

La salud es un derecho

y un MINSAL fuerte, su mejor garantía



Informe de labores 2015-2016



Ministerio de Salud

La salud es un derecho

y un MINSAL fuerte, su mejor garantía

Informe de labores 2015-2016

La salud es un derecho

y un MINSAL fuerte, su mejor garantía

Informe de labores 2015-2016



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
Emma Patricia Cortez
Rolando Masís López
Álex Guillermo Martínez
Luis Francisco López
Boris Eduardo Flores

Concepto editorial

Edwin López Morán

Corrección de texto

Oswaldo Hernández Alas

Fotografía

Unidad de Comunicaciones MINSAL
Archivos MINSAL
Rodas & Rivas
Boris Eduardo Flores
Edwin López Morán

Primera edición, mayo de 2016
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	CP: centros penales
ADESCO: Asociación de Desarrollo Comunal	CRSN: Centro Rural de Salud y Nutrición
ADS: Asociación Demográfica Salvadoreña	CRINA: Centro de Rehabilitación Integral la Niñez y la Adolescencia
AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	CSJ: Corte Suprema de Justicia
AMSATI: Asociación Agropecuaria Mujeres Produciendo en la Tierra	CTEGERS: Comisión Técnica de Gestión de Riesgo del Sector Salud para Centroamérica y República Dominicana
ANDA: Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados	CTSS: Comisión Técnica Sectorial de Salud
APROCSAL: Asociación de Promotores Comunes Salvadoreños	CILAM: Comité Intersectorial de Lactancia Materna
APSIES: Asociación para la Salud y el Servicio Social Intercomunal en El Salvador	CW: Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida
ARSAM: Alianza Regional de Salud de Morazán	DEC: Diplomado en Epidemiología de Campo
ASDYL: Asociación Salvadoreña de Destiladores y Licoreros	DGPC: Dirección General de Protección Civil
ASGOJU: Alianza Social por la Gobernabilidad y la Justicia	DIGESTYC: Dirección Nacional de Estadística y Censos
ASPS: Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud	DIRTECS: Dirección de Tecnologías Sanitarias e Insumos Médicos
BCIE: Banco Centroamericano de Integración Económica	DNM: Dirección Nacional de Medicamentos
BID: Banco Interamericano de Desarrollo	DNH: Dirección Nacional de Hospitales
BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento	DNPA: Dirección del Primer Nivel de Atención
BLH: bancos de leche humana	DRLS: Dirección de Regulación y Legislación en Salud
CAE: Centro de Atención de Emergencias	DTIC: Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones
CAISA: Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente	DSS: determinación social de la salud
CALMA: Centro de Apoyo a la Lactancia Materna	DUI: Documento Único de Identificación
CCPC: Comisión Comunal de Protección Civil	DVS: Dirección de Vigilancia Sanitaria
CDC: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta EE.UU.	EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe	ECNT: enfermedad crónica no transmisible
CISB: Comité Interinstitucional de Salud Bucal	ECOS: Equipos Comunitarios de Salud
CPN: Convención de Derechos del Niño	ECOSOC: Grupo Económico y Social de países miembros de Naciones Unidas
CDPC: Comisión Departamental de Protección Civil	EHPM: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
CES: Consejo Económico y Social	ERC: enfermedad renal crónica
CENDEPESCA: Centro de Desarrollo de la Pesca y la Acuicultura	ERRIC: enfermedad renal crónica de causas no tradicionales
CIAMIN: Centro Integral de Salud Materno-Infantil y de Nutrición	ERCNT: enfermedad renal crónica de causas no tradicionales
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades	RENTIC: Equipos de Respuesta Rápida para Investigación y Control
CIFACIL: Comisión Intergremial para la Facilitación del Comercio en El Salvador	EVE: enfermedad por el virus del Ébola
CISALUD: Comisión Intersectorial de Salud	FAE: Fondo de Actividades Especiales
CLV: certificado de libre venta	FARMAMUNDI: Farmacéuticos Mundi
CMPC: Comisión Municipal de Protección Civil	FGR: Fiscalía General de la República
CNPC: Comisión Nacional de Protección Civil	FISDL: Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local
COMIECO: Consejo de Ministros de Integración Económica de Centroamérica	FNS: Foro Nacional de Salud
COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana	FOCAP: Fondo Común de Apoyo a Programas
COMURES: Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador	FOCARD-APS: Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento
CONAPLAG: Comisión Nacional de Plaguicidas	FOPROLYD: Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado
CONASAN: Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	FOROSAN: Foro Regional Permanente de Oriente en SAN
CONALAM: Comisión Nacional de Lactancia Materna	FOSALUD: Fondo Solidario para la Salud
CONASIDA: Comisión Nacional Contra el Sida	FUMA: Fundación Maquilishuatl
CONNA: Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia	GEO: Sistema de Información Georreferenciado
CONAMED: Comisión Nacional para el Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias	HCP: historia clínica perinatal
COTSAN: Comité Técnico de Seguridad Alimentaria y Nutricional	HEM: Hogar de Espera Materna
	HTA: hipertensión arterial
	IDH: Índice de Desarrollo Humano
	IAAS: infecciones asociadas a la atención sanitaria
	IEC: estrategia de información, educación y comunicación
	IML: Instituto de Medicina Legal
	INCAP: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá

INS: Instituto Nacional de Salud

INTI: Instituto Nacional de Tecnología Industrial de Argentina

ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

ISDEMU: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer

ISO: Organización Internacional de Normalización

ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

ITJ: instrumentos técnico-jurídicos

ITS: infecciones de transmisión sexual

JICA: Agencia de Cooperación Internacional de Japón

KOICA: Agencia de Cooperación Internacional de Corea

LATINOSAN: Conferencia Latinoamericana y del Caribe de Saneamiento

LEPINA: Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

LGBTI: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales

LISCE: Sistema Nacional de Laboratorio Clínico

LNR: Laboratorio Nacional de Referencia

MAG: Ministerio de Agricultura y Ganadería

MARN: Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales

MATEP: manejo activo del tercer periodo

MCR: Mecanismo de Coordinación Regional

MDR: multidrogo resistente

MEGAS: medición de gastos en sida

MIFC: mujeres, individuos, familias y comunidades

MINSAL: Ministerio de Salud

MINTRAB: Ministerio de Trabajo y Previsión Social

MINEC: Ministerio de Economía

NV: nacidos vivos

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: organización no gubernamental

ONUSIDA: Organización de las Naciones Unidas para el Sida

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSA: Organismo Salvadoreño de Acreditación

OSARTEC: Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica

OSI: Oficinas Sanitarias Internacionales

OSN: Organismo Salvadoreño de Normalización

PACS: Sistema Computarizado de Estudios de Imagenología Digital

PAL: enfoque práctico a la salud pulmonar

PC-ISAN: Programa Conjunto Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutricional de Naciones Unidas

