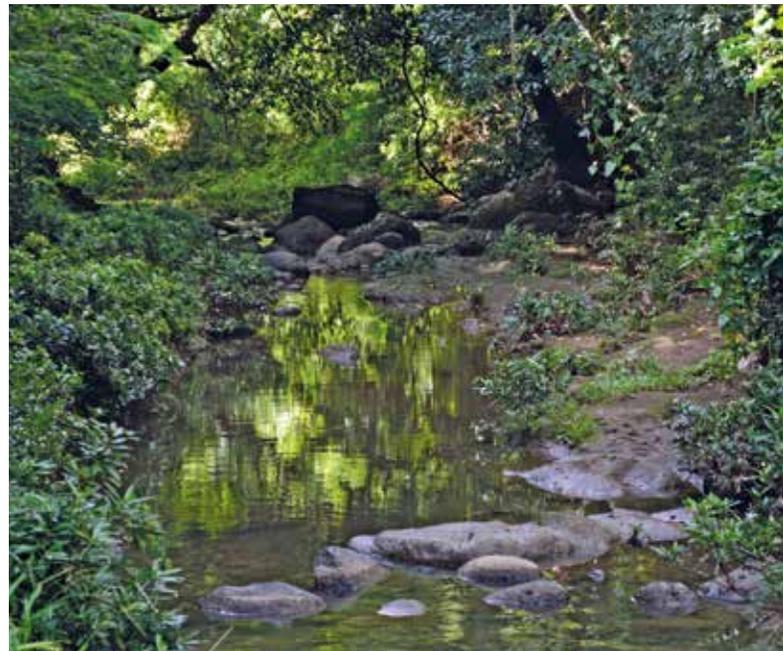
Fuente: MINSAL-LNR.

El programa de vigilancia de aguas de ríos, lagos, lagunas, embalses y piscinas tiene como objetivo vigilar la calidad para la prevención y reducción de enfermedades que afecten la salud, en especial el monitoreo de la presencia de *Vibrio cholerae*, cuyos resultados son presentados en la **TABLA 3**.

TABLA 3. RESUMEN DE MONITOREO DE MUESTRAS DE AGUA SUPERFICIALES Y PISCINAS

Componente de vigilancia		Número de análisis realizados	Porcentaje dentro de norma
Aguas superficiales agua de ríos	Microbiológico	78	44 %
	<i>Vibrio cholerae</i>	164	36 %
Piscinas	Físico-químico	17	80 %
	Microbiológico	90	100 %
Total de análisis		349	---

Fuente: Programa de Aguas Superficiales y Piscinas, DISAM-MINSAL, 2016-2017.



Río Chiquito, Nueva Granada, Usulután

Vigilancia de sustancias químicas en aguas

A nivel nacional existen 551 empresas bajo vigilancia por sustancias químicas; de ellas, 198 cuentan con permiso sanitario para funcionamiento y 353 están en proceso de autorización. Se han realizado 1365 inspecciones logrando una cobertura anual del 91.0 %, la más alta cobertura de vigilancia alcanzada en los últimos cinco años.

TABLA 4. DETALLE DE LAS INSPECCIONES REALIZADAS DURANTE 2016 Y 2017

Regiones	Total anual programado	Total anual realizado	% cobertura
Región Metropolitana	296	270	91.2
Región Central	545	503	92.3
Región Oriental	116	116	100.00
Región paracentral	100	95	95.0
Región Occidental	450	381	84.7
Total de inspecciones	1507	1365	90.6

Fuente: Programa de Sustancias Químicas, DISAM-MINSAL, 2016-2017.

Un aspecto que incide negativamente en las condiciones de salud de la población es la ausencia de un marco normativo sobre el agua que establezca el vital líquido como derecho humano y no como mercancía. La ausencia de reglas claras sobre prioridades de uso es fuente de conflictos comunitarios entre los que se apropian del agua sin reconocer su verdadero valor, generalmente vinculados a la gran industria capaz de consumir más de 40 litros por segundo, y personas individuales que en condiciones de vulnerabilidad piden menos de 20 litros diarios. Si aceptamos que el agua es un bien escaso, fi-

nito y vulnerable, que es un derecho inherente a la condición humana, que su no regulación favorece el mercado especulativo, imposibilita el desarrollo integral comunitario e impide la salud de la persona, lo menos que podemos hacer es unirnos al llamado urgente de la pronta aprobación de la *Ley General de Aguas*, cuya discusión se ha postergado más de 10 años en la Asamblea Legislativa.

Acciones en salud ambiental

Las acciones en salud ambiental son básicamente funciones territoriales realizadas desde el nivel local. Son la manera en que el MINSAL constata denuncias ciudadanas, pero también una forma de fomentar la prevención en salud, en y con la comunidad. Las acciones en salud ambiental contemplan también tareas administrativas pero que en definitiva son verificadas por nuestro personal en el territorio.

Avances en la eliminación de la malaria

El Salvador ha eliminado casi totalmente la transmisión autóctona de malaria, razón por la cual recibió de parte de OPS el reconocimiento «Campeón de la Malaria en las Américas». En la actualidad, los pocos casos de transmisión activa de esta enfermedad se localizan en los municipios de Acajutla (departamento de Sonsonate) y Jujutla (departamento de Ahuachapán). Dicha transmisión está relacionada con casos importados de otros países que no se encuentran en fase de eliminación y por consiguiente se consideran como países endémicos. Lo anterior nos ubica, junto con Costa Rica, como uno de los dos países centroamericanos que se encuentran en fase de eliminación de la transmisión autóctona de malaria. Del total de 14 casos de malaria reportados este año, 13 fueron considerados como autóctonos y uno como importado de Guatemala. De los casos autóctonos, 10 fueron ubicados en Acajutla y tres en Jujutla. Ambos brotes fueron

detectados, enfrentados y eliminados con rapidez, evitando la diseminación a zonas aledañas y al resto del país.

El índice de positividad anual a nivel del país fue de 0.002×1000 habitantes, lo que confirma que el país se encuentra en fase de eliminación de la transmisión autóctona de malaria.

En 2016 se registraron 54 971 gotas gruesas, que fueron captadas y procesadas por la Red Nacional de Notificación para la Vigilancia de Malaria, 35 % menos comparado con 2015. Esto es el resultado de dos hechos relevantes:

1. La nueva estrategia (coherente con la

fase de eliminación) para la vigilancia de la malaria en los servicios médicos oficiales, consiste en tomar muestras con orientación clínica y riesgo epidemiológico, abandonando la estrategia clásica de muestrear al 10 % de pacientes febriles que consultaban a estos establecimientos.

2. La eliminación de la estrategia de administración de medicamentos antimaláricos en los puestos de colaboración voluntaria, lo cual da como resultado que la población busque la asistencia de los servicios médicos oficiales.

TABLA 7. PRODUCCIÓN DE GOTA GRUESA PARA LA VIGILANCIA Y DIAGNÓSTICO DE LA MALARIA SEGÚN ESTRATO DE RIESGO. EL SALVADOR, 2015-2016

Área	Año	Casos acumulados anual	Índice de láminas positivas	Colaboradores voluntarios	Servicios médicos oficiales	ISSS	Laboratorios privados	Búsqueda activa	Total
Estrato I	2015	0	0	1394	13 910	22	12	698	16 036
	2016	0	0	1062	5941	26	48	757	7834
Estrato II	2015	7	0.001	7469	44 526	1034	860	4964	58 851
	2016	14	0.002	8317	17 274	2317	2484	10 735	41 127
Área no malarica	2015	0	0	632	8237	11	85	730	9695
	2016	0	0	586	4972	34	180	238	6010
Total	2015	7	0.001	9495	66 673	1067	957	6392	84 582
	2016	14	0.002	9281 (18 %)	25 637 (49 %)	2377 (5 %)	2712 (5 %)	11 730 (23 %)	54 971

Estrato I: zona donde no se han reportado casos de malaria en los últimos tres años.

Estrato II: zona donde se han reportado casos de malaria recientemente.

Área no malarica: zonas que no tienen riesgo de transmisión.

Fuente: Informe semanal de gota gruesa, Unidad de Vectores, Programa Nacional de Malaria.



Campaña de vacunación antirrábica canina y felina realizada por el MINSAL.

Del total de gotas gruesas tomadas en 2016, el 72 % de las muestras fueron tomadas por personal de salud en los servicios médicos oficiales (49 %) y bajo la modalidad de búsqueda activa (23 %). Se destaca también el aporte de los colaboradores técnicos (18 %).

Control de la rabia

Como sabemos, la rabia es una enfermedad tradicionalmente desatendida por los sistemas públicos y privados de salud y ejemplifica otra inequidad, ya que afecta fundamentalmente a población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social asociada. Frente a lo anterior, por octavo año consecutivo nuestro país presenta cero casos de transmisión de rabia en humanos.

Este logro se debe al trabajo en red del MINSAL. La coordinación interinstitucional e intersectorial que mandata nuestra PNS 2015-2019 nos ha permitido contar con un sistema de vigilancia sanitaria fuerte y de respuesta rápida e integral ante los casos de sospecha de rabia animal. Desde junio 2016 hasta marzo 2017, nuestra vigilancia epidemiológica ha registrado 17 217 personas expuestas al riesgo de rabia y ha mantenido en observación 9029 animales (caninos y felinos). A lo anterior se suma la campaña nacional de vacunación antirrábica, que dejó 1 262 042 animales transmisores vacunados, alcanzando coberturas del 85 %, con una inversión aproximada de US\$ 2.5 millones. Las vacunas utilizadas son producidas por nuestro LNR.

Otras enfermedades de origen zoonótico

La prevención de leptospirosis en humanos continúa dando resultados positivos luego de realizar 41 380 inspecciones en viviendas y 7967 en diversos establecimientos. El LNR confirma solamente un caso de leptospirosis humana, con una positividad del 0.28 %. Ello significa una drástica y positiva reducción respecto del año anterior.

La efectiva coordinación MAG-MINSAL permitió atender las notificaciones que el MAG giró en torno a casos de ántrax en animales, brucelosis y tuberculosis bovina. Todas ellas fueron atendidas por el MINSAL para prevenir su contagio en humanos.

Vigilancia de alimentos

Se ejecutó el Plan de Vigilancia de Productos Alimenticios, en coordinación con la Defensoría del Consumidor (DC), mediante el cual se muestrearon 62 productos. La vigilancia implica verificación de la calidad.

Un registro de alimentos insuperable!

El Sistema de Información en Salud Ambiental (SISAM), como parte integral del SUIS, representa un importante logro en el proceso de Reforma de Salud. La DISAM y el SUIS han avanzado sustancialmente en materia de salud pública al integrar en su estructura módulos específicos para manejar información relacionada con las actividades como el registro, renovación del registro y reconocimiento mutuo de alimentos y bebidas que serán consumidos en el país y que pueden afectar la salud. Modernizar los procesos y acortar los tiempos de tramitología son actividades que tienen un importante impacto en la vigilancia de la salud pública.

En 2009, el sistema de registro renovación y reconocimiento de alimentos y bebidas tenía un promedio de 120 días de tramitología, lo

que repercutía en el comercio de alimentos y bebidas, representado adicionalmente un riesgo para la salud de la población. Desde 2009, la DISAM ha venido modernizando su estructura y sistemas informáticos con el fin de obtener información útil y en corto tiempo para la toma de decisiones.

El SISAM está integrado al Sistema de Información del BCR y al Centro de Importaciones y Exportaciones del MINEC. Su puesta en marcha se redujo el tiempo administrativo de 120 días a tan solo ocho segundos. Esto demuestra la eficiencia de lo público y las ventajas de los programas informáticos con código abierto, posicionando al MINSAL en este rubro en escaños superiores incluso a los países llamados desarrollados y todo ello sin menoscabo de la vigilancia e inocuidad de alimentos y bebidas.

Comisión Técnica de Tabaco

El MINSAL cuenta con una Comisión Técnica de Tabaco, entidad que en coordinación con el FOSALUD y otras dependencias ministeriales busca garantizar el cumplimiento del *Convenio Marco para el Control del Tabaco*, la *Ley para el Control del Tabaco y su reglamento*. En ese marco, por primera vez se desarrollaron jornadas nocturnas de inspecciones para el control del tabaco, dando como resultado el inicio de los procesos administrativos sancionatorios respectivos para nueve establecimientos.

Por otra parte, se realizaron 836 inspecciones de rutina a establecimientos, de los cuales se iniciaron 66 procesos sancionatorios por infracción a la Ley para el Control del Tabaco.

Finalmente, en un hecho histórico, la Comisión Técnica de Tabaco, el Gobierno Municipal de Soyapango, PNC, Dirección General de Aduanas DGA, FGR y FOSALUD, realizaron el 26 de mayo de 2017 la primera jornada de destrucción de productos del tabaco. Se destruyeron 4343 cajetillas de cigarrillo y 76 cajetillas de puros, provenientes de decomiso por comercio ilícito de tabaco, como parte del cumplimiento al artículo 26 de la mencionada ley. 

**INVERSIÓN ESTRATÉGICA DE
US\$ 15 MILLONES
DE LA COOPERACIÓN EXTERNA
EN ELEMENTOS CLAVE DE
LA REFORMA**

Relaciones internacionales y cooperación en salud

Dimensión internacional

La participación de los titulares de Salud en foros regionales e internacionales ha colocado los avances del proceso de reforma en la mira de la comunidad internacional, donde se reconocen los esfuerzos y los logros en la implementación de procesos novedosos y efectivos. Este reconocimiento contribuye a priorizar el abordaje correcto de los temas de salud que afectan a los países de la región de las Américas y a ponerlos en la agenda de la salud global.

La contribución solidaria que han brindado los socios para el desarrollo por medio de la cooperación bilateral, multilateral, triangular y Sur-Sur ha sido relevante para el impulso que el MINSAL ha dado a las diferentes prioridades establecidas en el proceso de reforma, y, del mismo modo que la cooperación reembolsable, ha contribuido a ampliar la red de servicios de salud en los tres niveles, con especial énfasis en la concepción y el desplazamiento de los ECOS familiares y especializados y en la construcción y ampliación de la infraestructura sanitaria y el equipamiento de última generación de nuevas áreas en hospitales y UCSF. El apoyo de la cooperación financiera y técnica supera los US\$ 15 millones,

invertidos estratégicamente en elementos clave del proceso.

La cooperación también ha continuado apoyando otras acciones de alto impacto para combatir enfermedades emergentes, como dengue, chikunguña, zika, así como afecciones respiratorias e intestinales, y para atender la violencia intrafamiliar y las víctimas de accidentes de tránsito.

El trabajo intersectorial, limitado antes de la reforma a muy pocos temas y con intervenciones aún más limitadas, ha dado un vuelco a un real involucramiento de toda la sociedad en sus diferentes formas organizativas para el abordaje de la inmensa mayoría de los problemas de salud, así como a la identificación y propuestas de solución de las inequidades en salud entre grupos poblacionales.

La cooperación internacional ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la gestión institucional y a la capacitación y actualización del personal de salud, así como a la investigación científica y operativa en diversas áreas, asociándose con instituciones nacionales. Ejemplo de esto es la reestructuración de la Oficina de Relaciones Internacionales y Cooperación en Salud, antes Unidad de Cooperación Exter-

na, con el apoyo de OPS-OMS y la fundación FIOCRUZ, el curso Formulación y Gestión de Proyectos de Cooperación Internacional, brindado por el INS con el apoyo de Medicus Mundi y la colaboración de la ORIS, la maestría en Epidemiología que imparte el INS con el apoyo de Medicus Mundi y el Gobierno de Cuba, y el proceso de cambio de la formulación de presupuestos institucionales anuales a presupuestos plurianuales basados en resultados con el apoyo de USAID y el Ministerio de Hacienda, entre otros.

Instrumentos de cooperación internacional suscritos

Durante el periodo comprendido entre junio 2016 y mayo 2017 se han suscrito varios instrumentos de cooperación técnica y financiera. El monto de lo suscrito con la cooperación financiera no reembolsable asciende a US\$ 4 308 917.68, sin considerar la cooperación técnica, que no cuantifica el costo de hora por persona invertida en las actividades, así como los costos relacionados con pasantías en el extranjero o visitas del extranjero a nuestro país.

TABLA 1. INSTRUMENTOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL SUSCRITOS

Instrumento de cooperación	Beneficios e impacto a la población	Fecha de firma	Monto en USD\$
Control biológico de <i>Aedes Aegypti</i> a través de alevines de tilapia y Chimbolo para la prevención de arbovirosis. Financiado por el gobierno de la República de China (Taiwán).	Con la ejecución de acciones se extenderá el uso de alevines, para el control de índices entomológicos, en 5 municipios priorizados altamente afectados por arbovirosis y reducir su incidencia.	Junio 2016	30 000.00
Donativo de factor de coagulación VIII. Financiado por Centro Nacional de Sangre de Italia (CNS)	Se recibirán 5 millones de unidades del medicamento como producto acabado, favoreciendo la atención y control de los pacientes que padecen hemofilia, para mejorar su calidad de vida	Junio 2016	650 000.00
Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud de la república de El Salvador y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC/ Taiwán)	Establecer los mecanismos adecuados que faciliten la continuidad de la formación en el ámbito de la resucitación cardiopulmonar y el soporte vital, en los establecimientos del MINSAL y las instituciones integradas al Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	Junio 2016	S/M
Carta de intención entre el Ministerio de Salud de El Salvador y la empresa pública YACHAY de Ecuador	Desarrollar proyectos de intercambio de experiencias y asesoría técnica que permitan promover el uso racional de medicamentos, farmacovigilancia y tecnologías sanitarias, en el marco del Plan Quinquenal de Desarrollo 2014- 2019 y la Política Nacional de Medicamentos	Octubre 2016	S/M
Ruta de acuerdo entre la Alcaldía Municipal de San Lorenzo, la Asociación de Desarrollo Comunal San Emigdio, el MINSAL, y la Embajada del Japón en El Salvador, para el Proyecto de Construcción de la Infraestructura de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Cantón La Guascota, San Lorenzo, Ahuachapán	Construcción nueva del establecimiento, para mejorar la calidad de atención en salud a los habitantes del municipio de San Lorenzo, Ahuachapán.	Noviembre 2016	143 056.68

Instrumento de cooperación	Beneficios e impacto a la población	Fecha de firma	Monto en USD\$
Acuerdo de subvención SLV- M- MOH, otorgado por el Fondo Mundial al Ministerio de Salud	Apoyar al Programa de Lucha Contra el VIH/SIDA: «Innovando servicios, eliminando riesgos, reconstruyendo vidas en El Salvador»	Diciembre 2016	5 148 186
Cooperación entre Iniciativa para la Sostenibilidad de Equipos Médicos (IMES), Operación Bendición El Salvador y el MINSAL	Mejoramiento de equipos médicos de hospitales, mediante el entrenamiento del recurso humano en mantenimiento preventivo y correctivo	Enero de 2017	25 000.00
Carta de entendimiento entre Save the Children Internacional El Salvador con el MINSAL, para la ejecución del Proyecto «Atención a Víctimas de Violencia Social y de Género en El Salvador»	Se proveerá asistencia humanitaria a personas afectadas por violencia social, especialmente a familias que hayan sido desplazadas forzosa-mente de los lugares donde habitan	Enero de 2017	S/M
Carta de entendimiento interinstitucional entre el Instituto Ítalo-Latino Americano (IILA) y el Ministerio de Salud de la República de El Salvador en el marco del proyecto «Mejoramiento de la Seguridad y Calidad Transfusional en Bolivia, El Salvador y Guatemala»	Realizar acciones de promoción de la donación voluntaria de sangre, periódica y gratuita, fortaleciendo los sistemas transfusionales.	Febrero de 2017	276 000.00
Convenio Marco de cooperación al desarrollo entre el Ministerio de Salud de la República de El Salvador y la Asociación Española Médicos del Mundo.	Fortalecer la alianza entre ambas instituciones para la ejecución de proyectos de cooperación al desarrollo en apoyo a la reforma de salud, en todas aquellas zonas geográficas que se definan como prioritarias conforme a las necesidades de las poblaciones más vulnerables	Febrero de 2017	S/M
Fortalecimiento del «Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones (PVI) en 45 Municipios de El Salvador, Fase II», financiado por el gobierno de China (Taiwán)/ SETEFE	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación en menores de 5 años, en 45 municipios priorizados	Abril de 2017	1000 000.00
Proyecto de Cooperación Técnica entre Brasil y El Salvador para el fortalecimiento de la promoción de la donación de sangre voluntaria o altruista	Elaboración de un Plan Nacional para promover la donación voluntaria altruista como pilar fundamental de la seguridad transfusional.	Abril de 2017	36 675.00
Convenio específico de colaboración entre el Ministerio de Salud Pública de Cuba y el Ministerio de Salud de El Salvador, para el desarrollo de la maestría en Epidemiología	Capacitar una masa crítica de epidemiólogos/as dentro de la estructura interna del INS-MINSAL, que sea capaz de formar a nuevos grupos de especialistas en Epidemiología, contribuyendo así a la mejora de los indicadores de salud.	Mayo de 2017	S/M

Fuente: Unidad de Cooperación Externa.

Proyectos en ejecución

Muchos de los instrumentos de cooperación aprobados en los periodos anteriores continúan en ejecución debido a que fueron considerados para completarse en varios años. A continuación se describen algunos:

Gobierno de Cuba-SETEFE

- Implementación del Centro Oftalmológico en el Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, donde médicos especialistas cubanos realizaron intervenciones quirúrgicas para prevenir la ceguera a consecuencia de cataratas y pterigión a pacientes de distintas zo-

nas del territorio nacional. En solo dos años, este proyecto altamente redituable tanto en salud visual como en ahorro de gasto de bolsillo de la población y de su reincorporación a la actividad productiva, ha realizado 10 000 operaciones de catarata y pterigión, evitando un gasto de casi US\$ 10 millones a los afectados y sus familias.

Gobierno de Corea/KOICA

- Construcción y equipamiento de la UCSF de Soyapango. Se ha dado inicio a la licitación de las obras de construcción y se han preparado las bases de licitación para la adquisición del equipamiento. Esta UCSF será la más grande, moderna y completa de las unidades especializadas en el país y brindará servicios con tecnología de punta y personal altamente calificado a una de las más grandes concentraciones poblacionales de El Salvador.
- Terminó y se clausuró el diplomado en Atención Primaria en Salud Integral, que fue dirigido a 70 recursos de la Región Metropolitana de Salud, en coordinación con la UES.

Gobierno de Italia/IILA-AVIS

- Mejoramiento de la seguridad y calidad transfusional en Bolivia, El Salvador y Guatemala. Se ha desarrollado la capacitación sobre asociación, gestión, fidelización y promoción de los donantes voluntarios de sangre en El Salvador, además de la preparación para la licitación de equipo médico para bancos de sangre.

Gobierno de China (Taiwán)

- Se ha mejorado la capacidad instalada mediante la construcción, remodelación y equipamiento de los laboratorios de patología de los hospitales nacionales Benjamín Bloom y Zacamil. Asimismo, se fortalecieron las ca-

pacidades del personal de salud en temas de patología. Los proyectos ya han concluido.

- Se ejecutó exitosamente el Programa de Vacunación e Inmunización (PVI), fase I, priorizado en 45 municipios de El Salvador, por medio del cual se vacunaron 15 558 niños y niñas menores de un año, 14 708 niños y niñas de un año, 15 940 niños y niñas de cuatro años, 14 434 mujeres embarazadas y 4 400 viajeros a zona endémicas de fiebre amarilla. Esta cooperación contribuyó a mantener a El Salvador como el país de la subregión centroamericana con las tasas más altas de coberturas útiles de vacunación.
- Se fortaleció el control biológico de *Aedes aegypti* utilizando alevines de tilapia y chimbo en cinco municipios priorizados altamente afectados por arbovirosis, disminuyendo así la incidencia y diseminación de la enfermedad a poblaciones aledañas.
- Acuerdo de cooperación de tratamiento médico entre el Hospital Chi-Mei y el Hospital Nacional Rosales. Se ha capacitado a médicos en gastroenterología por medio de pasantía en China (Taiwán).
- Carta de intención entre el Hospital Chi-Mei de China (Taiwán) y el MINSAL, cuyo principal resultado es la capacitación sobre cáncer de médicos de los hospitales Rosales, Zacamil y Saldaña en Taiwán.

Infants du Monde

Empoderamiento de mujeres, individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal (MFC) en la red de servicios de salud del MINSAL y fortalecer la capacidad organizativa operacional e institucional del programa.

Asociación de Ayuda Médica para América Central (AMCA)

Mejoramiento de la atención, seguridad y calidad de medicina perinatal en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, por medio del cual se realizan, entre otras acciones, la

construcción y ampliación física de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y del área de consulta externa.

Gobierno de Brasil: Agencia Brasileña de Cooperación (ABC)

- Se proporcionó apoyo técnico a la consolidación de la Red de Bancos de Leche Humana en El Salvador, que se ha constituido en una importante estrategia para la reducción de la morbilidad neonatal e infantil.
- Se apoyó el fortalecimiento y desarrollo del Sistema Nacional de Sangre y Hemoderivados de El Salvador. Por medio de este proyecto se ha promovido la transferencia de conocimientos técnicos y capacitación de profesionales, a fin de establecer las bases de un sistema capaz de atender con seguridad y calidad a las necesidades del país.
- Apoyo técnico al INS, por medio del cual se ha fortalecido la Escuela de Gobierno, incrementando sus capacidades en cuanto a diferentes métodos de enseñanza.

Gobierno de JAPÓN: JICA

- Se estableció un acuerdo para el suministro de equipos médicos en el área de imágenes de siete hospitales nacionales. En el marco de este acuerdo se realizó la entrega e instalación de un equipo de resonancia magnética al hospital nacional Benjamín Bloom, que fue inaugurado en enero de 2017. Además, este esfuerzo incluye la capacitación especializada de médicos y técnicos biomédicos, así como la dotación de materiales e insumos necesarios para su operación y mantenimiento.
- Se concertó un proyecto para el fortalecimiento de las capacidades en la atención de emergencias médicas y desastres en El Salvador, que ha iniciado con la visita de expertos japoneses para el desarrollo el tema.
- En el marco del Programa de Asistencia Financiera No Reembolsable para Proyectos de Seguridad Humana (APCS), se ejecutó el

proyecto de Remodelación y Equipamiento del Banco de Sangre del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, que fue inaugurado en febrero de 2017.

- Se construyeron las UCSF básica e intermedia en cantón Potrero Adentro, municipio de San Simón, y Yoloaiquín, Morazán, ambas inauguradas en julio de 2016.

Gobierno de España: AECID y otras agencias españolas de cooperación al desarrollo

- A través de la AECID se han continuado ejecutando, entre otras acciones, las orientadas al fortalecimiento del INS para apoyar la realización de investigaciones y estudios en temas prioritarios de salud como el de embarazo en niñas y adolescentes y el de enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, por medio del fortalecimiento de la Escuela de Gobierno, se continúa promoviendo el desarrollo de capacidades, conocimientos e intercambio de experiencias del personal de salud. Además, se mantiene el apoyo al LNR y a las redes de laboratorio a nivel nacional.
- La AACID proporcionó asistencia técnica y financiera para la ejecución del proyecto «Apoyo al programa de Fortalecimiento de la capacidad de rectoría y apoyo al desarrollo de la red de servicios del Ministerio de Salud de El Salvador», desarrollando talleres y cursos de capacitación por la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el fin de fortalecer las capacidades y conocimientos del personal del MINSAL.
- Mediante el apoyo de la Asociación Española Médicos del Mundo se ha contribuido de manera importante al fortalecimiento de la infraestructura y capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención, específicamente en diez municipios del departamento de La Paz.
- La Asociación Medicus Mundi El Salvador continuó el desarrollo del proyecto «Apoyo a la Reforma del Sector Salud: Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud y las Redes

Integradas e Integrales de Salud -RIIS- y Participación Comunitaria en Salud en El Salvador», cuyas principales actividades se orientan a la formación sanitaria y desarrollo de capacidades del personal de salud en áreas estratégicas, así como a la promoción de la participación comunitaria y al fortalecimiento del Primer Nivel de Atención del MINSAL.

Compromisos regionales e internacionales de país y representación de los titulares en eventos internacionales

XLIV Reunión Ordinaria de la Comisión de Ministros de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), del 27 al 30 de junio de 2016. Esta reunión se dio en el marco de la XLVII Reunión Ordinaria de Jefes de Estado del SICA el 28 de junio de 2016.

En cumplimiento de los compromisos de país y como parte del Sistema de Integración Centroamericana, el MINSAL participó en la XLIV Reunión Ordinaria de la COMISCA, celebrada en Tegucigalpa bajo la presidencia pro tempore de Honduras. En la reunión se trataron asuntos relacionados con temas de salud de interés de la región.

Por otra parte, para avanzar en la construcción del SUIS y la estrategia de facilitación del comercio, El Salvador estandarizó y acopló como módulo del SUIS la Plataforma de Reconocimiento Mutuo de productos que requieren registro sanitario en el país y la región. En el marco de la reunión, se llevó a cabo el lanzamiento oficial de la Plataforma Informática.

17.ª Reunión Interamericana Ministerial de Salud y Agricultura (RIMSA), Asunción, Paraguay, del 20 al 27 julio de 2017

La RIMSA tiene como función principal reunir las autoridades nacionales de los sectores de sa-

lud y agricultura, al nivel ministerial, para crear las condiciones políticas necesarias para la consecución de «una sola salud». En este contexto se vincula la salud de las personas, la de los animales y la de los ecosistemas, como buena práctica de gobernanza entre los sectores involucrados.

La 17.ª reunión de la RIMSA se desarrolló bajo el tema «Una salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible», en la que se examinaron cuestiones de salud pública, salud pública veterinaria en el ámbito de inocuidad de alimentos, erradicación de la fiebre aftosa en el continente americano y prevención y control de las zoonosis, así como el fortalecimiento y articulación de aspectos relacionados con la interfaz salud animal-salud humana, indispensable para la prevención y control de determinadas enfermedades, como también para la contención y disminución del impacto de la resistencia bacteriana a los antibióticos y otros agentes antimicrobianos.

IV Reunión Mundial de Puntos Focales del Ministerio de Salud para violencia y prevención de lesiones, Tampere, Finlandia, del 16 al 22 septiembre 2016

El propósito de esta reunión fue identificar maneras concretas de incrementar el apoyo a los puntos focales en sus esfuerzos y facilitar la ejecución de las metas de los ODS y las recientes resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud sobre seguridad vial y prevención de violencia. Se espera que con estas acciones el país se beneficie con apoyo técnico que posibilite mejorar la seguridad vial y la prevención de violencia.

55.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 68.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas. Del 25 al 29 de septiembre 2016

En la reunión anual de ministros de salud se trataron los siguientes aspectos:

- 1.º El Consejo Directivo examinó el primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y evaluó el fin de bienio del programa y del presupuesto de la OPS 2014-2015.
- 2.º El Salvador, como miembro del Comité Ejecutivo, es parte del equipo que lleva a la conferencia las resoluciones del recién pasado Comité Ejecutivo y asistiría a la 159.ª sesión.

Primer Encuentro Latinoamericano de Líderes de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), Argentina, del 15 al 22 de octubre de 2016

En el marco del proyecto Redes Integrales de Servicios de Salud, RISSALUD, la representación del país realizó una ponencia que sistematiza los avances en la implementación y desarrollo de las RIIS a nivel nacional, en el marco de la Reforma de Salud del MINSAL.

Séptima reunión de la Conferencia de las Partes –COP–, convenio marco de la OMS para el Control del Tabaco –CMCT–, Nueva Delhi, del 5 al 13 de noviembre de 2016

La séptima reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) se celebró en Nueva Delhi, India, del 7 al 12 de noviembre de 2016, con la participación de 134 Estados y organizaciones partes en el convenio. También asistieron representantes de cinco Estados que no son parte, así como cuatro organizaciones intergubernamentales y trece organizaciones no gubernamentales acreditadas como observadoras. El propósito del encuentro fue participar en la definición y fortalecimiento del Control del Tabaco los Estados partes del CMCT.

Cumbre Mundial de Innovación en Salud (WISH 2016), Doha, Qatar, del 27 de noviembre al 1 de diciembre de 2016

La reunión tuvo como propósito discutir los nuevos enfoques para la atención del cáncer y enfermedades crónicas no transmisibles desde la perspectiva de accesibilidad, innovaciones en la prevención y tratamiento, así como uso de los medios sociales para comunicar mensajes de salud complejos.

XLV Reunión Ordinaria del COMISCA, Nicaragua, del 5 al 7 de diciembre de 2016

El MINSAL participó en la XLIV Reunión Ordinaria de la COMISCA, celebrada en Managua del 5 al 7 de diciembre, bajo la presidencia *pro tempore* de Nicaragua. El propósito de la reunión fue la revisión y aprobación de indicadores del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

Participación en el Evento Especial sobre el Uso de Sistema de Datos en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA), en Nueva York, del 1 al 5 de febrero de 2017

El propósito de esta reunión fue presentar la experiencia innovadora de El Salvador en la construcción y análisis epidemiológico por áreas pequeñas a partir de la extrapolación de datos del SUIIS con bases administrativas de otras instituciones de Gobierno y su utilización en la construcción y reorientación de programas y políticas públicas, particularmente para la configuración del mapa territorial del embarazo en la niñez y adolescencia.

Presentación de defensa verbal del VIII y IX Informe sobre la Aplicación de la CEDAW en El Salvador, en Ginebra, Suiza, del 14 al 18 febrero de 2017

El MINSAL participó como parte de la delegación oficial de país que presentó el informe y defensa de los avances y cumplimiento de los compromisos asumidos en el marco de la apli-



Dra. Violeta Menjívar, en presentación de informe de país ante la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, OMS, mayo de 2017.

cación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (también conocida como CEDAW por sus siglas en inglés).

50.º Periodo de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo (CPD) de las Naciones Unidas, Nueva York, del 2 al 6 de abril de 2017

El objetivo de la reunión fue evaluar los progresos y las medidas que permitan avanzar en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en los planos mundial, regional y nacional.

Ello responde a que en noviembre de 2017 El Salvador albergará la III Conferencia Regional de Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en la que se intercambiarán experiencias con México y Uruguay, como países que han sido anfitriones de las dos conferencias anteriores.

Reunión Ministerial Mesoamericana sobre salud y migración, México, del 23 al 26 de abril de 2017

El propósito de la reunión fue coordinar acciones destinadas a apoyar a los migrantes y reducir los riesgos para su salud. También se abordó la posibilidad de fortalecer el trabajo articulado y colaborativo en las zonas fronterizas a través de iniciativas conjuntas que permitan brindar, bajo el principio de la responsabilidad compartida entre los Estados de la región, el mejor apoyo posible para los migrantes y evitar, a su vez, riesgos para la salud pública.

El encuentro permitió construir una posición común de los Estados desde el punto de vista de las autoridades de salud respecto al tema de la migración y suscribir la Declaratoria Mesoamericana sobre Salud y Migración.