PCB: Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA

PEIS: Presupuesto Extraordinario de Inversión Social

PENM: Plan Estratégico Nacional Multisectorial

PNC: Policía Nacional Civil

PNPNA: Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y la adolescencia

PPL: personas privadas de libertad

PNS: Política Nacional de Salud

PRESANCA: Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

PRESISAN: Programa Regional de Sistemas de Información en Seguridad Alimentaria y Nutricional

PRIDES: Programa Integrado de Salud

PROCCER: prevención, tratamiento y rehabilitación de drogas y violencia

PRO VIDA: Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria

PRODEPAZ: Corporación Programa Desarrollo para la Paz

REINSAL: Red de Educación Inicial y Parvularia de El Salvador

REM: Razón Estandarizada de Morbilidad

RELACISIS: Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud

RESSCAD: Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana

RRHHS: recursos humanos en salud

RIS: Sistema de Información de Radiología

RIISS: Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud

RNPEN: Registro Nacional de las Personas Naturales

RUPS: Registro Único de Participantes

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

RTCA: Reglamentos Técnicos Centroamericanos

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional

SEM: Sistema de Emergencias Médicas

SEPS: Sistema Estadístico de Producción de Servicios

SIAP: Sistema Integral de Atención al Paciente

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SICA: Sistema de Integración Centroamericana

SIFF: Sistema de Información de Fichas Familiares

SIGET: Superintendencia General de Electricidad y Telecomunicaciones

SIIG: Sistema de Información de Indicadores Gerenciales

SIMMOW: Sistema de Información de Morbimortalidad Via Web

SINAB: Sistema Nacional de Abastecimiento

SISAM: Sistema de Información de Salud Ambiental

SSO: salud y seguridad ocupacional

SISCA: Secretaría de Integración Social Centroamericana

SNS: Sistema Nacional de Salud

SNPC: Sistema Nacional de Protección Civil

SPME: Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de los Servicios Hospitalarios

SSR: salud sexual y reproductiva

SUIS: Sistema Único de Información en Salud

SUMEVE: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida

TAES: tratamiento acortado estrictamente supervisado

TAR: terapia antirretroviral

SPSU: Sistema de Protección Social Universal

TB: tuberculosis

TIC: tecnologías de información y comunicaciones

UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional

UAVG: Unidad de Atención a la Persona Veterana de Guerra

UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar

UDS: Unidad de Derecho a la Salud

UDP: Unidades de Desarrollo Profesional

UFI: Unidad Financiera Institucional

ULV: ultra bajo volumen

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNIEC: Unidad de Epidemiología de Campo

UOC: Unidad Organizativa de la Calidad

USAID-PASCA: Proyecto Acción SIDA de Centroamérica

VICITS: Vigilancia Centinela Integrada de Infecciones de Transmisión Sexual

VIF: violencia Intrafamiliar

VIGEPES: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador

VIH: virus de inmunodeficiencia humana

VPH: virus del papiloma humano

VMPS: Viceministerio de Políticas de Salud

VMSS: Viceministerio de Servicios de Salud

CONTENIDO

Siglas y acrónimos	[5]
El Salvador se encamina hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible con importantes avances en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud / Mensaje de la ministra de salud	[9]
Prólogo	[11]
La salud como derecho humano fundamental / Resumen ejecutivo	[14]
Fundamentos que guían nuestro trabajo	[17]
Hacia la equidad y justicia social, mediante un abordaje regional de la determinación social de la salud / Declaración de San Salvador	[18]
Metas y logros 2015-2016	[20]
Plan estratégico institucional	[25]
25 razones para enorgullecernos de la Reforma de Salud	[26]
La inversión en la salud del pueblo	[28]
Situación de salud: incorporando el análisis de las inequidades	[50]
Manejo integrado de arbovirosis en El Salvador, 2016	[72]
Capítulo 1. Una red de servicios moderna y de calidad para prevenir y combatir la enfermedad	[80]
Trabajo en red, cultura de calidad y modernidad para mejores resultados	[82]
Investigación en salud para responder a las necesidades de la población	[102]
Incorporación de nuevas tecnologías en salud como herramientas de racionalidad y capacidad	[112]
Capítulo 2. Fortaleciendo los elementos estructurales del sistema público de salud	[122]
Configurando un marco legal que asegure y sostenga los logros de la Reforma de Salud	[124]
A la vanguardia en inteligencia sanitaria	[134]
El talento humano como como piedra angular del Sistema Nacional de Salud	[144]
Un reto para la integralidad: desafíos ambientales	[156]
Apoyo internacional para profundizar la reforma	[164]
Hacia la vigilancia del derecho del pueblo a la salud	[176]
Violencia y salud: más allá de la atención a las víctimas	[178]
Capítulo 3. Nuevos avances para robustecer la promoción de la salud	[182]
Reforzamiento de alianzas estratégicas ante la determinación social de la salud	[184]
Participación organizada para el empoderamiento de las fuerzas sociales	[190]
Avanzando en la equidad de género en salud	[196]
Ejercicio transparente de la función pública	[200]
Anexos	[203]
Mapa Establecimientos de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 1	[205]
Mapa Establecimientos de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 2	[206]
Boletín Epidemiológico	[207]



EL SALVADOR SE ENCAMINA HACIA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE CON IMPORTANTES AVANCES EN EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

MENSAJE DE LA MINISTRA DE SALUD

El gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén contempla entre sus mayores apuestas y fortalezas el desarrollo social y la superación de las desigualdades. En el último año se ha destinado cerca del 50 % del presupuesto general de la nación para el área social y dentro de ello la salud ocupa un lugar preponderante.

En diciembre de 2015 hemos concluido los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dejando un saldo positivo para salud en reducción de mortalidad materna e infantil, gracias a la eliminación de las mal llamadas “cuotas voluntarias”, al incremento en la cobertura de control prenatal, al parto institucional atendido por personal calificado y al control posnatal, al mayor número de Hogares de Espera Materna, a las coberturas de vacunación útiles para prevenir 16 enfermedades, a los avances en la respuesta nacional al VIH, que registró una disminución de casos nuevos, a la reducción de la transmisión de madre a hijo y al acceso a antirretrovirales; a la disminución en la desnutrición crónica; a avances importantes en la disminución de tuberculosis y malaria, esta última en proceso de eliminación.

Debido a su exitoso desempeño en el cumplimiento de los ODM, El Salvador es uno de los 20 países seleccionados a nivel mundial (5 de América) por la ONU para la implementación acelerada del seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluye monitoreo, acompañamiento técnico y apoyo financiero. En materia de salud, nuestro país cuenta con una plataforma de logros que debemos hacer avanzar y consolidar en sintonía con los desafíos que se plantean para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2030.

En reconocimiento al excelente desempeño y los resultados de la Reforma de Salud en marcha, El Salvador fue electo por unanimidad para la Presidencia del 54º Consejo Directivo de OPS en septiembre de 2015. La Ministra de Salud, Violeta Menjivar asumió como Presidenta presidiendo dos reuniones de los países de Las Américas junto a la Directora de OPS: la reunión anual ordinaria en septiembre de 2015 y una extraordinaria en el marco de la 69ª Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de este año en Ginebra. La ministra seguirá fungiendo como Presidenta del Consejo Directivo hasta septiembre de 2016 en Washington D.C.

Existen importantes avances durante la gestión del presidente Salvador Sánchez Cerén en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Para ello se invirtieron cerca de 80 millones de dólares en la construcción y equipamiento de 139 establecimientos de salud.

En el último año de gobierno se brindaron cerca de 13 millones de consultas, entre curativas y preventivas, y se aplicaron 3 600 000 dosis de vacunas; gracias a ello seguimos sin registrar muertes por rabia y por diarreas causadas por rotavirus, ni casos de rubeola congénita y tétanos neonatal, lo que se suma a la eliminación del sarampión y la polio en nuestro país.

El Salvador ha sido reconocido por su sistema de vigilancia de la salud y por su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias y desastres. Existe una importante coordinación entre el manejo adecuado de las personas que enferman en los servicios de salud y el abordaje intersectorial de la salud, desarrollando herramientas innovadoras, como las alertas estratificadas, la movilización de la población a través del Sistema Nacional de Protección Civil, el uso de alevines como método de control biológico de vectores, los filtros escolares, el análisis de las inequidades para la solución de problemas de salud, entre otros.

Durante esta gestión, el Ministerio de Salud ha fortalecido la Comisión Intersectorial de Salud –CISALUD–, donde participan más de 46 instituciones gubernamentales y no gubernamentales, espacio en el que se realiza el abordaje multidimensional de la salud y su determinación social, es decir, elementos que van más allá de los servicios de salud.

Por primera vez, el Ministerio de Salud ha dado inicio a un sistema de contraloría social con participación ciudadana para promover en los servicios de salud las denuncias de la población, su procesamiento y debida respuesta, a fin de generar mejoras en la calidad, calidez y humanización de los servicios.

A nivel mundial, y El Salvador no es la excepción, se registra un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El Ministerio de Salud cuenta con un Plan Nacional de Respuesta a Enfermedades Crónicas no Transmisibles, incluyendo uno específico para prevención, atención y control del cáncer. Se ha iniciado el proceso de compra de modernos equipos para poner en funcionamiento la primera unidad de radioterapia, tres farmacias especializadas (San Salvador, Santa Ana y San Miguel) para el despacho de medicamentos a personas que adolecen de enfermedades crónicas, que reciben gratuitamente sus medicamentos en un 100 % sin hacer colas y adicionalmente se les brinda consejería para el uso adecuado de los mismos.

Desde la entrada en vigencia de la *Ley de Medicamentos* en el país, aprobada por la Asamblea Legislativa a solicitud del Ministerio de Salud, la población se ha ahorrado hasta diciembre del 2015 180 millones de dólares por la disminución del precio de los medicamentos en las farmacias privadas.

Estamos avanzando en la reducción de las listas de espera para cirugías. A un año de funcionamiento del centro oftalmológico en el Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, se han practicado 5336 operaciones de catarata y pterigión, sobrepasando la meta planteada para el año.

En este último año, el Gobierno de El Salvador ha logrado la firma del convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para fortalecer los tres niveles de atención de nuestro Ministerio de Salud, que incluye la construcción de dos nuevos y modernos hospitales, la ampliación de cobertura del Primer Nivel de Atención, la modernización de la red informática, la mejora en el manejo de los desechos en establecimientos de salud, entre otros, proyecto que se encuentra pendiente de ratificación en la honorable Asamblea Legislativa.

Dos años de la presente administración significan no solo hacer un recuento de lo realizado sino definir las acciones para consolidar los resultados positivos y marcar el rumbo de las transformaciones en función de la salud de la población. Afrontar estos retos pasa por el fortalecimiento del sistema público de salud, la integración del Sistema Nacional de Salud, mantener la lucha por el buen vivir de la población y por comprender que la salud es parte integral y pilar del desarrollo humano nacional.



DRA. VIOLETA MENJÍVAR
MINISTRA DE SALUD

PRÓLOGO

31 de mayo de 2016: Comparecencia ante la Comisión de Medio Ambiente y Cambio Climático de la Asamblea Legislativa. Observaciones a la *Ley de prohibición de los agrotóxicos*.

«No estamos aquí para discutir los efectos de los plaguicidas. Ya hay demasiada evidencia publicada y presentada sobre su toxicidad. Hoy acudimos con la esperanza de poder proteger la vida humana y la del ambiente: es necesario prohibir los 53 agrotóxicos y superar las observaciones».

Violeta Menjívar, ministra de Salud

«Esta es una decisión entre si debemos proteger los intereses del mercado o, por el contrario, proteger el derecho a la vida, la salud humana y el medio ambiente. El país no puede continuar así. Hay que prohibir estos agrotóxicos, de los cuales, reitero, hay sustitutos».

Orestes Ortez, ministro de Agricultura

El planteamiento ministerial a los legisladores refleja claramente las consecuencias generadas por un modelo de desarrollo centrado en el crecimiento económico, depredador de la vida y del medio ambiente y que ignora y soslaya el daño a la salud en su desmedido afán de acrecentar las ganancias y la reproducción del capital. Esto se ejemplifica patentemente en las intoxicaciones agudas por plaguicidas y la enfermedad renal crónica, que diezma a pobladores de las comunidades agrícolas centroamericanas y de otras latitudes por el uso de agrotóxicos.

Ha sido el abordaje de la determinación social de la salud el que condujo a la necesidad de investigar a profundidad para generar la evidencia científica y los conocimientos necesarios para orientar el trabajo intersectorial que conduzca a la prohibición de los agrotóxicos como medida inmediata para frenar la epidemia de la enfermedad renal crónica. La necesaria aplicación del principio precautorio surge con fuerza como una medida impostergable de salud pública ante la evidencia epidemiológica y los estudios histopatológicos que se acumulan abrumadoramente señalando como factor causal directo la exposición prolongada a los agrotóxicos y como factor secundario la contaminación residual de la tierra, el agua y los cultivos.