Reunión subregional: «Los centros de formación de recursos humanos y gestión del conocimiento en políticas de salud en Centroamérica y República Dominicana;

su aporte a las políticas públicas hacia la salud universal», Antigua Guatemala, del 23 al 26 abril de 2017

El propósito del encuentro fue diseñar una propuesta de trabajo para el desarrollo de centros de gestión del conocimiento y formación de recursos humanos orientada a la mejora de las políticas públicas de salud en Centroamérica y República Dominicana. En el evento se identificaron además las formas de cooperación recíproca entre las instituciones participantes para apoyar la toma de decisiones en políticas sanitarias, entre otros temas.

Misión oficial a la República del Paraguay para conocer buenas prácticas en sistemas de monitoreo para la elaboración del Plan Maestro de Desarrollo Sostenible e Inclusivo de la Región Oriental (PMRO) 2015-2025, Asunción, Paraguay, del 14 al 20 de mayo 2017

El MINSAL participó como parte de la misión oficial de país y en el marco de la cooperación técnica de la JICA. Se conocieron las buenas prácticas del sistema de seguimiento de acciones ya instalado por el Gobierno paraguayo. Estos conocimientos serán de gran ayuda para la implementación del Plan Maestro de la Región Oriental.

70.ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, del 22 al 31 de mayo de 2017, en Ginebra, Suiza

Uno de los puntos medulares de la asamblea fue la elección del nuevo director general de la OMS. La Ministra de Salud presentó ante la asamblea un informe del avance en áreas de interés estratégico nacional y regional:

- Avances en la implementación acelerada de la Agenda 2030 para el cumplimiento de los ODS.

- Avances en la Hoja de Ruta de la Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, con el apoyo de OPS.
- Avances en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud de El Salvador.

También se presentó un informe de los indicadores más representativos de la salud pública.

- Mortalidad materna: una de las tasas más bajas en la región latinoamericana.
- Coberturas de vacunación mayores del noventa por ciento en menores de un año.
- Disminución de la desnutrición crónica en escolares.
- Disminución en la tasa de mortalidad infantil.
- Control de las arbovirosis y tasa de letalidad por dengue, la más baja en el continente americano.

La reunión también permitió realizar coordinaciones de apoyo y cooperación técnica para fortalecer y potenciar el avance de la Reforma de Salud de El Salvador.

Fortalecimiento del personal de salud del MINSAL

En el marco del fortalecimiento del personal médico, de enfermería y otras especialidades de salud se han realizado durante el periodo 85 misiones oficiales para personal directivo, profesional y técnico, con el apoyo financiero y técnico de diferentes socios para el desarrollo, a efecto de participar en pasantías, capacitaciones, convenciones, reuniones regionales de seguimiento a temas específicos y compromisos en diversas materias como el VIH-sida, tuberculosis, TIC, actividades de desarrollo y foros temáticos, reuniones sectoriales e intersectoriales, entre otros. 

A LA VANGUARDIA EN TRANSPARENCIA:

- 1) RESPONDIMOS EN EL PLAZO DE
LEY (10 DÍAS) AL 100% DE
REQUERIMIENTOS DE
INFORMACIÓN POR LA SOCIEDAD**
- 2) TENEMOS EN EL PORTAL DE
TRANSPARENCIA MÁS DE 76 000
DOCUMENTOS**

Derecho a la salud y acceso a la información

Unidad por el Derecho a la Salud (UDS)

La UDS es la instancia ministerial encargada de facilitar la promoción de los derechos humanos y garantizar el derecho a la salud de grupos prioritarios, como mujeres, afrodescendientes y miembros de otras etnias, personas en situación de migración, personas con discapacidad, población LGBTI y personas envejecientes.

El MINSAL ha establecido mecanismos de participación y contraloría social con el fin de evitar abusos contra las personas que usan el sistema de salud, así como garantizarles sus derechos y un trato digno y cálido.

Para cumplir de mejor manera con esta misión, se han organizado y se mantienen en funcionamiento 29 Comités por el Derecho a la Salud en 24 hospitales y cinco Regiones de Salud, que contribuyen a promover los mecanismos de participación ciudadana.

Como parte de la formación y actualización del personal de esta área, se realizaron seis jornadas de capacitación a coordinadores de Ofi-

cinas por el Derecho a la Salud (ODS) de hospitales y Regiones para fortalecer conocimientos en distintos temas, como *Ley de Ética Gubernamental*, servicio humanizado, derechos sexuales y reproductivos, conceptos básicos en género, VIH y discapacidad.

Para incentivar la contraloría social y la participación ciudadana, se han instalado buzones de sugerencia en los 30 hospitales nacionales y en 198 establecimientos del Primer Nivel de Atención. Estos espacios se coordinan entre el personal de salud y la sociedad civil, particularmente con el Foro Nacional de Salud. Durante el periodo, se adquirieron 280 buzones para ser utilizados en este mecanismo de participación.

Adicionalmente, se realizaron 73 monitoreos a los 30 hospitales y cinco Regiones de Salud con el fin de asesorar y mejorar el funcionamiento de las ODS, así como 52 jornadas en humanización en salud desarrolladas por personal de salud de hospitales y regiones.

Como otra alternativa de promoción del derecho a la salud, se ha difundido la *Ley de Deberes y Derechos de los Usuarios y Prestadores de Salud* por medio de afiches, folletos y banners (451) colocados en hospitales y UCSF.

En el marco del convenio interinstitucional MINSAL-ISSS, se han atendido 302 casos en el ISSS, a solicitud de los hospitales del Tercer Nivel de Atención, principalmente relacionados con procedimientos (185 casos) y medicamentos (117 casos).

Se recibieron 6708 quejas y avisos y se logró resolver el 61.7 % (4108). Las principales causas de las quejas tiene que ver con: maltrato por los profesionales de la salud, insuficiencias en la atención, desabastecimiento de medicamentos y limpieza de los establecimientos de salud.

Grupos prioritarios

Se realizó jornada de capacitación a 22 recursos interdisciplinario en salud sobre los *Lineamientos técnico para la atención a población LGBTI* en hospitales Rosales, Zacamil, San Rafael, Sonsonate, Usulután, Zacatecoluca, Ciudad Barrios, y Soyapango. Producto de este proceso, se realizaron nueve propuestas de implementación.

Durante 2016 se registró la autoidentificación de pueblos indígenas, 31 199 familias en total. De ellas 19 468 son lencas (62.40 %), 10 033 náhuat-pipil (32.16 %), 1473 son chortí (4.72 %), 115 son nonualcos (0.37 %), 96 son caoopera o kakawira (0.31 %) y 14 ulúas (0.04 %).

Personas adultas mayores

Algunas de las acciones realizadas en este periodo están relacionadas con la elaboración de un modelo de atención integral al adulto mayor, con el trabajo intersectorial coordinado y apoyado por el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM), así como con atenciones médicas específicas. Por ejemplo, en 2016 se aplicaron 30 377 dosis de vacunas Td (tétanos-difteria) y 18 373 dosis de vacuna contra la influenza; se realizaron 29 866 valoraciones geriátricas y se dio control preventivo a 113 752 adultos mayores. Además, la UDS realizó 10 visitas de supervisión al funcionamiento de los hogares, centros y residencias de las personas mayores.

En relación a la atención de personas con discapacidad, en este periodo se identificaron a través de la ficha familiar 10 849 personas con discapacidad, el 2.8 % del total de la población bajo la atención de los Ecos familiares y especializados.

Migración

Durante 2016 en la Dirección de Atención al Migrante Retornado (DAM) de la Dirección General de Migración y Extranjería, se recibieron 14 549 hombres, 5894 mujeres y 6289 niños, niñas y adolescentes, de los cuales la Región Metropolitana de Salud, a través de la UCSF Barrio Lourdes, San Salvador, atendió por morbilidad a 3304 personas adultas, 1845 niños, niñas y adolescentes, incluyendo el 100 % de menores de cinco años. Además, se impartieron 778 charlas educativas a toda la población retornada en cuanto a prevención de enfermedades y manipulación de alimentos.

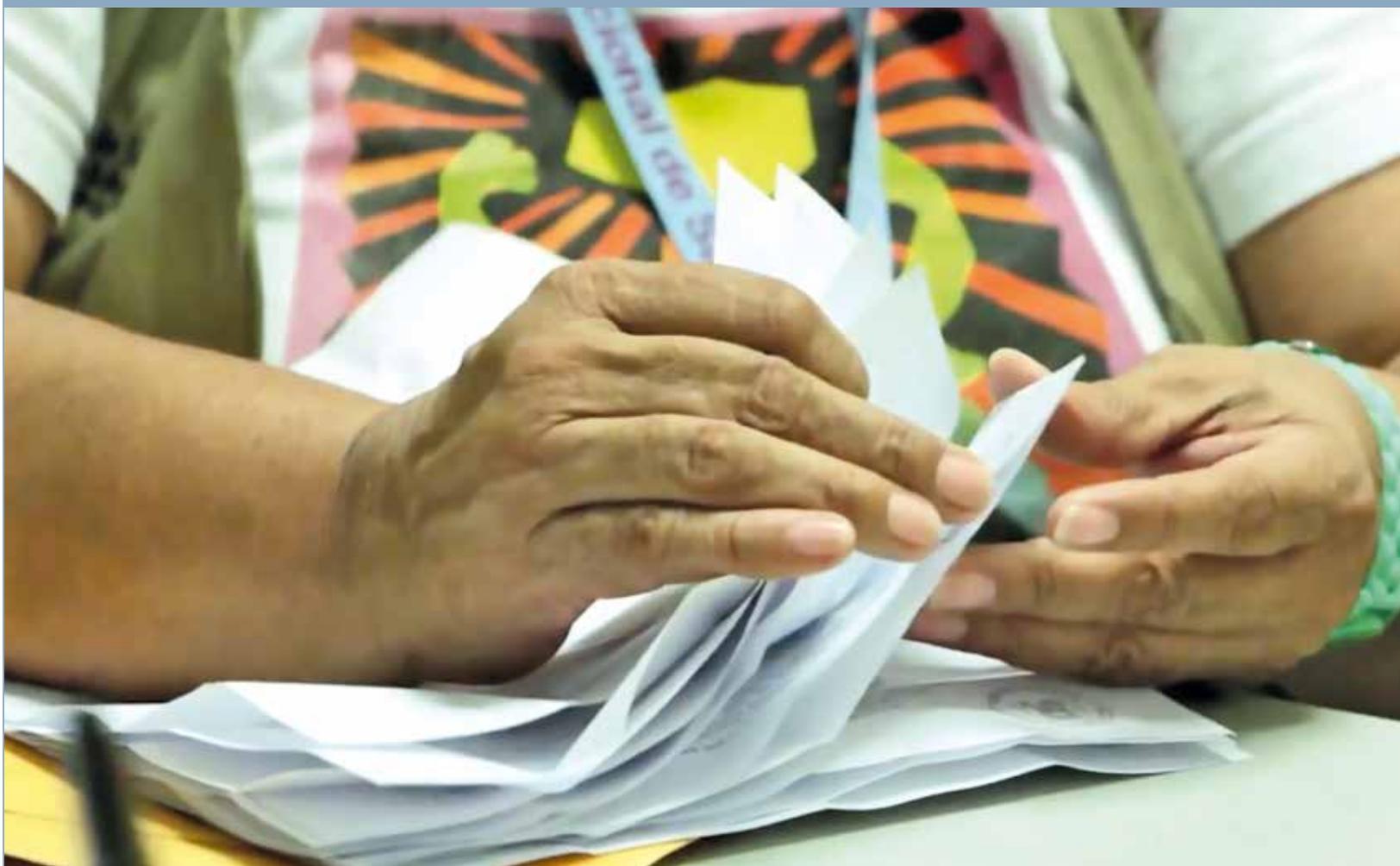
Unidad de Acceso a la Información Pública Oficina de Información y Respuesta (OIR)

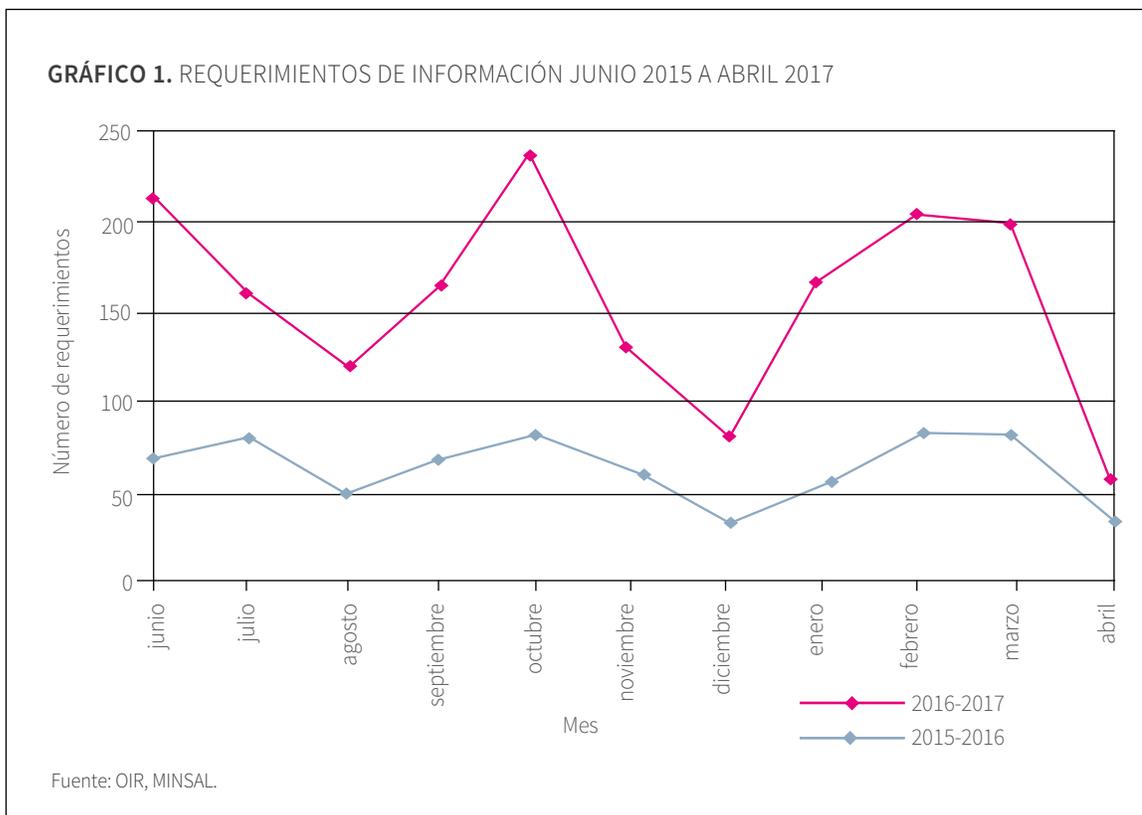
Desde la aprobación y posterior entrada en vigencia de la *Ley de Acceso a la Información Pública* (LAIP), la población salvadoreña ha hecho uso de este importante instrumento legal y, en consecuencia, el país sigue consolidando su institucionalidad y continúa firme en el combate a la corrupción.

De igual manera, la población hace uso de esta normativa legal para acceder a sus datos personales, defendiendo así su privacidad y controlando por sí mismos el uso que se hace de estos. Por esta vía, una persona tiene acceso irrestricto a sus datos personales y puede demandar que se rectifiquen cuando sean incompletos o inexactos, exigir la cancelación de las bases de datos que contengan datos personales que ya no resultan útiles a la institución, así como oponerse a la divulgación de estos sin mediar su consentimiento.



Apertura de buzón de sugerencias en el Hospital Nacional San Rafael por parte del FNS y el personal del establecimiento.





En el periodo reportado, el MINSAL ha procesado 1048 requerimientos de información, lo que representa el doble de solicitudes recibidas en el periodo anterior (GRÁFICO 1).

El 100 % de estas solicitudes recibieron respuesta oportuna en el plazo que establece la LAIP (diez días, máximo) por medio de resolución razonada brindada por el oficial de información del MINSAL.

Divulgación de información oficiosa producida por el MINSAL

Se tiene a disposición del público 76 187 documentos (GRÁFICO 2) que corresponden a información del marco normativo, de gestión estratégica, del marco presupuestario de la Secretaría de Estado, de 30 hospitales nacionales y de cinco direcciones regionales, así como 3022 registros de funcionarios, de servicios que

brinda el MINSAL a la población y de remuneraciones. Esta información ha sido debidamente actualizada trimestralmente desde la entrada en vigencia de la LAIP en 2012 y se han realizado a la fecha 19 jornadas de actualización.

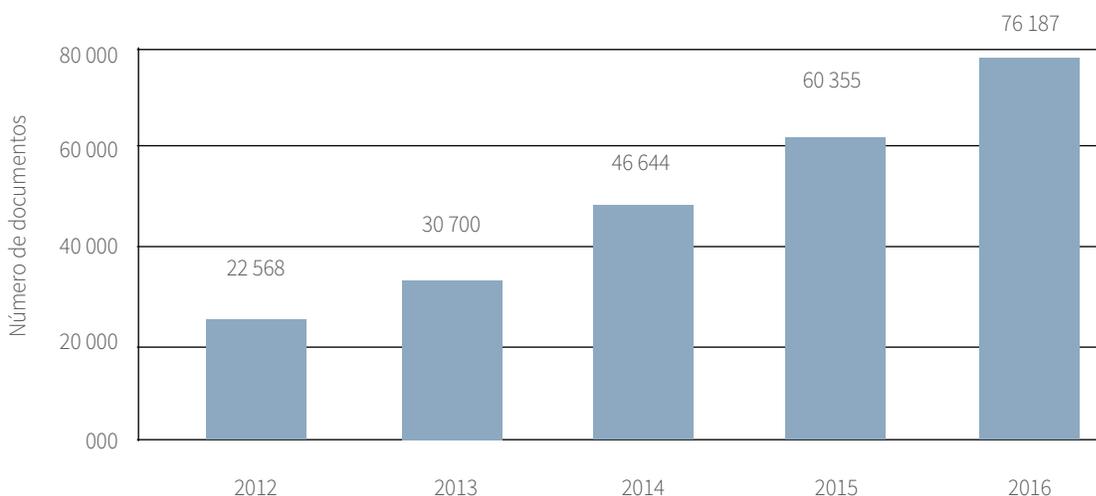
Entre 200 entidades gubernamentales, no gubernamentales, alcaldías y otras instituciones del Estado, el MINSAL con una participación del 55 % se ha distinguido por ser la que cuenta con mayor cantidad de información oficiosa disponible en el Portal de Transparencia oficial en <http://publica.gobiernoabierto.gob.sv>.