Los intereses corporativos, políticos y financieros cuestionados han tratado de interferir con las investigaciones del equipo del Instituto Nacional de Salud (INS), han obstruido la diseminación de la evidencia que ha generado y han tratado de alejar la posibilidad de los agrotóxicos como factor causal primario, tratando de “construir una duda” para evitar o al menos postergar la adopción de medidas regulatorias enérgicas como la ley que se debate en la Comisión de Medio Ambiente y Cambio Climático. Esto no solo priva a las personas, las familias y las comunidades del ejercicio de su derecho a la salud, sino que confina las soluciones a medidas biomédicas que limitan la calidad de vida y generan altos costos como las hemodiálisis, las diálisis peritoneales y los trasplantes renales, sin considerar el elevado costo en vidas humanas y en crecimiento de la pobreza.

Este abordaje de la determinación social de la salud ha permitido profundizar en otros problemas de salud relevantes y ha generado soluciones efectivas que van modificando la organización y el desempeño del personal de salud, desarrollando una poderosa organización comunitaria en salud y movilizándolo a la población y a numerosos actores sociales con un amplio trabajo intersectorial que ha despertado la curiosidad, la admiración y la esperanza a nivel nacional e internacional.

La identificación, medición y análisis de inequidades se configura como una herramienta potente de sensibilización y empoderamiento de la población para el ejercicio creciente de su derecho a la salud, más allá de solo demandar el acceso a los servicios y a una correcta atención humanizada y de calidad para la recuperación de la salud perdida.

De igual manera, el análisis de las inequidades en salud cruzadas con la casuística de problemas como las arbovirosis, el embarazo adolescente y las complicaciones neurológicas del zika ha llevado a la identificación de mecanismos innovadores para el abordaje de estas, tal es el caso del control biológico y amigable con el ambiente (alevines), al rechazo a propuestas de dudoso potencial, como mosquitos transgénicos y nuevos químicos, así como a la identificación de la relación entre la incidencia de enfermedades y diferentes elementos como el acceso al agua segura, la escolaridad y el índice de desarrollo humano, a las recomendaciones anticoncepcionales tempranas a las parejas para evitar microcefalias asociadas al zika o reducirlas sustancialmente, al diseño de modelos matemáticos predictivos para enfermedades infecciosas de diferente índole y muchas otras innovaciones.

Siete años de Reforma de Salud han tenido profundos y extendidos logros en la población como resultado del fortalecimiento del sistema público de salud: duplicación, ampliación y equipamiento del número de establecimientos del Primer Nivel de Atención de 413 a 815, ampliación y equipamiento con fortalecimiento de los servicios básicos y nuevas tecnologías a la red hospitalaria, desplazamiento en el terreno de más de 575 Equipos Comunitarios de Salud familiares y especializados, construcción de una impresionante red de 21 Hogares de Espera Materna, 3 farmacias especializadas y otros establecimientos de diferente tipo. La más grande contratación de personal de salud en la historia del país y un amplio plan de capacitación a este personal. La reforma eliminó las barreras económicas, geográficas y tecnológicas para el acceso a los servicios de salud y modificó radicalmente el modelo de atención hacia un modelo integral e integrado, introdujo la gestión en red y desprivatizó el modelo de financiamiento suprimiendo las “cuotas voluntarias”.

Innovaciones importantes en la atención, como la cirugía ambulatoria, hospitales de día, abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, reducción progresiva de las brechas en abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, gestión de la demanda, programa hospitalario (desmanicomización y trato humano) ambulatorio y comunitario de salud mental, impulso y modernización de la imagenología, modernización laboratorial y otros elementos accesorios de diagnóstico, reintroducción de la patología en los hospitales y las coberturas útiles de vacunación más altas de toda la región.

Se abrieron por primera vez en la historia las posibilidades, las oportunidades y los mecanismos para que la población realizara una auténtica participación y contraloría social por medio de la organización e institucionalización de comités de contraloría social en los establecimientos, participación del Foro Nacional de Salud y otros actores sociales en los organismos de gestión en red, así como en la formulación y seguimiento a

las leyes, políticas de salud y otros instrumentos técnico-jurídicos; igualmente en la instauración de buzones de sugerencias y procesos compartidos desde los usuarios de los servicios y el personal de salud, aunados a programas de mejoras en los diferentes niveles de atención.

Se sentaron las bases y se desarrolló el Sistema de Información y Vigilancia de Salud, uno de los tres mejores de Latinoamérica, lo que a su vez permitió generar la información y su análisis para orientar la marcha del nuevo sistema y su constante renovación. Cumplida esta etapa inicial, el sistema se apresta a dar nuevos saltos de calidad, no solo de continuidad a la mejora de la atención, sino con más y mejores innovaciones, como el expediente electrónico compartido en línea entre todos los establecimientos conectados en la red interna del MINSAL, la identificación, medición y análisis de las inequidades en salud, la georreferenciación de la distribución de los problemas de salud y sus inequidades asociadas, el desarrollo pleno y análisis de la información contenida en las fichas familiares sobre los modos de vida de la población y otros elementos de la determinación social que potenciarán igualmente el trabajo intersectorial tanto como la calidad de la atención.

Se garantizó estabilidad laboral y desprecuarización del trabajo al personal de salud que hoy cuenta con todas las prestaciones de ley. Asimismo se redefinieron y reordenaron las funciones en un manual de puestos que ha servido de modelo a muchos otros países. De manera simultánea se avanzó aceleradamente al cumplimiento de las metas continentales en desarrollo de recursos humanos.

Se ha iniciado también el proceso de reformas al marco legal para consolidar los logros de la Reforma de Salud y garantizar su institucionalización plena y su irreversibilidad. La reducción de las brechas citadas abre cada vez más las posibilidades a la integración del sistema público y a una mayor y más efectiva regulación sobre el sector privado lucrativo y no lucrativo.

La introducción de “Salud Ambiental” y la “Violencia y Salud” como ejes prioritarios en el proceso de reforma permitirá a través del ejercicio de la rectoría en este ámbito ampliar el impacto sobre la mortalidad infantil exacerbada por enfermedades de transmisión hídrica. También dilucidaremos las raíces sociales y los estragos en la niñez de la obesidad, el sobrepeso y por la implantación involuntaria de hábitos no saludables de alimentación. Igualmente profundizaremos en así como de problemas complejos como la violencia en todas sus formas y su abordaje intersectorial, más allá de sólo la atención a sus víctimas.

La Reforma de Salud en El Salvador es, sin duda alguna, una de las más profundas y exitosas emprendidas en Latinoamérica desde la reforma de salud cubana. La efectiva y eficiente mejora en los indicadores de morbimortalidad y las innovaciones introducidas en la organización y gestión del sistema han generado la atención de los países y los organismos multilaterales de cooperación técnica y financiera. Esto también significa para El Salvador una gran responsabilidad y la necesidad de ejercer liderazgo y un aporte creciente de su experiencia al resto de países de la región, lo que ya se ha plasmado en acuerdos importantes del Consejo Directivo de la OPS, integrado por los ministros de Salud de todo el continente, así como en el seno del COMISCA y otros espacios, en aspectos como legislación en salud, abordaje de la determinación social de la salud, cobertura universal de la salud y acceso universal a la salud, enfrentamiento de las arbovirosis, enfermedad renal crónica, política de recursos humanos, sistemas de información, vigilancia sanitaria y muchos otros.

Profundizar la Reforma de Salud sigue siendo nuestro mayor reto y nuestro mayor compromiso para garantizar a la población su derecho a la salud y el mejor camino para lograrlo sigue siendo igualmente la unificación y el fortalecimiento integral, progresivo y creciente del sistema público de salud.

LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

RESUMEN EJECUTIVO

El MINSAL ha dirigido el proceso de Reforma de Salud desde 2009 y lo ha profundizado en este periodo gubernamental. La reforma se sustenta en el enfoque de la determinación social de la salud, que destaca la importancia de las condiciones históricas en que viven, trabajan y se relacionan las personas, tanto a nivel individual como colectivo, evidenciando que no es posible generar cambios favorables en la salud de los pueblos si no se actúa sobre dichas condiciones. Esto implica necesariamente cuestionar el modelo de desarrollo vigente, plantear y redistribuir equitativamente las riquezas a través del fortalecimiento del Estado y la generación de capacidades para responder de manera articulada y oportuna a las adversidades. El fortalecimiento del MINSAL bajo dicho enfoque 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.

En coherencia con este planteamiento se actualizó la Política Nacional de Salud, retomando sus logros, las brechas y los desafíos actuales identificados para garantizar el cumplimiento pleno del derecho a la salud de la población, así como las recomendaciones planteadas por diferentes actores de relevancia en los talleres de consulta de la propuesta de Plan Quinquenal de Gobierno y de Profundización del Proceso de la Reforma de Salud en El Salvador.

El MINSAL ha continuado fortaleciendo las redes de servicios de salud, implementando un modelo de atención integral que aborda a la persona, su entorno familiar y comunitario. Para ello cuenta con 815 establecimientos organizados en Redes Integrales e Integradas de Salud, con la consiguiente inversión y ampliación de la infraestructura en 5 redes regionales, 17 redes departamentales y 68 mi-

corredes intermunicipales de establecimientos de salud, en las cuales se discuten las prioridades en salud de los territorios. Se ha consolidado la estrategia de Equipos Comunitarios de Salud Familiar con un total de 575 ECOS familiares y especializados en 184 municipios. Durante este año se ha invertido un total de \$ 28.3 millones en infraestructura y equipamiento de 60 establecimientos de salud.

Con la finalidad de mejorar la atención integral a la niñez, se ha fortalecido la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, esfuerzo que ha merecido reconocimiento internacional por la Red Global de Bancos de Leche Humana debido a la labor desempeñada y la iniciativa de expandir la estrategia al Primer Nivel de Atención a través del funcionamiento de los centros recolectores. De acuerdo con el *Informe sobre tendencias mundiales de lactancia materna (WBTI) 2015*, El Salvador es el segundo país de la región de las Américas con mejores indicadores en lactancia materna, con un puntaje de 105/150.

En cuanto al fortalecimiento del Programa Nacional de Vacunación, se dispone de uno de los Cuadros Básicos de Vacunación más completos de la región, reportando coberturas útiles por encima del 90 %. Como parte importante de este esfuerzo, El Salvador ha iniciado su proceso de certificación de la eliminación de sarampión-rubéola y la erradicación del virus de la poliomielitis.

Para la atención integral a la mujer se crearon 11 Unidades Institucionales de Atención Especializada, garantizando un abordaje intersectorial a las mujeres víctimas de violencia. En este mismo ámbito, y considerando que la mortalidad materna es uno de los indicadores que mejor reflejan la inequidad social, el Ministerio de Salud prioriza su reducción: en 2015 se tuvo una razón de mortalidad materna

de 42.3 muertes por 100 000 nacidos vivos, 3 puntos menos con respecto al año anterior. También destaca el incremento de un 2 % en el número de atenciones maternas respecto a 2014, haciendo un total de 610 379 atenciones, y el aumento del parto institucional del 99 % al 99.6 % en este año; además, solo el 0.4 % de dichos partos institucionales fueron atendidos en establecimientos no hospitalarios (161 partos menos que en 2014). Se han realizado acciones de transversalización de la equidad y la igualdad de género en la formación del personal, en el campo normativo, así como en la construcción de indicadores de igualdad en el terreno de la salud, en el análisis de estos indicadores y el diseño del plan integral de salud en coordinación con el ISDEMU.

En el periodo comprendido entre junio 2015 a marzo 2016, las RIISS incrementaron un 17.3 % la cirugía ambulatoria electiva y un 43 % las cirugías ambulatorias de emergencia, y en este contexto de atención de emergencias médicas se han brindado un promedio de 4198 atenciones prehospitalarias mensuales, que han sido coordinadas desde el centro de llamadas del SEM (teléfono 132).

Se continúa con la disminución sostenida de casos nuevos de VIH. En 2015 se diagnosticaron 90 casos menos que en 2014; de igual manera se está próximo a la fase de control de la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita, habiéndose reducido la tasa de mortalidad por VIH de 3.5 por 100 000 habitantes en 2014 a 3.3. Por otra parte, el Programa de Tuberculosis, debido al éxito en la disminución de casos y a su manejo integral, obtuvo financiamiento adicional de US\$ 9 905 916, garantizando así el fortalecimiento de establecimientos y del sector.

En respuesta a las enfermedades crónicas no transmisibles, además de la entrega de más de 125 000 recetas a 8000 personas en la Farmacia Especializada de la Región Metropolitana en este periodo, se han instalado como parte de este programa dos nuevas farmacias especializadas: en la Región Occidental de Salud en Santa Ana, con una inversión de US\$ 291 339.82, y en la Región Oriental de Salud en San Miguel, cuya inversión fue de US\$ 239 830.86. El concepto de Farmacia Especializada está fundamentado en la dispensación oportuna de medicamentos y el acompañamiento de las indicaciones y servicios de atención farmacéutica de calidad.