Promoción de la cultura de acceso a la información pública

La creación de 35 sitios web, que separa la información del MINSAL y la de cada hospital y Dirección Regional, ha reflejado mayor accesibilidad al usuario para la búsqueda de información

GRÁFICO 2. DOCUMENTOS DE SALUD PUBLICADOS EN EL PORTAL DE TRANSPARENCIA

Desde la entrada en vigencia de la Ley de Acceso a la Información Pública en el año 2012 a mayo 2017



Fuente: OIR

oficiosa. En el periodo se registraron 230 736 vistas al Portal de Transparencia, duplicando la cantidad con respecto al año anterior.

Como estrategia para atender a la ciudadanía que no cuenta con acceso a internet o equipo informático se han instalado en la Secretaría de Estado estaciones de consulta, que consisten en equipos informáticos en donde los visitantes visualizan información oficiosa, pueden descar-

garla, almacenarla o hacer solicitudes en línea y denuncias.

El Instituto de Acceso a la Información Pública evaluó al MINSAL y le asignó calificación de 8.18, que lo ubica en la octava posición de las dependencias del órgano ejecutivo mejor evaluadas. Se ha cumplido satisfactoriamente con los estándares de transparencia y con la exposición de información al público en cada uno de los sitios. 

TERCER AÑO DE

Mi país unido

ños



CAPÍTULO 03

NUEVOS AVANCES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD



**EL TRABAJO
INTERSECTORIAL
IDENTIFICA, ESTUDIA Y
EXPLICA LAS INEQUIDADES
EN SALUD PARA REDUCIRLAS
HASTA ELIMINARLAS**

Trabajo intersectorial

Adiferencia de la intrasectorialidad, que se circunscribe a los elementos del sector salud (instituciones formadoras de personal sanitario, instituciones del SNS: MINSAL, ISSS, ISBM), la intersectorialidad es uno de los pilares fundamentales de la Atención Primaria de Salud y uno de los elementos clave de la promoción de la salud.

La intersectorialidad se constituye en un componente estratégico característico de los sistemas de salud que asumen integralmente el concepto de salud, que trasciende de la curación y de la concepción biomédica para identificar y abordar las causas primarias y fundamentales que determinan la salud de la población y la manera en que estas poblaciones enferman y mueren.

El trabajo intersectorial es el único que permite configurar los modelos explicativos de las inequidades en salud y las vías para reducirlas o eliminarlas. Por ello es fundamental que la población organizada identifique las situaciones y los momentos en que hay que actuar sobre las instituciones, los poderes fácticos y los intereses que las determinan, para avanzar hacia el ejercicio pleno del derecho a la salud y sus aspiraciones a un modelo de desarrollo sustentable, equitativo, incluyente y en armonía con el entorno.

Los espacios más representativos de este ejercicio democrático lo constituyen el trabajo desarrollado por la CISALUD, los Gabinetes de Gestión Departamental la formulación participativa de las políticas públicas saludables y en general el desarrollo y movilización de la población por organizaciones comunitarias comprometidas con el derecho humano a la salud y la lucha contra los factores que obstruyen su ejercicio pleno.

Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD)

Como resultado de la priorización de problemáticas practicada en el seno de CISALUD se continuó impulsando el abordaje intersectorial de la salud, llevándose a cabo 12 reuniones de la CISALUD (4 ejecutivas y 8 técnicas). Los temas desarrollados fueron los siguientes:

- Salud y seguridad ocupacional
- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- Manejo integrado de vectores
- Embarazo en niñez y adolescencia

En relación a salud y seguridad ocupacional se revisaron los elementos enmarcados en la *Política Nacional de Salud 2015-2019*, que orientaron



Lanzamiento del Plan de Verano 2017 por miembros del Sistema Nacional de Protección Civil y del Sistema Nacional de Salud.

las líneas de trabajo a desarrollar. Para ello se definió que la Unidad de Gestión del Trabajo de la Dirección de Recursos Humanos fuera la entidad para dar seguimiento a la vigilancia y supervisión de los riesgos y condiciones de salud del ambiente laboral de las unidades productivas y lugares de trabajo de MINSAL. Se conformaron comités de seguridad y salud ocupacional desde el nivel central (1), en todas las regiones de salud (5), los 17 SIBASI y en las UCSF. Se ha capacitado a 35 personas que voluntariamente actúan como facilitadoras de Salud y Seguridad Ocupacional (SSO), quienes a su vez desarrollan actividades formativas en sus lugares de trabajo. En dicha sesión, se identificó también la necesidad de incrementar el número de Comités Institucionales de SSO con el apoyo del Ministerio de Trabajo. Uno de los retos es superar la brecha relacionada con los diagnósticos de enfermedades profesionales, debido a que la ley establece que su registro debe ser solo por especialistas.

Elemento importante de la SSO lo constituye el compromiso de las empresas y centros laborales hacia la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna para que sus empleadas y sus hijas e hijos puedan ejercer este derecho fundamental para su crecimiento y desarrollo. Sin em-

bargo existe un número importante de empresas y centros laborales que aún no cuentan con lactario, espacio adecuado y acondicionado para tal fin. Las instituciones que conforman CISALUD se comprometieron a velar por el cumplimiento de estas y otras normativas establecidas para la prevención del riesgo y la salud ocupacional.

En concordancia con la profundización del proceso de reforma, a través de la cual se ha reconocido la importancia de crear y fortalecer las condiciones que garanticen a la población el adecuado desarrollo de la vida y por lo tanto la garantía de su derecho a la salud, se priorizó el tema de promoción de la salud y prevención de enfermedades en El Salvador y se definieron como líneas principales de trabajo intersectorial con base en problemas priorizados a nivel nacional: violencia en población adolescente, tabaco, alcohol y drogas; y embarazo en niñez y adolescencia.

En consecuencia, se diseñaron propuestas de acciones relacionadas con la formulación de políticas públicas saludables, fortalecimiento de acción comunitaria, creación de ambientes favorables, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios; además se planteó la necesidad de desarrollar un modelo territorial que permita operativizar las acciones



acordadas desde este espacio y que generen un impacto mayor en la salud de la población.

Entre los acuerdos establecidos para el tema se encuentran la coordinación desde CISALUD con COMURES para que los gobiernos locales inviertan en espacios de convivencia pacífica, creación y fortalecimiento de capacidades, en coordinación con instituciones del Estado y la sociedad civil para incidir a por medio de CISALUD en la aprobación de la Ley de Salud Mental (que incorpore el abordaje de las adicciones) y el reglamento de la Ley para el control del Tabaco. Se acordó que el MINED retome desde sus competencias la problemática del embarazo en adolescentes, a partir de procesos formativos que involucren a toda la comunidad educativa, y formular de manera participativa con las instituciones parte de CISALUD, la *Política Nacional de Promoción de la Salud*.

En diciembre de 2016, en la reunión de la Comisión Política de la CISALUD se desarrolló la temática relacionada con el abordaje intersectorial del embarazo en niñez y adolescencia desde la determinación social de la salud. Esta instancia política delegó a la Comisión Técnica de CISALUD desarrollar talleres para proponer elementos que contribuyan a la estrategia nacio-

nal intersectorial del abordaje del embarazo en adolescentes. Se desarrolló un taller con todos los integrantes de CISALUD técnica, dos talleres con el FNS y uno con personal del MINED.

El trabajo del primer taller de la Comisión Técnica de la CISALUD consistió en identificar, analizar y proponer líneas estratégicas y actividades para la estrategia nacional para la prevención del embarazo precoz en la niñez y la adolescencia a fin de construir una respuesta desde y con la sociedad.

Se trata, entonces, de trascender de acciones realizadas desde los servicios de salud hacia acciones intersectoriales que permitan abordar las causas que vulneran los derechos de niñas y adolescentes, cuyo resultado en ocasiones es el embarazo a temprana edad.

En los talleres consultivos con representantes del FNS y de las mesas sectoriales de salud sexual y reproductiva y de prevención de violencia social hacia la mujer y la niñez se identificaron nuevas líneas estratégicas, como la urgente necesidad de eliminar el marco legal que permite las uniones tempranas con niñas y adolescentes, en el *Código de Familia*, el cual avala la impunidad y la situación de violencia que antecedió en la mayoría de los casos al embarazo en adoles-

centes y el papel de los medios de comunicación en la cultura. Dichos elementos serán la base del documento marco relacionado a la estrategia nacional intersectorial de prevención de embarazo en niñas y adolescentes.

Gabinetes de Gestión Departamental

Una manera de enfrentar y solucionar problemas que no tienen trascendencia nacional pero requieren de un abordaje intersectorial en el nivel local son las iniciativas realizadas a nivel departamental, municipal y comunitario a través de los Gabinetes de Gestión Departamental (GGD), los Comités Municipales y otras expresiones propias de la organización comunitaria (asambleas comunitarias, consultas populares, mesas sectoriales, Foro Nacional de Salud y otros espacios de participación de la población).

Los GGD son espacios intersectoriales donde se discuten problemas locales, tribunas en las que se plantean dificultades, demandas o soluciones para la ejecución de políticas públicas y programas de gobierno; se planifica, organiza y evalúan planes y proyectos que abonan al bienestar de la población en los 14 departamentos, garantizando cada vez mayores niveles de salud, rendición de cuentas de las instituciones, exposición e informe detallado de las inversiones del departamento o de los municipios que lo constituyen.

En cada una de las reuniones ordinarias que concurren todos los meses el Gabinete a través de la Gobernación correspondiente hay presencia de las y los trabajadores de salud, quienes tienen el reto de aprovechar a plenitud las oportunidades que estos espacios ofrecen para abonar y colocar en la agenda de prioridades aquellos problemas de salud, iniciativas, servicios públicos y programas sociales que requieren de la coordinación y participación de todos los sectores, instituciones y liderazgos presentes en cada uno de los territorios, lo cual viene a sumar esfuerzos, integrar capacidades y lograr una efectiva respuesta a la población.

En el marco del seguimiento a este nuevo enfo-

que de gestión pública resaltan temáticas/problemas abordadas desde la CISALUD pero que se abordan en los territorios, tales como la situación de la salud reproductiva en la adolescencia, con énfasis en el embarazo en adolescentes, prevención de enfermedades no transmisibles a través de la implementación de planes de prevención de la ingesta de sal, azúcar y grasas, abordaje integral de las arbovirosis, los efectos del cambio climático, la situación de la salud nutricional, materno-infantil, además de problemas locales específicos como los derivados de focos de contaminación en la localidad, prevalencia de algunas enfermedades, situación de seguridad del agua de consumo, desempeño de los servicios y otros similares.

En muchos lugares, los GGD han adoptado una modalidad de acercamiento a las comunidades y su gente, denominado Gabinetes Móviles, que retoman la experiencia y el espíritu de los Ecos, siendo en algunos lugares verdaderas fiestas comunitarias, festivales del buen vivir en menor escala, acompañadas de ferias de la salud, promoción de productos locales, fomento al emprendedurismo, fortalecimiento de programas para prevención de violencia social, con énfasis en la juventud, representada en promoción de talleres formativos y educativos, presentaciones artísticas, socialización de estrategias (por citar alguna, la de erradicación de la pobreza).

La dinámica de cada Gabinete es diferente, pero es común el liderazgo democrático, la dirección de tipo horizontal, el carácter intersectorial, integrador e incluyente representado desde las gobernaciones en los departamentos, las municipalidades, las instituciones y las comunidades y en donde la participación social es fundamental en todos los procesos e iniciativas emanadas desde las instituciones y en la implementación de las políticas públicas, programas y proyectos de Gobierno encaminadas al cumplimiento del derecho a la salud y otros derechos de los que son sujetos la niñez, adolescencia, juventud, mujeres, hombres, personas de la tercera edad y de los grupos poblacionales (personas con discapacidad, estrato social, etnicidad, afrodescendencia y diversidad sexual).

La formulación participativa de las políticas

públicas, una de las formas más avanzadas de intersectorialidad desarrolladas por la Reforma de Salud, se describe con detalle en el capítulo de Regulación y Legislación en Salud

Promoción de la salud

La promoción de la salud es un enfoque al que le apuestan el FNS y el MINSAL. El MINSAL ha avanzado sustancialmente en los pilares de la promoción de la salud (participación social, intersectorialidad, educación para la salud, comunicación social y abogacía en salud) desde una perspectiva inclusiva: discapacidad, extracción social, etnicidad, afrodescendencia y diversidad sexual.

Dando seguimiento a estos pilares se ha formulado participativa e intersectorialmente el Diagnóstico de Promoción de la Salud, un documento especializado en este componente que sentará las bases de la Política de Promoción de la Salud (periodo 2017-2018).

Se está coordinando con la DTIC para que los establecimientos de la Región Metropolitana que tienen configuradas pantallas de señalización por intranet dispongan de una franja educativa diaria sobre temas sanitarios (proporcionada por la Unidad de Promoción de la Salud) y otra informativa (a cargo de la Unidad de Comunicaciones) que detalle las intervenciones de las autoridades del SNS y los avances de la Reforma de Salud. El mismo material se distribuirá para que lo reproduzcan también los establecimientos de salud a nivel nacional que tienen pantallas aisladas.

Sobre este esfuerzo, la Unidad de Promoción de la Salud, por medio del área de audiovisuales, ha recibido un equipo audiovisual de última generación donado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), lo que le permitirá elaborar y reproducir material didáctico o informativo en diferentes escenarios.

En la dinámica de elaborar materiales, metodologías y estrategias educativas se ha apoyado a diferentes direcciones y unidades, así como en la CISALUD, en la formulación de planes intersectoriales (*Plan intersectorial para la reducción del sobrepeso y la obesidad*, *Plan multisectorial para la*

eliminación de la malaria en El Salvador y la Estrategia nacional para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes para el periodo 2015-2019), así como de materiales educativos en el marco del proyecto regional de la iniciativa de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española del Fondo Mundial (EMMIE) y en la prevención y control de arbovirosis a través de la campaña «Tenemos la llave para prevenir el dengue, chik y zika».

En cuanto a la abogacía en salud, se continúan socializando en diferentes espacios los instrumentos técnicos jurídicos de promoción de la salud, como la *Política Nacional de Salud 2015-2019* y la *Política de Participación Social en Salud*. Ambos documentos cuentan con sus respectivas versiones populares, es decir, materiales inclusivos para personas con discapacidad, validados precisamente por personas con discapacidad.

Por otra parte, a nivel nacional se siguen socializando, en coordinación con diferentes instituciones y agencias de cooperación internacional, los *Lineamientos Técnicos para la Casa del Agua Saludable (Ne cal at yejc)*, que abonan al abordaje de diferentes problemas relacionados con el saneamiento básico y la promoción de la higiene.

De manera conjunta, la Defensoría del Consumidor y las unidades de Comunicaciones y de Promoción de la Salud del MINSAL elaboraron la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la reducción del consumo de sal, azúcar y grasas, como un esfuerzo por abordar de manera integrada las enfermedades no transmisibles (ENT), que son causa de enfermedad y muerte en nuestro país. Esta estrategia contiene los principales resultados y actividades para impulsar la campaña sobre consumo saludable y seguro de alimentos y bebidas.

Con el FNS se ha trabajado de manera coordinada con las diferentes Mesas temáticas en las que el liderazgo comunitario está trabajando: Mesa Sectorial de Prevención de la Violencia Social hacia la Mujer y las Niñez, Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva, Mesa Sectorial de Medicamentos y Mesa Sectorial de Gestión Ambiental y Cambio Climático. 

**ORGANIZACIÓN
Y COMPROMISO SOCIAL:
FORO NACIONAL DE SALUD
PROMOVIENDO EL DERECHO A LA SALUD
CON 750 COMITÉS COMUNITARIOS EN
12 DE 14 DEPARTAMENTOS**

Foro Nacional de Salud (FNS)

El FNS ha iniciado con éxito la construcción de una amplia organización comunitaria que mediante su fortalecimiento y desarrollo progresivo irá tomando control de la determinación social de la salud apoyando a los servicios de salud para el aumento de la calidad de la atención, la resolución de los problemas de salud, la transformación del enfoque en salud hacia la promoción de la salud, posicionándola como prioridad en la agenda política nacional, generando sostenidamente más recursos y mejores niveles de salud para la población.

Trabajo territorial

El trabajo territorial del FNS es la base en la que se sustentan sus acciones. Se trata de un proceso de intervenciones consensuadas que buscan brindar a la población conocimientos, habilidades, herramientas y recursos para que sean ellos mismos quienes controlen y vigilen el buen desarrollo de la Reforma de Salud como herramienta fundamental para el ejercicio pleno de su derecho a la salud. A través de toda una serie de capacitaciones e intercambios, el liderazgo comunitario va formándose y creando comités a diferentes niveles.

Los comités municipales del FNS están constituidos por referentes de Comités Comunitarios, que provienen de diversas estructuras organizativas en las comunidades, lo que facilita la interacción de diferentes sectores y visiones, desde las múltiples problemáticas estructurales que determinan el proceso salud – enfermedad.

El seguimiento de los comités municipales se desarrolla en base a su plan de trabajo y en la ejecución de actividades comunitarias, municipales, departamentales, regionales y nacionales. Se reúnen al menos una vez al mes para evaluar su trabajo y preparar propuestas de seguimiento e influir en la mejora de las condiciones de salud de su entorno y de los servicios que presta el MINSAL en sus diferentes niveles.

Esto desarrolla en ellos capacidades para realizar actividades de contraloría en diferentes espacios como son la participación en las RIIS del MINSAL, los levantamientos de información a través de encuestas a los usuarios de las UCSF y hospitales, apertura de buzones de quejas, comunicaciones con los referentes de las UCSF y hospitales.

A junio de 2017 el FNS cuenta con 750 comités comunitarios en 82 municipios del país, repartidos en 12 de los 14 departamentos.

TABLA 1. DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS CON PRESENCIA DE COMITÉS DE SALUD DEL FNS

Departamentos	Municipios
Chalatenango	El Paraíso.
Ahuachapán	Guaymango y San Francisco Menéndez.
Cabañas	Victoria, San Isidro, Guacotecti, Sensuntepeque, Ilobasco y Jutiapa.
La Paz	San Pedro Masahuat, San Luis la Herradura y Zacatecoluca.
Morazán	Arambala, Jocoaitique, Meanguera, San Fernando, Torola, Perquín y Villa Rosario.
La Libertad	Comasagua, Teotepeque, Chiltiupán, Jicalapa, Puerto de La Libertad, San José Villanueva, San Pablo Tacachico, Quezaltepeque, Santa Tecla, Zaragoza, Colón, San Juan Opico y Tamanique.
San Salvador	Nejapa, Aguilares, Apopa, Guazapa, Mejicanos, Ayutuxtepeque, Soyapango, Ilopango, Panchimalco, Cuscatancingo, San Martín, San Salvador, El Paisnal, San Bartolomé Perulapia, Rosario de Mora, Ciudad Delgado y Santiago Texacuangos.
San Vicente	San Nicolás Lempa.
Sonsonate	Izalco, Nahuizalco, Santa Catarina Masahuath, Santo Domingo de Guzmán, Sonzacate, Sonsonate, Acajutla, Juayúa, Salcoatitán y San Antonio del Monte.
Usulután	El Triunfo, Santiago de María, Nueva Granada, Mercedes Umaña, San Buenaventura, Usulután y Jiquilisco.
San Miguel	San Miguel, Nueva Guadalupe, Chinameca, Lolotique, Chirilagua y Uluazapa
Santa Ana	El Congo, Coatepeque, Santa Ana, San Sebastián Salitrillo, Candelaria de la Frontera, Santiago de la Frontera, San Antonio Pajonal, Chalchuapa y El Porvenir

Fuente: Memoria de Labores 2016 – 2017, FNS. A junio de 2017.



Septimo aniversario del Foro Nacional de Salud.

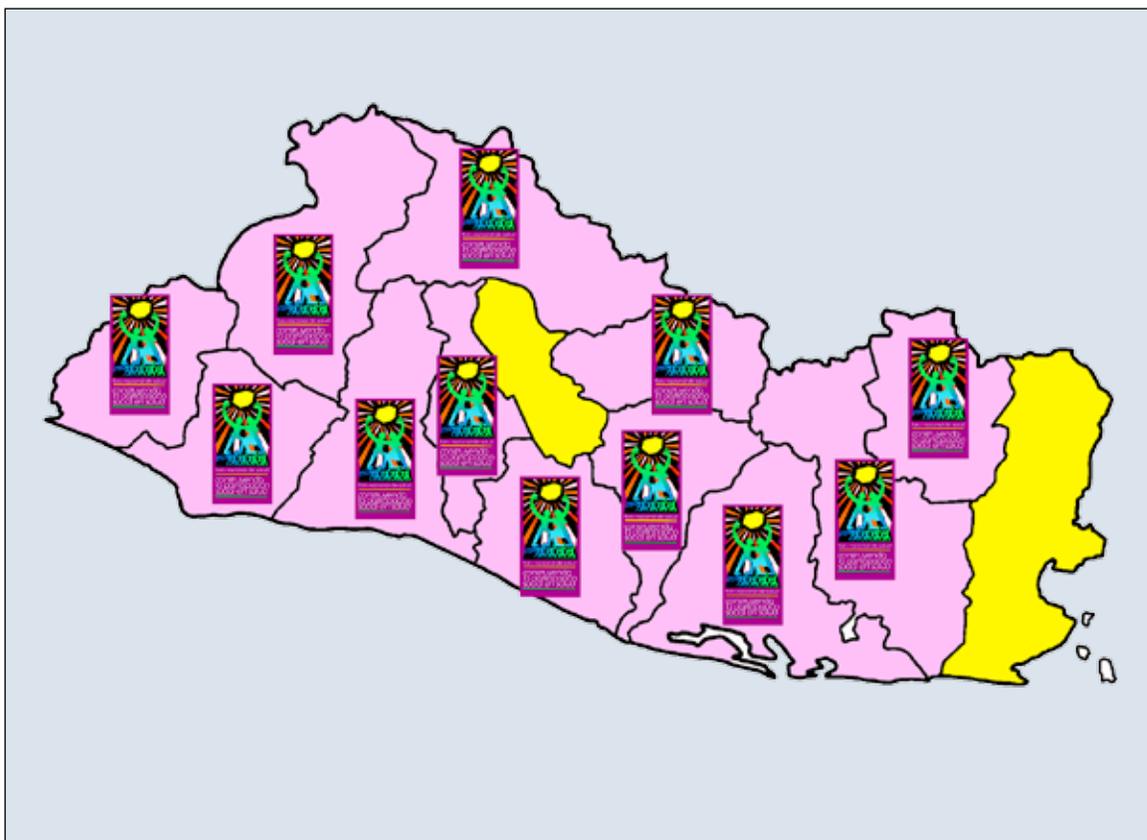
Participación en las microredes del MINSAL

TABLA 2. MICRO REDES DEL MINSAL EN LAS QUE PARTICIPA EL FNS.

Departamento	SIBASI	Microrred
San Salvador	Norte	1. Aguilares 2. Apopa
	Sur	3. Panchimalco 4. San Jacinto
	Oriente	5. Ilopango 6. San Martín 7. Soyapango
	Centro	8. Barrios 9. Ciudad Delgado 10. Mejicanos 11. San Miguelito
La Libertad	La Libertad	12. Macizo Costero 13. Cordillera del Bálsamo 14. Joya de Cerén 15. La Cumbre
Sonsonate	Sonsonate	16. Sonsonate 17. Sonzacate 18. Izalco 19. Acajutla
La Paz	La Paz	20. Rosario La Paz
Santa Ana	Santa Ana	21. El Congo 22. Candelaria de La Frontera 23. Dr. Tomás Pineda 24. Chalchuapa
Ahuachapán	Ahuachapán	25. Guaymango 26. Cara Sucia
San Vicente	San Vicente	
Chalatenango	Chalatenango	27. Nueva Concepción
Cabañas	Cabañas	28. Sensuntepeque 29. Ilobasco
San Miguel	San Miguel	30. Chinameca 31. San Miguel 32. Dr. Roberto Carias 33. El Zamorán
Morazán	Morazán	34. Perquín 35. Osicala
Usulután	Usulután	36. Berlín 37. Santiago de María 39. Jiquilisco 40. Usulután
12 departamentos y 76 municipios	15	

Fuentes: Memoria de Labores 2016 – 2017, FNS. A junio de 2017.

MAPA 1. TRABAJO TERRITORIAL DEL FNS



Capacitaciones

Los talleres y capacitaciones son una parte esencial del trabajo del FNS. Existen temáticas mínimas que todos los líderes y lideresas comunitarias reciben para participar de las actividades del FNS. En el último año cerca de 1650 líderes y lideresas fueron capacitados en los temas de:

- Derechos Humanos
- Derecho humano a la salud
- Foro Nacional de Salud
- Determinación social de la salud y determinantes sociales de la salud
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Sistemas de salud y Reforma de Salud
- Participación social en salud
- Contraloría Social
- Incidencia política
- Presupuesto participativo

Además se han dado capacitaciones en temáticas de importancia para la visión del FNS:

- Derechos sexuales y reproductivos
- Manual de organización y funciones de la RIIS
- Sexo y género
- Marco legal vigente en El Salvador con enfoque de género
- Diversidad sexual
- Derechos de la mujer y la niñez

- Auditoría social
- Comunicación asertiva
- Reforma Fiscal
- Elaboración de planes de trabajo
- Sistema de Pensiones
- Derecho a medicamentos y uso racional de los mismos
- Economía de los cuidados
- Salud mental
- Autocuidado
- Detección temprana de cáncer de cérvix y mama
- Consulta participativa
- Metodología en la participación de la niñez
- Masculinidades
- Ley para el control del tabaco
- Salud escolar
- Mundo microbiano
- Educación popular
- Cambio climático y salud
- Por la salud y vida de las mujeres: causales para la despenalización del aborto

Buzones de sugerencias

Como parte de los procesos de participación y contraloría social del FNS, los líderes y lideresas comunitarios colaboran con la Oficina por el Derecho a la Salud de cada UCSF y hospital en los procesos de instalación, apertura y seguimiento de los buzones de sugerencias existentes.

Los líderes y lideresas aperturan dichos buzones cada dos meses para conocer las quejas o felicitaciones que los usuarios expresan y hacer seguimiento de las mismas. Este proceso se lleva a cabo con el acompañamiento de representantes de las UCSF u hospitales respectivos.

Además llevan a cabo actividades de difusión entre los usuarios de los establecimientos de salud para que conozcan sus derechos y deberes y las posibilidades que tienen de utilizar estos buzones.

TABLA 3. CANTIDAD DE BUZONES DE SUGERENCIA A LOS QUE EL FNS DA SEGUIMIENTO

Departamento	Número de buzones de sugerencia con seguimiento del FNS
San Salvador	98
La Libertad	28
Sonsonate	29
La Paz	7
Santa Ana	25
Ahuachapán	4
San Vicente	17
Chalatenango	1
Cabañas	13
San Miguel	39
Morazán	6
Usulután	22
TOTAL	289

Fuentes: Memoria de labores-FNS 2016-2017.

Ejercicios de contraloría en UCSF y hospitales

Otro de los procesos que llevan a cabo los líderes y lideresas del FNS es el levantamiento de información sobre la calidad y calidez del trato a personas usuarias en los establecimientos de salud utilizando el instrumento creado por el FNS para tal efecto. Una vez levantada la información se analizan los resultados y llevan a cabo las devoluciones a los representantes de las unidades y hospitales. A dichas devoluciones también se invita a representantes locales de otras instituciones que puedan estar interesadas como alcaldías o ADESCO.

Estos procesos consiguen cambios sustanciales en el día a día de la atención en salud. Supone el empoderamiento también del resto de la población que al conocer y participar, conocen mejor sus derechos y asumen su deber en exigirlos.

TABLA 4. NÚMERO DE CONTRALORÍAS CON INSTRUMENTO

Departamento	Número de contralorías con instrumento
San Salvador	11
La Libertad	21
Sonsonate	7
La Paz	1
Santa Ana	8
Ahuachapán	3
San Vicente	0
Chalatenango	1
Cabañas	0
San Miguel	12
Morazán	15
Usulután	7
TOTAL	86

Fuentes: Memoria de Labores 2016 – 2017, FNS. A junio de 2017.

Todos estos procesos han ido marcando el trabajo del FNS y cambiando realidades en el territorio. Los logros más importantes conseguidos en el último año son:

- Posicionamiento del FNS a nivel territorial
- Respeto y reconocimiento del trabajo del FNS en los establecimientos de salud
- Fortalecimiento de la organización comunitaria
- Elaboración de planes operativos de los comités por el derecho a la salud con respaldo de las direcciones en la construcción e implementación de los mismos
- Las personas usuarias han iniciado y desarrollado una cultura de denuncia ante malos tratos o violación de derechos
- Cambio de enfoque biologicista de la salud a enfoque integral
- Seguimiento de los espacios de participación
- Añadidos otros temas a discutir como “el agua” en las reuniones de RIIS departamental

- Creación de un equipo intersectorial para la prevención del embarazo en adolescentes
- Autogestión de la población
- Incorporación a actividades de incidencia a nivel nacional
- En Cabañas han sido pioneros en la lucha contra la minería
- Generación de conocimientos sobre la prohibición de pirotécnicos en niñez
- Difusión de la Reforma de Salud
- Mejora de las prácticas de los profesionales que trabajan en los establecimientos de salud
- Mejora de infraestructura para la unidad de violencia en Santa Ana
- Reducción en los tiempos de espera en la RIIS.
- Mejora en la atención a las adolescentes embarazadas
- Reducción en el costo de bolsillo para la realización de análisis a las personas usuarias
- Reducción de la deserción escolar, mayor organización de la comunidad a partir de las jornadas y círculos de estudio y procesos de réplicas que las mujeres realizan en Sonsonate
- Inserción de jóvenes al sistema educativo y formación de jóvenes en teatro social con temas de interés para los jóvenes formados, quienes realizan talleres dirigidos en Sonsonate
- Gestión de terreno para construcción de un Ecos en Usulután

Trabajo sectorial

El trabajo sectorial se organiza en mesas así:

Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva

En febrero de 2011 se constituye la Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) contando con la participación permanente de 15 organizaciones con experticia en el trabajo de salud sexual reproductiva con todo tipo de grupos poblacionales, logrando que el resto de organizaciones y comunidades que integran el FNS comprendan el mundo de la diversidad

**NO A LA VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES**



sexual y personas ciegas entre otros sectores que forman parte de la mesa. Para ello ha sido necesario eliminar tabúes y perder el miedo de trabajar con otras personas.

Desde la Mesa Sectorial de SSR el FNS se ha vinculado al proceso de formulación, socialización y seguimiento de la actual política de SSR, contando así con lineamientos oficiales mínimos para realizar el trabajo de SSR.

Aporte importante ha sido el posicionamiento respecto a temas relevantes en materia de salud sexual reproductiva, como: vacuna contra el virus del papiloma humano, mejorar la toma, procesamiento y entrega de resultados de citologías, y prevención de cáncer cérvico uterino y de mama.

Actualmente participan en la mesa: Plan El Salvador, AMSATI, ORMUSA, Red Coincidir, Orquídeas del Mar, ASPS, EmpoderArte, HT El Salvador ASPHID Arcoiris, ASAFOCAIS, ICW Capítulo El Salvador, Red Feminista, Contrasida, APROCSAL, FUMA.

En el último año se han llevado a cabo:

- 8 actividades de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva
- 4 foros: Por la vida y la salud de las Mujeres
- 2 foros sobre la despenalización del aborto
- Foro de Cáncer cérvico uterino
- 5 conferencias de prensa por el Día Contra la Homo - lesboTrans-Bi interfobia
- Demanda al Fiscal General de la República para investigar crímenes de odio hacia la población LGTBI y trabajadoras sociales
- Conferencia de prensa por el respeto a los derechos humanos de las mujeres
- Conferencia de prensa para la despenalización del aborto
- Movilización por la vida y la salud de las mujeres
- Movilización para la presentación de la iniciativa de reforma al *Código Penal* para la despenalización del aborto
- Movilización a la Asamblea Legislativa para demandar la reforma al Código Penal artículo 133 para la despenalización del aborto
- Concentración por una vida libre de violen-

cia en el transporte público, donde se declaró el SITRAMSS como transporte libre de violencia para las mujeres

Mesa Sectorial de Medicamentos

La Mesa Sectorial de Medicamentos del FNS es la expresión (MESEM), de los ejes 3 y 5 contenidos en la *Política Nacional de Salud 2015-2019*, así como del espíritu organizativo y participativo que estipula la *Política de participación social de salud*.

La Mesa promueve el empoderamiento de la población en el derecho humano a los medicamentos a través de la contraloría social, vigilancia, denuncia y propuestas de mejoras a nivel nacional.

Los objetivos de la MESEM son:

- Consolidar y desarrollar liderazgo social comprometido, con el enfoque del derecho humano a los medicamentos esenciales incluyendo los naturales.
- Fortalecer la MESEM y a los actores involucrados en el cumplimiento del derecho humano a los medicamentos esenciales, promoviendo la investigación y la formación de capacidades.
- Fomentar la comunicación efectiva por el derecho humano a los medicamentos entre la mesa sectorial de medicamentos, población, comunidades y autoridades.

Las organizaciones que forman parte actualmente de la mesa son: FUMA, APSIES, APROCSAL, ASPS, AMSATI, CIDEP, 3 Botiquines Comunitarios, ENLACES.

En el último año la Mesa ha llevado a cabo:

- 8 procesos de formación interna sobre buenas prácticas de almacenamiento, uso racional de medicamentos, dosis únicas en Hospitales, socialización de la Ley de Medicamentos y Ley de Protección al consumidor, buenas prácticas de almacenamiento, farmacovigilancia y resistencia bacteriana.
- Una conferencia de prensa sobre el balance anual del trabajo realizado.
- Tres foros sobre medicamentos naturales, trabajo de MINSAL y DNM para asegurar

derecho a medicamentos y buenas prácticas de almacenamiento.

- Congreso Nacional sobre medicamentos.
- Participación en 3 investigaciones sobre: calidad, precio de 5 principios activos y percepción de avances con la Ley de Medicamentos a 4 años de su aprobación.
- Participación en proceso de diseño de mecanismos y herramientas para la contraloría social en medicamentos en cuanto a: Adquisición, transporte, almacenamiento y abastecimiento.