La creación de la Dirección de Tecnologías Sanitarias en el Ministerio de Salud es la respuesta a la necesidad de contar con la institucionalidad reque-

rida 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, tal como ha sido recomendado por la OPS. Este esfuerzo nos convierte en el primer país de Latinoamérica que gestiona y planifica el uso de tecnologías sanitarias siguiendo los estándares internacionales, lo cual incluye la puesta en marcha del Sistema Nacional de Farmacovigilancia, que reúne a todos los prestadores de servicios del Sistema Nacional de Salud, coordinado desde el Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV). En este mismo contexto, debe destacarse que gracias a la implementación de la Ley de Medicamentos y la definición del precio de venta máximo al público contemplado en ella, la población goza de estabilidad de precios en más de 7000 medicamentos, resultando en una reducción promedio del 38 % respecto al precio antes de la entrada en vigencia de la ley (desde abril de 2013 ha generado un ahorro de aproximadamente US\$ 180 millones, US\$ 60 millones por año).

El proceso de profundización de la Reforma de Salud afronta el desafío de la gestión ambiental institucional con el objetivo de contribuir a la protección, conservación y recuperación del medio ambiente. Encarar la salud ambiental en un país que ha depredado sistemáticamente sus ecosistemas requiere, como primera medida, un abordaje crítico que permita develar las inequidades como método dialéctico para superarlas. Así, confluyen en una misma dimensión de abordaje las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad socioambiental con las enfermedades de transmisión hídrica, las asociadas al cambio climático y las vectorizadas, entre otras, lo cual demanda una actuación proactiva que supere el aspecto clásico de la vigilancia ambiental para penetrar en las realidades locales y transformarlas con y para las comunidades afectadas.

El proceso de Reforma de Salud ha permitido contar con más y mejores herramientas para resolver de manera oportuna los eventos epidemiológicos que han impactado la región, siendo su Sistema de Vigilancia Sanitaria catalogado como uno de los tres mejores de la región de las Américas, el cual ha desarrollado la capacidad para analizar la información producida a través de mediciones de inequidades sociales de la salud, modelos predictivos multivariados, series temporales, geoposicionamiento por áreas pequeñas y estratificación de áreas de

intervención a partir de elementos que configuran la determinación social de la salud. La experiencia acumulada facilitó la preparación y respuesta para enfermedades como ébola, chikunguña y dengue (en esta última por quinto año consecutivo con la tasa de letalidad más baja de la región), permitiendo al MINSAL identificar en tiempo récord la circulación viral de zika y su relación temporal con afectaciones neurológicas y malformaciones congénitas. Este hecho mereció el reconocimiento internacional por parte de la OMS, quien invitó a especialistas del ministerio a formar parte del Comité de Expertos Internacional que analizó y recomendó las acciones globales para el abordaje del zika.

El fortalecimiento del SUIS en este año, además de haber ampliado al 40 % la cobertura de establecimientos conectados para el uso de herramientas informáticas y la mejora de sistemas de información para el apoyo a la gestión y la toma de decisiones, ha incluido la informatización del proceso de recolección de ficha familiar, entre otras aplicaciones elaboradas para dispositivos móviles. También se tiene un notable aumento en los establecimientos con el módulo de atención integral al paciente (identificación, citas, consulta, farmacia, laboratorio clínico e imagenología), el cual se verá fuertemente impulsado en cuanto se active la Ley de Firma Electrónica.

Uno de los pilares para hacer avanzar el Sistema de Salud hacia la cobertura universal de salud es el talento humano y, como parte de los compromisos internacionales y con la finalidad de analizar la dinámica de los mismos a nivel nacional, se llevó a cabo la medición final de las Metas Regionales en 2015, que demuestran un avance significativo, especialmente en la dotación, distribución y calificación de nuestro talento humano. Se han aumentado las contrataciones de profesionales de la salud, alcanzando a nivel nacional una densidad de entre 20 y 25 recursos por 10 000 habitantes, con San Salvador y Chalatenango por encima de esta cifra, y departamentos que, a pesar de no alcanzar la meta, han triplicado sus recursos, como es el caso de La Unión, Morazán y Cabañas. Por otra parte, hay logros im-

portantes en la distribución territorial de médicos y enfermeras, pasando en las áreas rurales de 1.6 en 2010 a 4.4 por 10 000 habitantes en 2015, lo que implica una mayor cobertura con recursos humanos calificados. En ese sentido también se ha formado 1517 personas de los 575 Ecos y 68 cuadros estratégicos en el curso de Políticas de Salud y Derecho Humano a la Salud. Por esta extensiva experiencia, el país fue invitado a compartir la estrategia en el Foro de Recursos Humanos en Argentina, junto a Chile y Brasil, y en el grupo de expertos en Washington en diciembre 2015.

Un elemento fundamental de la atención primaria de salud es la organización comunitaria; en este sentido, el trabajo de participación social desarrollado por el Foro Nacional de Salud es más que relevante para el impulso y profundización de la Reforma de Salud, habiendo producido el desarrollo de diferentes tipos de contraloría social sobre la labor del Sistema de Salud en diferentes niveles y espacios, ampliando esta visión al funcionamiento de otras instancias públicas. El FNS ha influenciado positivamente la profundización y consolidación de la construcción de poder popular a través del tejido organizativo comunitario, municipal y departamental, asumiendo desde su liderazgo la participación y representación comunitaria en los diferentes espacios facilitados por el MINSAL, así como en otros espacios de carácter interinstitucional, como los gabinetes de gestión departamental.

El Instituto Nacional de Salud, como parte del fortalecimiento de la rectoría de la investigación en este ámbito, ha logrado con amplia participación el diseño de la Política Nacional de Investigaciones en Salud, instrumento que permitirá definir una agenda para orientar la investigación en función de la resolución de las inequidades, la profundización del conocimiento y, en el futuro, construir un sistema de investigación en salud. Finalmente, se ha continuado la mejora de las capacidades del Laboratorio Nacional de Referencia, que juega un papel esencial en la calificación del personal de red de laboratorio, en la realización de pruebas especializadas y en el control de la calidad del proceso laboratorial a nivel de país.

FUNDAMENTOS QUE GUÍAN NUESTRO TRABAJO

MISIÓN INSTITUCIONAL

Institución rectora del sector salud que vela por el ejercicio del derecho 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 DE SALUD

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

PRINCIPIOS 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

Dar prioridad a la salud de los salvadoreños.

EQUIDAD

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

UNIVERSALIDAD

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

GRATUIDAD

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

INTERSECTORIALIDAD

Abordaje de los problemas de salud involucrando en su identificación y solución sectores diferentes al sector salud, para enfrentar los factores que los determinan.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

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

HACIA LA EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL, MEDIANTE UN ABORDAJE REGIONAL DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE SAN SALVADOR¹

Nosotros, Ministras, Ministros, Viceministras y viceministros o representantes de los países de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana, reunidos en la ciudad de San Salvador, el 10 de diciembre de 2015, para celebrar la XLIII Reunión Ordinaria del COMISCA, en el marco del Sistema de la Integración Centroamericana y refrendar nuestro compromiso con los objetivos de paz, desarrollo, democracia y libertad que mandata el Protocolo de Tegucigalpa.