Mesa Sectorial de Prevención de la Violencia Social contra las mujeres y la niñez

El proceso de instalación de la mesa constó de una amplia consulta territorial en 2015 a fin de conocer desde los liderazgos comunitarios su percepción de la violencia y brindar propuestas de solución, documento que sirvió de base para la formulación del plan de trabajo. Dentro del proceso se seleccionaron los problemas que la mesa prioriza y retoma para sus ejes de acción, siendo éstos:

- La violencia sexual constituye una afección integral, agravada que en casos de embarazos forzados a mujeres jóvenes e ITS.
- Inoperancia y complicidad de algunas instituciones del Estado en el abordaje de la violencia hacia la mujer.
- Desconocimiento de la población en general y las mujeres en particular de la normativa y procedimientos para acceder a la justicia.
- La Violencia intrafamiliar contra las mujeres y niñas, la cual es asumida erróneamente como normal en las comunidades.

Los objetivos de la Mesa son:

- Contribuir a la disminución del índice de embarazos impuestos e infecciones de transmisión sexual a mujeres jóvenes producto de violencia sexual.
- Incidir en la mejora de la atención de casos de violencia hacia las mujeres por parte de funcionarios o empleados públicos.

- Hacer del conocimiento de la población en general y especialmente de las mujeres la normativa y el procedimiento para acceder a la justicia.
- Identificar y denunciar la violencia intrafamiliar contra las mujeres.

Mesa de gestión ambiental y cambio climático

La Mesa de Gestión Ambiental y Cambio Climático surge después de un proceso de debate en el FNS sobre salud y ambiente, se concibiéndose la necesidad de hacer consultas regionales (en las 5 regiones sanitarias del país) que permitiera coleccionar insumos sobre problemáticas, acciones locales y nacionales y puntos de coincidencia para hacer presión política en torno a la protección ambiental.

Estas consultas estuvieron a cargo de las instituciones que trabajan territorialmente y que están vinculados con las estructuras departamentales del FNS. Se llevaron a cabo en talleres cada uno con 50 asistentes.

Realizadas las consultas se procedió a sistematizar resultados y socializarlos en un evento nacional juramentado a los integrantes de la Mesa el 13 de enero 2017.

Trabajo de incidencia

La incidencia es una forma de participación por medio de la cual agrupaciones ciudadanas unidas por intereses e identificaciones comunes se proponen “influir” en las decisiones de los detentadores del poder formal y real.

La incidencia es una forma de participación a partir de un proceso planificado. No es necesariamente confrontación, sino que puede concebirse también como una dinámica por la cual se adoptan actitudes críticas o propositivas.

La incidencia de las organizaciones sociales actúa en favor de la distribución del poder; procurando que no sea ejercido exclusivamente por quienes tienen la representación de la ciudadanía (a través de mandatos obtenidos en

elecciones), la incidencia política se convierte en la tercera área de trabajo del FNS y adquiere una importancia vital pues supone una herramienta básica para la efectiva consecución de sus objetivos originarios.

Para la acción de esta área el FNS se integra en tres redes diferentes con las que actúa en los temas de incidencia:

- Red por el derecho a la Comunicación (RedCo)
- Movimiento por la Salud de los Pueblos
- Alianza Social por la Gobernabilidad y la justicia (ASGOJU)

Red por el derecho a la Comunicación (RedCo)

Red por el Derecho a la Comunicación es un colectivo de organizaciones sociales, académicas, profesionales y de medios de comunicación. Su objetivo es luchar por el acceso real a los medios de comunicación por parte de la sociedad para tener una información veraz y con opiniones diversas que impidan la manipulación de la población a través de la emisión de un mensaje único en todos los medios de comunicación.

Algunas de sus actividades en el último año han sido:

- Pronunciamiento sobre el derecho a la comunicación
- Pronunciamiento sobre el rol del Instituto de Acceso a la Información Pública
- Digitalización de la televisión
- Contraloría ética en los medios de comunicación
- Solicitud de extinción del dominio de las concesiones radioeléctricas propiedad del ex presidente Antonio Saca
- Propuesta para una política pública en comunicaciones

Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP)

En su declaración de Cuenca de 2013, el Movimiento Para la Salud de los Pueblos ha ex-

presado que el modelo capitalista y neoliberalista generaba costos sociales y ambientales muy grandes, y llamó a contruir un modelo de sociedad diferente, con una mejor justicia social y la salud como derecho humano fundamental. Para lograr esta justicia social, el MSP reclama sistemas de salud universales e integrales basados en la atención primaria de la salud. El MSP lucha contra la privatización de los servicios de salud porque excluye a los más desfavorecidos. Busca la generación de cultura y las relaciones con la naturaleza en la atención a los pueblos. La autodeterminación y la autonomía de los pueblos son temas importantes para el MSP.

Un cambio es necesario para acabar con los mega proyectos, el extractivismo y la minería para llevar a cabo una soberanía en salud, sistemas de salud públicos y una mejor gestión gubernamental.

Significa capacidad sustentable y soberana de cada territorio, para generar los bienes materiales y espirituales que deben reproducir y garantizar el buen vivir.

Una estrategia clave del MSP es la organización social y colectiva. Busca un fortalecimiento de los movimientos sociales, y alianzas entre organizaciones de la sociedad civil.

Además, presiona a gobiernos y agencias de salud para que garanticen el acceso universal a servicios de salud de calidad, educación y servicios sociales, según sus necesidades.

Alianza Social por la Gobernabilidad y la justicia (ASGOJU)

Los poderes facticos en el país buscan frenar los ingresos públicos, sobre todo los fondos provenientes de préstamos, que se suman a la negación de las grandes empresas a pagar impuestos.

De igual manera, grupos fundamentalistas ligados promueven el control del cuerpo de mujeres y hombres, frenando el avance de derechos sexuales y reproductivos de la población, impulsando crímenes de odio en el país.

La ASGOJU centra sus exigencias en tres grandes fundamentos para la paz:

1. Exigimos trabajar por un clima de gobernabilidad.
2. Exigimos una imparcial administración de justicia.
3. Exigimos respeto a la soberanía nacional.

Dentro de sus actividades de incidencia en este último año se encuentran las acciones siguientes:

- Violencia, maras y sus relaciones con representantes de partidos políticos
- Rechazo al pago de sobresueldos a altos funcionarios en el Ejecutivo
- Cuestionamiento del manejo del presupuesto en la Corte Suprema de Justicia
- Clientelismo partidario en la asignación de plazas, el exceso de asesores y la asignación irregular de fondos públicos en la Asamblea Legislativa
- Incremento del salario mínimo
- Respaldo a las medidas extraordinarias que el gobierno está implementando con el propósito de retomar el control de los centros penales y combatir más eficientemente a los grupos criminales
- Solución integral a la crisis fiscal
- Destitución de los cuatro magistrados de la Sala de lo Constitucional
- Llamado a la desobediencia civil y desacato popular contra la sala por su dictamen de inconstitucionalidad del carril SITRAMSS
- Justicia en el caso de Berta Cáceres
- Oposición a la reducción de subsidios
- Prohibición de la minería metálica
- Demanda de mayor transparencia en la gestión de recursos públicos
- Evasión fiscal. 

**AVANZAMOS
CON PASO FIRME
DOTANDO AL PERSONAL
DE SALUD DE UNA
PERSPECTIVA
DE GÉNERO**

Género y salud

Durante el periodo 2016-2017 se avanzó en la implementación de la *Política de Igualdad y Equidad de Género en Salud*, cuyos objetivos y estrategias buscan asegurar la transversalidad del enfoque de género, entendido como la integración de los principios de igualdad y no discriminación en todo el accionar del MINSAL para garantizar el acceso equitativo a la salud de mujeres y hombres. Se impulsaron estrategias y se concretaron acciones orientadas a sensibilizar al personal del ministerio sobre la necesidad de erradicar las desigualdades entre mujeres y hombres en el acceso a la salud, un tema que se ha fortalecido adicionalmente en la política de recursos humanos institucional, a fin de identificar, reducir y eliminar estas inequidades en el ámbito laboral, especialmente en lo relacionado a puestos de trabajo en los niveles gerenciales, intermedios y estratégicos.

Se inició el proceso de institucionalización del plan de acción de la *Política de Igualdad y Equidad de Género*, a implementarse durante cinco años, y de la normativa para la atención de casos de violencia de mujeres, niñas y adolescentes en unidades especializadas. Es relevante la formulación de indicadores relacionados con la igualdad y la no violencia que se desarrolló en colaboración con el ISDEMU (ente rector de las políticas de igualdad y vida libre de violencia para las mujeres); así como el aporte que desde diferentes unidades del MINSAL se brindó a la *propuesta de Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva de las Personas* para avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Fortalecimiento institucional

Formación del personal del MINSAL en el enfoque de género y salud

Con la finalidad de avanzar en la transversalización del enfoque de género y en la prevención de la violencia de género en el MINSAL, con el apoyo de Médicos del Mundo, se realizó el curso de «Planificación con enfoque de género y derechos humanos», en el que se formó a 26 personas (23 mujeres y 3 hombres) del nivel central y de las distintas oficinas regiones. El propósito de este curso fue incorporar conocimientos sobre género y planificación en el quehacer de las instancias de trabajo de los participantes.

También se realizó una revisión de indicadores relacionados con salud integral de las mujeres, violencia de género y derechos sexuales y reproductivos. Para el desarrollo de los temas se contó con diferentes unidades del MINSAL, así como del ISDEMU, del CONNA, del Ministerio de Justicia y Seguridad, de la PDDHH y con asesoría de consultoría especializada en planificación.

La Unidad de Género, con apoyo de Save the Children, desarrolló el curso «Género, masculinidades y salud» en la Región Occidental de Salud. Este curso tiene la finalidad de dotar al personal participante de las herramientas conceptuales y analíticas necesarias para incorporar una visión de género en la atención en salud. El abordaje de la masculinidad implica la comprensión de que una masculinidad de los hombres, basada en la discriminación de las mujeres, el dominio y la violencia abona a las inequidades basadas en género, por eso el MINSAL organiza esta reflexión como una necesidad para arribar a la igualdad de género en el acceso a la salud. Así se han desarrollado jornadas de formación a unas 300 personas en género y salud.

El curso se desarrolló con la participación activa de personal de UCSF de Sonsonate, Nahuizalco, Guaymango, Arenales, Ataco, Izalco, Ahuachapán, Cara Sucia, Los Naranjos, Jujutla, Tacuba, así como del SIBASI de Sonsonate, y

del Hospital de Sonsonate haciendo un total de 26 recursos: 17 mujeres y 9 hombres. El curso se llevó a cabo en cinco jornadas de trabajo desde el mes de octubre hasta diciembre del 2016.

Avances en la normativa institucional con enfoque de género

En relación a los avances de la transversalización o incorporación del enfoque de género en la normativa del MINSAL, se cuenta con un *Plan de Acción que operativiza la Política de Igualdad y Equidad de Género en Salud 2017-2021*, la cual cuenta con 10 estrategias y 8 objetivos, 4 de ellos dirigidos al SNS y 4 dirigidos a la atención de las y los usuarios del SNS y la sociedad civil.

Se ha formulado la normativa interna para las unidades especializadas que atienden a mujeres, niñas y adolescentes. En esta normativa se enfatiza la calidad de atención para con las usuarias.

Se han elaborado junto a ISDEMU indicadores quinquenales 2017-2021 basados en los Planes de Igualdad y Vida Libre de Violencia. Estos indicadores se retomarán en los planes operativos de diversas unidades y direcciones del MINSAL en el presente año.

Coordinación Interinstitucional

Con participación de MINED, ISDEMU y más de cinco unidades y direcciones del MINSAL, se formuló y se presentó ante la Asamblea Legislativa, la propuesta de *Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva*, promovida por diputadas del FMLN. Esta propuesta de ley es necesaria para que el Estado (a través del MINSAL como ente rector) garantice el acceso a salud sexual y salud reproductiva de las personas y a la educación integral en sexualidad. El papel del MINSAL cobra relevancia en esta propuesta de ley ya que, como lo expresa el artículo 26 de la *Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra la Mujer*, es esta instancia la que debe garantizar la protección de los derechos mencionados.

La Unidad de Género participó en el encuentro internacional sobre «Prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas en América Latina y el Caribe», celebrado en Panamá del 5 al 7 de diciembre y organizado por OPS, FNUAP, ONU Mujeres y la Iniciativa para la Investigación en Violencia Sexual (SVIR). En este encuentro se abordó, desde un enfoque multidisciplinario e intersectorial, el problema de la violencia contra mujeres, niñas y adolescentes en la región, así como las estrategias para enfrentarla desde lo social, político, económico y cultural

Actividades conmemorativas del Día Nacional e Internacional de la No Violencia contra las Mujeres y el Día Nacional e Internacional de las Mujeres

Durante las celebraciones del Día Nacional e Internacional de la No Violencia contra las Mujeres se reconoció públicamente como «Campeones y campeonas en la lucha contra la discriminación y la no violencia hacia las mujeres» a 5 unidades y direcciones del MINSAL: Unidad de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia, Programa Nacional de ITS y VIH, Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, Unidad de Atención Integral en Salud a Adolescentes, Unidad de Género, y a seis organizaciones sociales: ORMUSA, Las Dignas, Las Mélicas, ASPIDH Arcoíris, Colectiva Feminista para el Desarrollo Local y Save the Children.

El 8 de marzo, Día Nacional e Internacional de las Mujeres, y en conmemoración del 25 Aniversario de los Acuerdos de Paz, se desarrolló el foro «Mujeres Constructoras de la Paz», que fue presidido por la señora ministra de Salud, doctora Elvia Violeta Menjívar, y en el que participaron además representantes de la Asamblea Legislativa, del Foro Nacional de la Salud, de la Concertación Feminista Prudencia Ayala, de la Unidad de Género de la UES y de la Unidad de la Mujer del MINSAL, quienes recibieron sendos reconocimientos por su aporte a la lucha por la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres. 

Boletín
epidemiológico

<http://geo.salud.gob.sv>

VISITA NUESTRO MAPA INTERACTIVO

CONSTATA:

**Hemos roto la barrera geográfica
para el acceso a los servicios de salud**



TABLA 1. INDICADORES DE SALUD, EL SALVADOR, AÑOS 2012-2016

Descripción del indicador	2012	2013	2014	2015	2016
Indicadores de coberturas de atención					
Cobertura de BCG aplicadas en menores de 1 año	89.7	90.1	84.6	100.0	87.4
Cobertura de antipolio, 3.ª dosis aplicada en menores de 1 año	92.0	89.9	93.0	91.9	95.4
Cobertura de rotavirus, 2.ª dosis aplicada en menores de 1 año	93.4	91.6	96.4	92.6	93.6
Cobertura de pentavalente, 3.ª dosis aplicada en menores de 1 año	92.3	92.0	93.5	91.1	93.9
Cobertura de SPR, 1.ª dosis aplicada a niños de 1 año	93.1	93.6	94.5	95.0	94.6
Cobertura de inscripción en el menor de 1 año	92.5	95.9	98.4	96.1	89
Porcentaje de inscripción infantil antes de los 28 días de nacido	83.0	86.7	88.3	89.3	88.8
Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años	85.3	76.6	84.0	88.1	76.3
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años	99.5	99.8	99.9	99.9	99.9
Cobertura de parto intrahospitalario del Sistema Nacional de Salud	83.5	80.7	91.6	91.1	79.8
Porcentaje de partos atendidos por parteras en mujeres de 10 a 49 años	0.5	0.2	0.1	0.1	0.1
Porcentaje de partos en adolescentes atendidos en la red de establecimientos del Sistema Nacional de Salud (SNS)	23.8	24.3	23.6	22.9	22.5
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	8.3	9.5	8.9	9.4	9.7
Indicadores de mortalidad					
Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes en la red de hospitales del SNS	2.1(a)(g)	2.1(a)(g)	2.2	2.3	2.2
Razón de mortalidad materna (directas e indirectas) x 100 000 nacidos vivos	42.3	38.0	52.6	42.3	27.4
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos (a)(f)	9.3	9.3	11	10.7	11.9
Tasa de mortalidad en menor de 1 año por 1000 nacidos vivos (a)(f)	8.0	8.1	9.7	9.2	9.8
Tasa de mortalidad neonatales (< de 28 días) por 1000 nacidos vivos (a)(f)	5.2	4.8	6.4	5.7	5.6
Tasa de mortalidad neonatal temprana (<8 días) por 1000 nacidos vivos (b)(f)	3.8	3.6	4.9	4.3	4.0
Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 8 a 28 días) por 1000 nacidos vivos (b)(f)	1.4	1.2	1.5	1.4	1.5
Tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos (g)	10.5	8.9	11	10.3	9.9
Tasa de mortalidad fetal general (nacidos muertos) por 1000 nacidos (a)	6.7	5.3	6.2	6.1	5.9
Tasa de mortalidad por sida a nivel hospitalario (b)	4.0	4.2	3.5	3.3	2.8
Otros indicadores					
Tasa de egreso por 1000 habitantes	81.9	81.1	82	81	74.5
Porcentaje de emergencias atendidas	15.4	14.7	16.9	16.9	16.8
Porcentaje de consultas curativas	84.9	84.5	83.1	83.1	83.2
Porcentaje de consultas preventivas	15.1	15.5	18.5	18.4	18.9
Número de casos de coinfección TB-VIH	214	203	203	177	201
Tasa anual de casos de VIH-SIDA por 100 000 habitantes	24.9	22.9	20.0	18.4	17.7
Porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH+) infectados con VIH (e)	7.7	5.1	1.9	1.2	1.4

Fuente: Sistema estadístico del Sistema Nacional de Salud.

- (a) A partir del año 2009 se incluyen datos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en algunos indicadores. Instituciones informantes: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC).
- (b) Datos reportados por la red de establecimientos del MINSAL.
- (c) En noviembre de 2011, un grupo de expertos hizo una revisión de las defunciones registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del periodo comprendido entre 2006 y 2011. Adicionalmente se realizan coordinaciones con la DIGESTYC, a fin de homologar cifras oficiales.
- (d) En el último trimestre de 2011, con apoyo técnico y financiero de la OPS, el MINSAL realizó un estudio de transmisión vertical en el que se revisó la cohorte de 2008 a 2010 de recién nacidos expuestos perinatalmente --hijos de madres VIH (+)-- para estimar el porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH.
- (e) Para el cálculo de la mortalidad infantil y en menores de 1 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.
- (f) 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 una revisión histórica desde 2009 en la construcción de la tasa neonatal temprana y tardía.
- (g) Se hizo revisión histórica con el denominador y el indicador por 1000 habitantes.
- Fuente de datos Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Para los años 2011 y 2012 se hizo revisión de datos.
- (*) Todas las tasas se calcularon utilizando población estimada por DIGESTYC.

TABLA 2. COBERTURA DE VACUNACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EL SALVADOR, ENERO - DICIEMBRE DE 2016

Edad	Tipo de vacuna	Dosis aplicadas					Cobertura %
		Instituciones				Total	
		MIN-SAL**	ISSS	COSAM	Otros***		
menor de 1 año de edad	BCG	76 462	21 150	118	0	97 730	87.4
	Antipolio 3.ª dosis	88 236	18 084	139	157	106 616	95.4
	Rotavirus 2.ª dosis	85 636	18 725	143	156	104 660	93.6
	Pentavalente 3.ª dosis	87 194	17 455	152	158	104 959	93.9
De 1 año de edad	SPR	88 706	16 604	151	163	105 624	94.6
Totales		426 234	92 018	703	634	519 589	
Porcentajes institucionales en aplicación de dosis		82.03	17.71	0.14	0.12	100.00	

*Población menor de 1 año: 111 759

*Población de 1 año 111 697

Fuente:

- Sistema Nacional de Registro de Vacunas.

* DIGESTYC, Estimaciones y proyecciones de población nacional 2005-2050 (revisión 2014).

** Incluye: vacunas de FOSALUD

*** Incluye: ONG.

Notas:

- Se han excluido las dosis aplicadas a extranjeros por parte del MINSAL y FOSALUD.

- Para el año 2015 no informaron: sector privado, Dirección de Centro Penales, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), alcaldías, Policía Nacional Civil (PNC) y comunidad.

TABLA 3. NÚMERO DE MUERTES REGISTRADAS EN HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EL SALVADOR, 2012-2016

Muertes, nacidos vivos y nacidos muertos *	Países	Años				
		2012	2013	2014	2015	2016
	Países	Ministerio de Salud + FOSALUD				
Muertes maternas nacional**		53	48	60	48	31
Muertes maternas (MINSAL)***		29	30	39	41	18
Muertes totales	El Salvador	10 024	10 466	11 127	11 733	11 293
Menores de 5 años	"	1041	1178	1162	1343	1050
Menor de 1 año	"	911	1025	1011	1166	897
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)	"	351	419	367	412	379
Neonatales (<= de 28 días)	"	560	606	644	754	518
Neonatal tardía (de 8 a 28 días)	"	135	153	153	186	137
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	"	425	453	491	568	381
Perinatal (nacido muerto + (muertos de 0 a 7 días))	"	1161	1032	1094	1144	913
Fetal general (nacidos muertos)	"	736	579	603	576	532
Nacidos vivos	"	82 546	82 476	83 656	82 807	73 411
		Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)				
Muertes maternas (directas e indirectas)***		3	5	8	3	4
Muertes totales		2662	2728	2935	3198	3104
Menores de 5 años		93	0	90	0	80
Menor de 1 año		93	0	90	0	80
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)		-	-	6	0	8
Neonatales (<= de 28 días)		93	0	84	0	72
Neonatal tardía (de 8 a 28 días)		44	0	22	0	18
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)		49	0	62	0	54
Perinatal (nacido muerto + (muertos de 0 a 7 días))		152	90	163	113	181
Fetal general (nacidos muertos)		103	90	101	113	127
Nacidos vivos		22 063	21 993	21 854	22 259	21 180
		Comando de Sanidad Militar (COSAM)				
Muertes maternas (directas e indirectas)***		0	0	1	0	0
Muertes totales		169	12	213	241	224
Menores de 5 años		0	2	2	0	1
Menor de 1 año		0	2	1	1	1
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)		0	0	0	1	0
Neonatales (<= de 28 días)		0	2	1	0	1
Neonatal tardía (de 8 a 28 días)		0	0	0	0	0
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)		0	2	1	0	1
Perinatal (nacido muerto + (muertos de 0 a 7 días))		1	2	1	0	1
Fetal general (nacidos muertos)		1	0	0	0	0
Nacidos vivos		168	156	171	166	148

Fuente: Sistemas Estadísticos Institucionales.

*Incluye: muertes, nacidos muertos y nacidos vivos extranjeros

**Muertes del MINSAL tomados de hospitales + UCSF

***Muertes maternas directas e indirectas (año 2012 al 2014 para el cálculo de la razón se incluye envenenamiento)

***Muertes maternas directas e indirectas (año 2015 y 2016 para el cálculo de la razón no se incluye envenenamiento)

TABLA 4. NÚMERO DE MUERTES REGISTRADAS EN LOS HOSPITALES NACIONALES, EL SALVADOR, AÑO 2012-2016

Muertes, nacidos vivos y nacidos muertos*	Años				
	2012	2013	2014	2015	2016
Muertes maternas nacional**	53	48	60	48	31
Muertes maternas (directas e indirectas)***	43	40	52	48	31
Muertes totales	12 855	13 206	14 275	15 172	14 653
Menor de 5 años	1 136	1 181	1 254	1 343	1 341
Menor de 1 año	1 006	1 028	1 102	1 167	1 107
Posneonatales (>28 días a <1 año)	351	419	373	413	478
Neonatales (< de 28 días)	655	609	729	754	629
Neonatal tardía (de 8 a 28 días)	179	153	175	186	171
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	476	456	554	568	458
Perinatales (nacidos muertos + neonatal temprana)	1 320	1 125	1 258	1 257	1 122
Fetal general (nacidos muertos)	844	669	704	689	664
Nacidos vivos	105 518	104 766	105 681	105 232	94 739
Neonatal tardía (de 8 días a 28 días)	1.4	1.2	1.5	1.4	1.5
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	3.8	3.6	4.9	4.3	4.0
Posneonatales (> de 28 días <1 años)	2.8	3.3	3.3	3.5	4.2
Mortalidad perinatal	10.5	8.9	11.0	10.3	9.9
Nacimientos vivos proyectados					
Nacidos vivos proyectados	125 284	126 330	114 003	113 590	113 100
% de nacidos vivos atendidos en hospitales del SNS	84.2	82.9	92.7	92.6	83.8
Total nacidos vivos proyectados + nacidos muertos	126 128	126 999	114 707	114 449	113 773

Fuente: Sistemas Estadísticos Institucionales.
 Para 2012-2013, nacidos vivos proyectados, DIGESTYC.
 Para 2014-2016, Proyección de Nacimientos por Departamentos, revisión 2014, DIGESTYC.
 *Incluye: Muertes, Nacidos muertos y Nacidos vivos extranjeros
 **Muertes del MINSAL tomados de hospitales + UCSF
 **Muertes maternas (año 2012 al 2014 para el calculo de la razón se incluye envenenamiento)
 ***Muertes maternas (año 2015 y 2016 para el calculo de la razón no se incluye envenenamiento)

TABLA 5. Número de muertes y tasas de mortalidad en menores de 5 años registradas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2012-2016

Años	Menor de 1 año		Fetal general (nacidos muertos)		Neonatal temprana (0 a 7 días)		Perinatal		Neonatal tardía (de 8 días a 28 días)		Neonatales (<de 28 días)		Posneonatales (> de 28 días <1 años)		Menores de 5 años		Total de nacidos vivos (proyectados)
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	
2012	1006	8.0	844	6.7	476	0.0	1320	10.5	179	2.8	655	5.2	351	2.8	1136	9.1	125 284
2013	1028	8.1	669	5.3	456	0.0	1125	8.9	153	3.3	609	4.8	419	3.3	1181	9.3	126 330
2014	1102	9.7	704	6.2	554	4.9	1258	11	175	3.3	729	6.4	373	3.3	1254	11.0	114 003
2015	1167	10.2	689	6.1	568	5.0	1257	11.1	186	1.4	754	6.6	412	3.5	1343	11.8	113 590
2016	1107	9.8	664	5.9	458	4.0	1,122	9.9	171	1.5	629	5.6	478	4.2	1341	11.9	113 100

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales.
 Notas: Para 2012-2013, nacidos vivos proyectados, DIGESTYC.
 Para 2014-2016, Proyección de Nacimientos por Departamentos, DIGESTYC (revisión 2014)

TABLA 6. ATENCIONES BRINDADAS POR NIVELES EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD

Tipo	Países	Primer Nivel de Atención				
		2012	2013	2014	2015	2016
Cirugías menores	El Salvador + extranjeros	49 314	35 710	47 010	43 409	41 333
Consultas curativas	“	7 723 213	7 284 325	7 536 446	7 049 404	6 609 249
Consultas ambulatorias*	“	7 693 448	7 244 394	7 483 677	6 995 983	6 552 626
Consultas de emergencias	“	29 765	39 931	52 769	53 421	56 623
Consultas preventivas	“	2 443 413	2 635 754	2 953 343	2 963 990	2 862 474
		Segundo Nivel de Atención				
Cirugías menores	“	120 556	141 213	149 643	151 992	138 328
Cirugías mayores	“	86 019	90 249	83 488	86 120	87 660
Total consultas curativas	“	2 470 252	2 335 646	2 306 696	2 285 715	2 206 939
Consultas ambulatorias*	“	1 539 196	1 457 962	1 433 450	1 438 314	1 415 840
Consultas de emergencias	“	931 056	877 684	873 246	847 401	791 099
Consultas preventivas	“	79 715	74 548	80 168	88 691	86 626
		Tercer Nivel de Atención				
Cirugías menores	“	21 661	40 716	35 991	37 422	31 718
Cirugías mayores	“	27 916	31 462	28 991	29 817	32 140
Total consultas curativas	“	569 220	551 370	561 481	569 087	570 624
Consultas ambulatorias*	“	481 564	459 176	473 164	474 097	485 166
Consultas de emergencias	“	87 656	92 194	88 317	94 990	85 458
Consultas preventivas	“	4765	8200	11 900	9218	9 236

Fuente: Sistema de Producción de Servicios (SEPS) y Sistemas de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW.

*Incluye consulta extramural.

TABLA 7. TOTAL DE ATENCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS DADAS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Descripción	Países	Años				
		2012	2013	2014	2015	2016
		Ministerio de Salud + FOSALUD				
Total consultas curativas y atenciones preventivas	El Salvador + extranjeros	13 290 578	12 889 843	13 450 020	12 966 105	12 345 148
Atenciones preventivas	"	2 527 893	2 718 502	3 045 411	3 061 899	2 958 336
Consultas curativas (externas + emergencia)	"	10 762 685	10 171 341	10 404 609	9 904 206	9 386 812
Consulta ambulatoria	"	9 714 208	9 161 532	9 390 277	8 908 394	8 453 632
Emergencia	"	1 048 477	1 009 809	1 014 332	995 812	933 180
Porcentaje de consultas de emergencia	"	9.7	9.9	9.7	10.1	9.9
		Instituto Salvadoreño del Seguro Social				
Total consultas curativas y atenciones preventivas		5 896 358	7 334 713	6 048 264	6 655 326	6 147 182
Atenciones preventivas		463 181	454 585	439 751	586 738	579 261
Consultas curativas (general + emergencia)		5 433 177	6 880 128	5 608 513	6 068 588	5 989 186
Consulta ambulatoria/general		3 925 523	5 389 735	3 929 809	4 371 895	4 348 631
Emergencia		1 507 654	1 490 393	1 678 704	1 696 693	1 640 555
Porcentaje de consultas de emergencia		38.4	27.7	29.9	28.0	27.4
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso		8.3	9.5	7.7	8.4	9.2
		Comando de Sanidad Militar (COSAM)				
Total consultas curativas y atenciones preventivas		169 205	268 984	414 654	209 979	197 846
Atenciones preventivas			2 070	208 269	825	1 787
Consultas curativas (general + emergencia)		169 205	266 914	206 385	209 154	196 059
Consulta ambulatoria/general		120 308	219 247	152 635	156 070	151 513
Emergencia		48 897	47 667	53 750	53 084	44 546
Porcentaje de consultas de emergencia		28.9	17.9	26.0	25.4	22.7
		Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)				
Total consultas curativas y atenciones preventivas		562 532	0	0	0	0
Atenciones preventivas		9 681		0	0	0
Consultas curativas (general + emergencia)		552 851	0	0	0	0
Consulta ambulatoria/general		551 807		0	0	0
Emergencia		1 044		0	0	0
Porcentaje de consultas de emergencia		0.2		0	0	0
Total		552 851	0	0	0	0

		Policía Nacional Civil (PNC)				
Total consultas curativas y atenciones preventivas		0	0	0	0	0
Atenciones preventivas				0	0	0
Consultas curativas (general + emergencia)				0	0	0
Consulta ambulatoria/general				0	0	0
Emergencia				0	0	0
Porcentaje de consultas de emergencia				0	0	0
Total		nd	nd	nd	nd	0
		Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)				
Total consultas curativas y atenciones preventivas		0	0	0	0	0
Atenciones preventivas				0	0	0
Consultas curativas (general + emergencia)				0	0	0
Consulta ambulatoria/general				0	0	0
Emergencia				0	0	0
Porcentaje de consultas de emergencia				0	0	0
Total		nd	nd	nd	nd	0
Total consultas curativas y atenciones preventivas		0	0		20 644	22 448
Atenciones preventivas					0	0
Consulta ambulatoria					20 644	22 448
Consulta general					20 644	22 448
Emergencia					0	0
Porcentaje de consultas de emergencia					0	0
Total					20 644	22 448

Fuente: Sistema de Producción de Servicios (SEPS) y Sistemas de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW.
 Incluye consulta extramural.
 nd: Dato no disponible

TABLA 8. EGRESOS HOSPITALARIOS REGISTRADOS EN LA RED DE HOSPITALES NACIONALES, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, AÑO 2012-2016

Descripción	Países	2012	2013	2014	2015	2016
		Ministerio de Salud (MINSAL)				
Total de egresos	El Salvador + extranjeros	399 636	403 181	394 766	414 225	378 556
Promedio de estancia	"	4.3	4.3	4.6	4.6	5.0
Promedio de ocupación	"	85.1	98.1	97.1	86.1	94.2
Intervenciones quirúrgicas mayores	"	113 935	121 711	112 479	115 937	119 800
Porcentaje de egresos atendidos institucionalmente por 1000 habitantes	"	63.9	63.7	61.7	64.1	58.1
Porcentaje de egresos atendidos institucionalmente por 1000 habitantes (población total menos el 15 %)	"	74.8	74.8	72.6	75.4	68.3
Población total país (total país - 15 %)	"	5 346 253	5 392 459	5 441 054	5 491 230	5 542 574
Población total país	"	6 251 500	6 328 198	6 401 240	6 460 271	6 520 675
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)						
Total de egresos		102 109	103 385	124 092	101 031	100 299
Intervenciones quirúrgicas mayores		47 628	47 163	46 014	45 610	45 877
Comando de Sanidad Militar (COSAM)						
Total de egresos		6 825	6 671	6 426	6 501	6 690
Intervenciones quirúrgicas mayores		1 442	1 747	1 525	1 726	1 474
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)						
Total de egresos		3 421	0	0	0	0
Intervenciones quirúrgicas mayores		1 920	0	0	0	0
Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)						
Total de egresos					3 123	137
Intervenciones quirúrgicas mayores						0

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

TABLA 9. ATENCIONES INFANTILES DADAS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EL SALVADOR AÑO 2012-2016

Descripción	Países	2012	2013	2014	2015	2016
		Ministerio de Salud + FOSALUD				
Total de atenciones infantiles	El Salvador + extranjeros	475 410	478 613	499 221	479 260	472 354
Total de inscripciones menor de 1 año	“	86 186	85 718	87 906	84 703	76 373
Total de inscripciones menor de 28 días	“	75 154	77 705	81 478	79 213	71 770
Porcentajes de inscripción precoz	“	87.2	90.7	92.7	93.5	94.0
Total controles subsecuentes	“	389 224	392 895	411 315	394 557	395 987
Total controles subsecuentes (médico + enfermera)		389 224	392 690	411 004	393 963	395 621
Porcentajes de inscripción institucional	“	82.5	82.0	82.4	82.3	83.8
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)						
Total de atenciones infantiles		91 431	157 292	155 295	313 081	315 220
Total de inscripciones menor de 1 año		23 255	27 279	22 676	22 924	22 950
Total de inscripciones menor de 30 días		16 151	20 350	16 346	17 022	16 459
Porcentajes de inscripción precoz		69.5	74.6	72.1	74.3	71.7
Total controles subsecuentes		68 176	130 013	132 619	290 157	292 270
Porcentaje de inscripción institucional		22.3	26.1	20.5	21.3	23.1
Comando de Sanidad Militar (COSAM)						
Total de atenciones infantiles		276	359	244	691	855
Total de inscripciones menor de 1 año		45	63	165	189	166
Total de inscripciones menor de 28 días		20	18	7	0	140
Porcentajes de inscripción precoz		44.4	28.6	4.2	0.0	84.3
Total controles subsecuentes		231	296	70	691	689
Porcentajes de inscripción institucional		0.0	0.1	0.1	0.2	0.17
Instituto de Salud de Bienestar magisterial (ISBM)						
Total de atenciones infantiles		1382	0	0	0	0
Total de inscripciones menor de 1 año		551	0	0	0	0
Total de inscripciones menor de 28 días		0	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz		0	0	0	0	0
Total controles subsecuentes		831	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción institucional		0.5	0.0	0	0	0
Policía Nacional Civil (PNC)						
Total de atenciones infantiles				0	0	0
Total de inscripciones menor de 1 año				0	0	0
Total de inscripciones menor de 28 días				0	0	0
Total controles subsecuentes				0	0	0
Porcentaje de inscripción institucional				0	0	0

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales, Sistemas de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW.