En sintonía con el reconocimiento en las constituciones nacionales de los países miembros del SICA que la salud es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado, para lo cual los Jefes de Estado y de Gobierno deben considerarlo en la formulación e implementación de todas las políticas públicas.

Reconociendo que la construcción de sociedades realmente saludables es un desafío social y que el bienestar de los pueblos está determinado por: 1) el logro de procesos sustentables, soberanos, solidarios y seguros; 2) los modos de vida que asumen los diferentes grupos poblacionales con su impulso para superar las inequidades en salud; 3) la garantía de los derechos que posibiliten fortalecer su resiliencia, disminuir la vulnerabilidad, enfrentar los procesos que alimentan el cambio climático y otros desastres; 4) el fortalecimiento de los sistemas nacional de salud, y 5) el desarrollo de relaciones

saludables con los ecosistemas, incluyendo los que afectan la resistencia bacteriana a medicamentos, la seguridad alimentaria y nutricional, y otros procesos que en su conjunto constituyen el proceso de determinación social de la salud.

Considerando la importancia de profundizar en el conocimiento y el abordaje del proceso de determinación social de la salud a fin de facilitar que el trabajo articulado entre las diferentes instancias del SICA incida con mayor propiedad en este proceso, a fin de lograr los objetivos de paz, equidad, democracia y libertad que nuestras poblaciones ansían y requieren para un desarrollo saludable.

Tomando en cuenta que la Política Regional de Salud del SICA y el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, se sustenta en un abordaje integral, intersectorial, multidisciplinario y multidimensional de las inequidades y los problemas de salud que afectan a nuestras poblaciones, por medio de una clara orientación hacia la promoción de la salud.

Destacando, que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud no se logran únicamente con la cobertura y el acceso a los servicios sanitarios de calidad, sino también incidiendo en profundidad sobre el proceso de determinación social de la salud, en búsqueda permanente de la equidad y cohesión social, a fin de que los diferentes grupos, así como las personas que los integran puedan al-

1. XLIII Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA).

canzar su máximo potencial en salud, y oportunidades de trabajo con ingresos dignos, soportes organizativos, fortalecimiento cultural y escolaridad, el logro de espacios saludables en el trabajo y la vida doméstica y todas las circunstancias que involucra la determinación social de la salud.

DECLARAMOS

1. Que para reducir las inequidades y lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud, entendidas como un derecho básico y fundamental de la población de todos los países miembros del SICA, debemos incorporar en cada una de sus políticas públicas el abordaje del proceso de determinación social de la salud.
2. La importancia que el COMISCA, a través de su Secretaría Ejecutiva y el apoyo de la Secretaría

General del SICA, desarrolle iniciativas para el estudio y análisis del proceso de determinación social de la salud, orientados a generar propuestas que permitan a las personas, familias, comunidades y Estados a enfrentar y tomar control de dicho proceso a través del fortalecimiento del trabajo intersectorial, el desarrollo de la organización y una amplia participación comunitaria, la búsqueda constante de la justicia, la equidad, la cohesión social y la implementación de los indispensables instrumentos educativos y técnicos que se requieren en el marco de la cooperación público-social para realizar las acciones conjuntas, interdisciplinarias e interculturales de los sujetos institucionales, académicos y sociales.

Dado en San Salvador, a los once días de diciembre de dos mil quince.



Signatarios de la declaración: sentados de derecha a izquierda: Julio César Valdés Díaz, secretario ejecutivo de COMISCA; Violeta Menjívar, ministra de salud de El Salvador; Edna Yolani Batres, secretaria de Estado en el Despacho de Salud de Honduras. De pie de derecha a izquierda: Mariano Rayo Muñoz, Ministro de Salud de Guatemala; Velia Lorena Oliva, viceministra técnica de salud de Guatemala; Virginia Murillo, Viceministra de Salud de Costa Rica; Sergio Sarita, Coordinador de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud de República Dominicana; Guillermo González, Asesor del Presidente para asuntos de Salud, Educación, Gestión de Riesgo, Capacitación y Comunicación para enfrentamiento a desastres y calamidades de Nicaragua; Pablo Marín, Ministro de Salud de Belice; Eric Ulloa, Viceministro en Funciones Especiales de Panamá; Eduardo Espinoza, Viceministro de Políticas de Salud El Salvador.

METAS Y LOGROS 2015-2016

EN DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD

Meta: Contribuir al monitoreo de un Sistema de Salud participativo, que garantice la humanización del trato, la mejora de la calidez, la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y la sistematización de las denuncias de la sociedad civil.

LAS CUENTAS CLARAS

Meta: Ampliar la disposición al público en general de documentación oficiosa para su consulta.

Desde la entrada en vigencia de la LAIP, el MINSAL ha publicado 66 432 documentos actualizados, que corresponde a información del marco normativo, gestión estratégica, marco presupuestario; esta información contempla la generada en el nivel superior, los 30 hospitales nacionales y las 5 Direcciones Regionales, además de 2816 registros de funcionarios, servicios y remuneraciones.

Meta: Garantizar mayor accesibilidad de las personas a la información oficiosa

Se ha puesto a disposición del público la información del Ministerio de Salud por cada uno de los hospitales y Direcciones Regionales de Salud, permitiendo 115 189 vistas a nuestro portal, equivalente al triple con respecto al año anterior. Además, se han instalado estaciones de consulta al ingreso del edificio del nivel superior del MINSAL, que garantizan el acceso a esta información a la ciudadanía que no cuenta con servicio de Internet o equipo informático.

PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA HACER AVANZAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Meta: Integración constante del liderazgo comunitario en los diferentes espacios de participación de las RIISS.

En este periodo se ha consolidado la participación del liderazgo comunitario de manera permanente y constante en 30 microrredes de salud, que dan cobertura en 55 municipios de 8 departamentos del país, lo que representa 6 RIISS Departamentales, 11 SIBASIS y 17 hospitales nacionales.

INTERSECTORIALIDAD

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

En este periodo se promovió la responsabilidad compartida de las instituciones y sectores en cuanto al cuidado de la salud de la población, superando el paradigma de abordaje de los problemas de salud con responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud y promoviendo la incorporación de los diferentes sectores al debate y la ejecución de las soluciones planteadas desde el abordaje de la determinación social de la salud en el seno de la CISALUD.

Meta: Fortalecer y consolidar la respuesta local coordinada de eventos que afectan la salud pública del país, optimizando recursos disponibles.

Se respondió oportuna y eficientemente a las epidemias que azotaron el país; particularmente, se redujo la morbimortalidad de enfermedades infecciosas transmitidas por zancudos (dengue, chikunguña y zika) con abordaje intersectorial y a través de la movilización del Sistema Nacional de Protección Civil, diseñando para ello herramientas innovadoras como las alertas estratificadas, modelos matemáticos predictivos y medidas de control biológico.