(a) Para el ISSS, manejan inscripciones a los 30 días de nacidos.

TABLA 10. ATENCIONES MATERNAS BRINDADAS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD, EL SALVADOR AÑO 2012-2016

Descripción	Años						
			2012	2013	2014	2015	2016
	Contiene	Países	Ministerio de Salud + FOSALUD				
Total de atenciones maternas	(Inscripción+controles Prenatales+puerperales)	(El Salvador + extranjeros)	562 773	583 824	597 824	610 379	534 751
Total de inscripciones de 10 a 49 años		(El Salvador + extranjeros)	82 960	78 761	78 741	82 691	71 524
Total de inscripciones antes de 12 semanas		(El Salvador + extranjeros)	55 410	49 263	48 347	47 849	47 219
Porcentaje de inscripción precoz		(El Salvador + extranjeros)	66.8	62.5	61.4	57.9	66.0
Controles prenatales		(El Salvador + extranjeros)	387 777	399 672	399 966	404 475	345 947
Controles prenatales (médico + enfermera)		(El Salvador + extranjeros)	387 777	397 711	396 749	400 617	341 587
Controles puerperales (médico + enfermera + nutricionista)		(El Salvador + extranjeros)	92 036	105 391	119 117	123 213	117 280
Controles puerperales (médico + enfermera) (total)	Puerperales + precoz + tardío	(El Salvador + extranjeros)	92 035	105 325	118 962	123 077	117 197
Controles puerperales (médico + enfermera)	Sin precoz ni tardío	(El Salvador + extranjeros)	--	68 173	46 187	45 922	45 378
Controles puerperales (médico + enfermera)	Precoz	(El Salvador + extranjeros)	--	37 147	50 291	51 213	48 232
Controles puerperales (médico + enfermera)	tardío	(El Salvador + extranjeros)	--	5	22 484	25 942	23 587
Porcentaje de inscripción institucional		(El Salvador + extranjeros)	82.3	78.2	77.2	77.4	75.4
Porcentaje de inscripción institucional (corregido)			75.4	76.7	77.2	77.4	75.4
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años (a)		(El Salvador + extranjeros)	174 077	180 145	178 661	176 943	153 655
Total de inscripciones de 10 a 19 años (médico + enferm.)		(El Salvador + extranjeros)	26 549	24 912	24 709	25 021	21 467
Total de inscripciones antes de 12 semanas (médico+enf.)		(El Salvador + extranjeros)	17 548	15 286	14 776	15 603	13 864
Porcentaje de inscripción precoz		(El Salvador + extranjeros)	66.1	61.4	59.8	62.4	64.6
Controles prenatales		(El Salvador + extranjeros)	121 749	125 747	120 645	117 987	99 877
Controles prenatales (médico + enfermera)		(El Salvador + extranjeros)	121 744	124 604	120 645	117 987	99 877
Controles puerperales (médico +enfermera+nutricionista)		(El Salvador + extranjeros)	25 779	29 486	31 854	32 457	30 707
Controles puerperales (médico+enfermera) total	Puerperales + precoz + tardío	(El Salvador + extranjeros)	25 779	29 454	31 805	32 406	30 679

Controles puerperales (médico + enfermera)	Sin precoz ni tardía	(El Salvador + extranjeros)	--	19 258	12 517	12 055	11 880
Controles puerperales (médico + enfermera)	Precoz	(El Salvador + extranjeros)	--	10 194	13 309	13 476	12 684
Controles puerperales (médico + enfermera)	tardío	(El Salvador + extranjeros)	--	2	5979	6875	6115
Porcentaje de inscripción de embarazo en adolescente			32.0	31.6	31.4	30.3	30.0

		Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)					
Total de atenciones maternas			154 708	151 694	132 863	137 111	131 875
Total de inscripciones de 10 a 49 años			24 070	23 918	23 133	24 133	23 242
Total de inscripciones antes de 12 semanas			15 845	15 925	15 492	16 749	15 662
Porcentaje de inscripción precoz			65.8	66.6	67.0	69.4	67.4
Controles prenatales			119 601	115 683	109 730	112 978	108 633
Controles puerperales			11 037	12 093	14 143	16 345	18 280
Porcentaje de inscripción institucional			23.9	23.7	22.7	22.6	24.5
Porcentaje de inscripción institucional (corregido)			21.9	23.3	22.7	22.6	24.5
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)					0	0	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años			0	0	0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas			0	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz			0	0	0	0	0
Controles prenatales			0	0	0	0	0
Controles puerperales			0	0	0	0	0
		Comando de Sanidad Militar (COSAM)					
Total de atenciones maternas			945	691	1012	1031	882
Total de inscripciones de 10 a 49 años			62	35	65	60	83
Total de inscripciones antes de 12 semanas			42	29	26	12	39
Porcentaje de inscripción precoz			67.7	82.9	40.0	20.0	47.0
Controles prenatales			801	597	897	822	799
Controles puerperales			82	59	50	138	179
Porcentaje de inscripción institucional			0.9	0.7	0.06	0.06	0.09
Porcentaje de inscripción institucional (corregido)			0.06	0.03	0.06	0.02	0.09

Total de atenciones maternas de 10 a 19 años (a)				6	2	0	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años			1	2	1	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas			0	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz			0.0	0.0	0	0	0
Controles prenatales			0	4	0	0	0
Controles puerperales			0	0	1	0	0

			Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)				
Total de atenciones maternas			9,663	0	0	0	0
Total de inscripciones de 10 a 49 años			2,938	0	0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas			841	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz			28.6	0.0	0	0	0
Controles prenatales			4,665	0	0	0	0
Controles puerperales			2,060	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción institucional			9.8	0.0	0	0	0
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)					0	0	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años			0	0	0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas			0	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz			0	0	0	0	0
Controles prenatales			0	0	0	0	0
Controles puerperales			0	0	0	0	0
Total de inscripciones menor de 1 año			0	0	0	0	0
Total de inscripciones menor de 28 días			0	0	0	0	0
Porcentajes de inscripción precoz			0	0	0	0	0
Total controles subsecuentes			0	0	0	0	0
			Policía Nacional Civil (PNC)				
Total de atenciones maternas					0	0	0
Total de inscripciones de 10 a 49 años					0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas					0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz					0	0	0

Controles prenatales					0	0	0
Controles puerperales					0	0	0
Porcentaje de inscripción institucional			0.0	0.0	0	0	0
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años (a)					0	0	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años					0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas					0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz					0	0	0
Controles prenatales					0	0	0
Controles puerperales					0	0	0

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales, Sistema de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW

<http://geo.salud.gob.sv>

VISITA NUESTRO MAPA INTERACTIVO

CONSTATA:

**Hemos roto la barrera geográfica
para el acceso a los servicios de salud**



TABLA 11. PARTOS ATENDIDOS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, EL SALVADOR AÑO 2012-2016

Descripción	Países					
		2012	2013	2014	2015	2016
		Ministerio de Salud + FOSALUD				
Total de partos atendidos por personal calificado	El Salvador + extranjeros	82 586	80 746	83 213	82 299	72 946
Partos por cesárea	"	23 283	22 740	23 286	24 095	22 049
Porcentaje de partos por cesárea	"	28	28	28	29	30
Partos atendidos en adolescentes	"	24 190	24 073	23 909	23 096	20 337
Porcentaje de partos en adolescentes	"	29	30	29	28	28
Total de nacimientos institucionales (a)	"	83 282	83 055	84 259	83 383	73 952
Nacidos vivos	"	82 546	82 476	83 656	82 807	73 411
Nacidos muertos	"	736	579	603	576	541
Nacidos vivos con bajo peso	"	7160	7823	7738	8044	7065
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso	"	8.7	9.4	9.2	9.6	9.6
Partos por partera	"	482	174	88	75	84
Partos comunitarios						228
		Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)				
Total de partos atendidos por personal calificado		21 976	21 978	21 838	22 170	21 122
Partos por Cesárea		7630	7763	6909	7209	7509
Porcentaje de partos por cesárea		35	35	32	33	36
Partos atendidos en adolescentes		873	927	893	894	884
Porcentaje de partos en adolescentes		4.0	4.2	4.1	4.0	4.2
Total de nacimientos institucionales		22 166	22 083	22 039	22 372	21 310
Nacidos vivos		22 063	21 993	21 938	22 259	21 180
Nacidos muertos		103	90	101	113	130
Nacidos vivos con bajo peso		1 561	1 927	1 697	1 863	2 123
Porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso		7.1	8.8	7.7	8.4	0.5
		Comando de Sanidad Militar (COSAM)				
Total de partos atendidos por personal calificado		184	156	171	161	146
Partos por cesárea		135	114	133	126	99
Porcentaje de parto por cesárea		73.4	73.1	77.8	78.3	67.8
Partos atendidos en adolescentes		4	2	0	0	0
Porcentaje de parto en adolescentes		2.2	1.3	0.0	0.0	0.0
Total de nacimientos institucionales		187	156	169	166	150
Nacidos vivos		168	156	171	166	148
Nacidos muertos		1	0	0	0	2
Nacidos vivos con bajo peso		7	11	10	12	17
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso		4.2	7.1	5.8	7.2	11.3

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales, Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)

nd: No se dispone de estos datos

TABLA 12. DESCRIPCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES PARA EL INFORME DE LABORES

Descripción del indicador	Descripción	Fuente de numerador	Ruta
Indicadores de cobertura de atención			
<p>Cobertura de BCG aplicadas en menores de 1 año.</p> <p>Cobertura de antipolio, 3.ª dosis aplicada en menores de 1 año.</p> <p>Cobertura de Rotavirus, 2.ª dosis aplicada en menores de 1 año.</p> <p>Cobertura de SPR, 1.ª dosis aplicada a niños de 1 año</p>	<p>Número de dosis aplicadas total país según procedencia entre población menor de 1 año según DIGESTYC multiplicado por 100</p> <p>Número de dosis aplicadas total país entre población de 1 año según DIGESTYC multiplicado por 100</p>	Módulo de vacunas	Reportes: enero a diciembre (coberturas del 2015 y población de 2015 el tabulador A)
Cobertura de inscripción en el menor de 1 año	Total de inscripciones infantiles en menor de 1 año entre población menor de 1 año según DIGESTYC multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	<p>Atención ambulatoria - Consultas - Atención preventiva--Atención infantil (reporte consolidado en menor de 1 año)</p> <p>Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS</p>
Porcentaje de inscripción infantil temprana de 0 a antes de los 8 días de nacido	Inscripción en menor de 8 días entre inscripciones menor de 1 año multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	<p>Atención ambulatoria - Consultas - Atención preventiva--Atención infantil (reporte consolidado de menor de 8 días y menor de 1 año)</p> <p>Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS</p>

Descripción del indicador	Descripción	Fuente de numerador	Ruta
Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años	Inscripciones maternas de 10 a 49 años entre embarazadas esperadas según DIGESTYC multiplicada por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	<p>Atención ambulatoria: Consultas: Atención preventiva-- Atención materna (reporte total de inscripciones + controles)</p> <p>Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS</p>

Cobertura de control posnatal de 10 a 49 años	Control puerperales maternas de 10 a 49 años entrepartos esperados según DIGESTYC multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención ambulatoria: Consultas: Atención preventiva-- Atención materna (reporte total de inscripciones + controles) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Cobertura de parto intrahospitalario del sistema nacional	Partos intrahospitalarios maternas de 10 a 49 años entre partos esperados según DIGESTYC multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención ambulatoria: Consultas: Atención preventiva-- Atención materna (reporte total de inscripciones + controles) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años	Total de partos atendidos por personal capacitado entre partos atendidos por personal capacitados + partera multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW) Sistema de producción de servicios SEPS	Atención hospitalaria--Consultas--Reporte--verifico parto (por fecha de parto) + partos extrahospitalarios (reporte de nacidos vivos MINSAL: variable local del parto intrahospitalario). Tabulador partera capacitada (SEPS) Sumandole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de partos en adolescentes atendidos en la red de establecimientos del SNS	Total de partos atendidos por 10 a 19 años entre partos atendidos por personal capacitados Multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Reporte verifico parto (por fecha de parto) + Módulo de estadísticas vitales--Nacidos vivos MINSAL (partos extrahospitalarios (No hospitalares) de 10 a 19 años). Sumandole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de nacidos vivos institucionales con bajo peso	Total de niños nacidos institucionales con bajo peso entre total de nacidos vivos institucionales multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Módulo de estadísticas vitales--reporte Nacidos vivos menos de 2500 gr. Y nacidos vivos MINSAL (Departamento --- municipios) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

Indicadores de mortalidad			
Tasa de mortalidad general en la red de hospitales del SNS	Total de muertes ocurridas todas las causas entre Población total país de según DIGESTYC multiplicado por 100 000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria-- Consultas más frecuentes por sexo---Lista internacional de mortalidad---total país--- todas las edades sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Razón de mortalidad materna(directa e indirectas) por 100,000 nacidos vivos	Total de muertes maternas (directas e indirectas) entre nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 100 000 nacidos vivos	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Módulo de estadísticas vitales--Defunciones--reporte -- exporta excel
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1,000 nacidos vivos	Total de muertes en menores de 5 años entre nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad menor de 5 años sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad en menor de 1 año por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menores de 1 años entre nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad menor de 1 año Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

Tasa de mortalidad Neonatal (menor de 28 días) por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menores de 28 días entre Nacidos vivos según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad menor de 28 días (Es la suma de neonatal temprana y tardía) sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad neonatal temprana (0 a 7 días) por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menor de 0 a 7 días entre Nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad de 0 a 7 días sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 8 a 28 días) por 1,000 nacidos vivos	Total de muertes de 8 a 28 días por 1000 nacidos vivos según DIGESTYC entre nacidos vivos según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de morbi-mortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad de 8 a 28 días sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

Tasa de mortalidad perinatal general por 1000 nacidos vivos	Total de muertes fetales + de 0 a 7 días entre nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--nacidos muertos + Edad de 0 a 7 días --reporte (departamento--municipios) sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad fetal general (nacidos muertos) por 1000 nacidos vivos	Total de muertes fetales entre nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones-- nacidos muertos--reporte (departamento--municipios) sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad por sida a nivel hospitalario	Total de muertes por sida Entre población según DIGESTYC multiplicado por 100 000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Más--Exporta excel-- otro grupo ---VIH-sida

Otros indicadores			
Tasa de egreso por 1000 habitantes	Total de egresos hospitalarios entre total de población país según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Más--Resumen Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de emergencias atendidas	Total de consultas de emergencias atendidas entre total de consultas curativas multiplicado por 100	Sistema de morbi-mortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención ambulatoria--Consultas--Atención curativa--Resumen--Servicio de emergencia Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de consulta curativa	Total de consultas de curativas (ambulatoria+emergencia) entre total de consultas curativas + preventivas multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención ambulatoria--Consultas--Atención curativa--Resumen Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de consulta preventiva	Total de consultas preventivas entre total de consultas curativas + preventivas multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)	Atención ambulatoria--Consultas--Atención curativa--Resumen Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Número de casos de coinfección TB-VIH		Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)	SUMEVE

Tasa anual de casos de VIH-SIDA por 100,000 habitantes	Total de casos nuevos anuales VIH-sida entre total de población país según DIGESTYC multiplicado por 100 000	Sistema único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA(SUMEVE)	Diagnóstico -- Estadísticas--Total de casos del año
Porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH	Total de recién nacidos infectados con VIH entre Número de niños expuestos de madres con VIH multiplicado por 100		CV/CD4--consultas--Diagnóstico de seguimiento--año

<http://geo.salud.gob.sv>

VISITA NUESTRO MAPA INTERACTIVO

CONSTATA:

**Hemos roto la barrera geográfica
para el acceso a los servicios de salud**



Impreso y encuadernado en
talleres de Imprenta la Tarjeta,
San Salvador, El Salvador
América Central,
julio de 2017

3500 ejemplares

En los tres años de gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén hemos experimentado una profundización de la Reforma de Salud, consolidando logros y sumando nuevas conquistas en salud pública. El Salvador está comprometido con la implementación acelerada de la agenda 2030 para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), principalmente con el Objetivo 3, que nos convoca a «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», y a procurar su interconexión con los otros 16 ODS.

El fortalecimiento de lo público, iniciado con la supresión de la barrera económica al acceso a la salud, constituida por las cuotas voluntarias, abrió el camino para la garantía del derecho humano a la salud. A partir de entonces, nuevas acciones se han venido sumando al fortalecimiento del sistema público de salud:

Una inversión sin precedentes en infraestructura y equipamiento en la red de servicios. Desde 2009 a la fecha, 401 establecimientos de salud se han construido, remodelado, ampliado y equipado debidamente, de los cuales 176 corresponden solo a los últimos tres años. Dentro de estos establecimientos se encuentran el nuevo Hospital Nacional de La Unión y el Centro Oftalmológico de San Vicente.

576 Equipos Comunitarios de Salud familiar y especializados se desplazaron en los municipios con mayores niveles de pobreza del país, rompiendo las barreras de exclusión y de acceso geográfico.



Gobierno de El Salvador
Ministerio de Salud