SUIS

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

Se mejoró el registro a través de la estandarización de estadísticas vitales y la vigilancia epidemiológica con el ISSS y el ISBM. Esta meta constituye un elemento trazador hasta alcanzar la integración del resto de instituciones del SNS, incluyendo los proveedores privados.

Meta: Vigilancia intersectorial e interinstitucional de las inequidades sociales en salud.

Se desarrollaron capacidades para identificar y medir inequidades en salud, a fin de generar análisis y soluciones integrales a los problemas de salud. Se incluye el primer análisis en una memoria de labores para integrar las desigualdades en acceso a agua potable, ingreso socioeconómico e instrucción formal con problemas de salud pública, tales como la ocurrencia de arbovirosis, mortalidad infantil por diarreas y embarazo adolescente. Asimismo, se han realizado múltiples publicaciones en boletines epidemiológicos y se ha desarrollado un módulo de medición de inequidades que se pone a disposición en el marco del diplomado de epidemiología de campo.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Meta: Establecer la Política Nacional de Investigaciones en Salud, que responda a los intereses de la Reforma de Salud.

En este periodo se diseñó la Política Nacional de Investigaciones en Salud como parte del fortalecimiento de la rectoría del INS de las investigaciones. Este instrumento regulatorio permitirá definir una agenda nacional que oriente la investigación de salud en función de resolver las inequidades en salud, profundizar los conocimientos y en el futuro construir un sistema nacional de investigación en salud.

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

Se inició el proceso de redacción del documento final de la Encuesta Nacional de Salud, con la participación de investigadores locales. Además, se levantó la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en el Adulto, que resume los principales elementos asociados de las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como hábitos alimentarios, actividad física, consumo de bebidas azucaradas, alcohol y

tabaco, que dan como resultado las enfermedades crónicas prevalentes en la población salvadoreña (hipertensión, obesidad, dislipidemias, diabetes y enfermedad renal crónica). Se prevé su socialización en el cuarto trimestre 2016.

DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Meta: Medición final de las 20 metas de recursos humanos en el marco del Sistema Nacional de Salud reformado.

Como punto de partida del análisis del comportamiento de las 20 metas contempladas en el Plan Decenal de Salud para las Américas, el país realizó la medición basal en el año 2010, la medición intermedia en 2012 y la medición final en 2015. Los resultados demuestran el avance significativo logrado, especialmente en la dotación, distribución y calificación del talento humano como elemento esencial para hacer avanzar el modelo de atención en Salud Familiar y Comunitaria en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Meta: Fortalecer en capacidades para el abordaje de la atención primaria de salud a 1525 profesionales multidisciplinarios de los Ecos familiares.

Con las finalidades de calificar a los Ecos familiares, se desarrolló el primer diplomado de Atención Primaria en Salud Integral, dirigido a 1525 profesionales multidisciplinarios, entre médicos, enfermeras y técnicas en enfermería, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, educadores, fisioterapeutas e inspectores de saneamiento ambiental, contribuyendo al desarrollo de 481 Ecos familiares y 36 especializados en el fortalecimiento de las competencias y habilidades en atención primaria en salud, para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades a su cargo.

Meta: Contar con el análisis de escenarios de la distribución salarial del talento humano como insumo para el diseño de la política salarial MINSAL.

Este año se realizó el estudio de la distribución de remuneraciones de todas las plazas del MINSAL, aplicando diferentes escenarios de comportamiento de estas hasta el 2020 y considerando parámetros de caracterización de la fuerza laboral tales como: distribución por sexo, puesto de trabajo, disciplina

a la que pertenece la plaza, antigüedad, ubicación del puesto de trabajo en la estructura organizacional, edad, evaluación al desempeño, entre otras. El análisis establece las brechas existentes entre disciplinas, identifica y cuantifica las inequidades entre puestos de trabajo de acuerdo con complejidad, como al interior de disciplinas, estructura organizacional y género. El informe final constituye un insumo para el diseño de la Política Salarial del MINSAL, así como para la implementación de estrategias a corto, mediano y largo plazo que permitan disminuir las inequidades identificadas.

PLATAFORMA LEGAL PARA LA SALUD

Meta: Elaborar y armonizar los instrumentos técnicos jurídicos (ITJ) conforme al proceso de profundización de la Reforma de Salud.

En el periodo que se informa se han oficializado 46 ITJ, siendo el más importante la actualización de la Política Nacional de Salud (PNS). La implementación de la Reforma de Salud se ha ganado el respeto y reconocimiento nacional e internacional; sin embargo, en virtud que todo proceso social puede ser constantemente mejorado, se inició un inédito proceso de actualización de la Ley del Sistema Nacional de Salud como elemento estratégico de sostenibilidad del proceso de Reforma de Salud para el fortalecimiento del sistema público de salud y ponerla al servicio del pueblo salvadoreño.

CUIDANDO LA SALUD, CONSERVANDO EL MEDIO AMBIENTE

Meta: Diseñar la Política de Gestión Ambiental Institucional.

El MINSAL, en cumplimiento al marco jurídico ambiental del país y con el objetivo de contribuir en la protección, conservación y recuperación del medio ambiente, ha elaborado una propuesta de Política de Gestión Ambiental.

Meta: Fortalecer la capacidad del MINSAL en la vigilancia, monitoreo y evaluación de la salud ambiental.

Se contribuyó a la prevención, reducción y control de las enfermedades de transmisión hídrica, alimentarias, vectorizadas y zoonóticas, a través de la

vigilancia, monitoreo y evaluación de los establecimientos expendedores de alimentos y bebidas, los sistemas abastecedores de agua potable y empresas de alcohol y tabaco. Por otra parte, se ha logrado el registro en línea de las empresas dedicadas a la exportación, importación, comercialización y elaboración de alimentos y bebidas.

SOLIDARIDAD, RELACIONES INTERNACIONALES Y OTROS APOYOS

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

La credibilidad y reconocimiento del MINSAL en la implementación y logros de la Reforma de Salud ha servido como carta de presentación a nivel internacional para gestionar una fuente importante de financiamiento para el fortalecimiento institucional y profundización de la reforma, que culminó en la firma de instrumentos de cooperación y puesta en marcha de proyectos que han sido de beneficio para la población.

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

La representación de El Salvador como Estado miembro en los diferentes foros de salud de carácter regional e internacional ha sido trascendental para la abogacía del derecho humano y social a la salud, proponiendo estrategias novedosas para extender la cobertura y garantía al acceso universal en salud; presentando, además, sus experiencias exitosas en la implementación de la Reforma de Salud y poder así establecer nuevos elementos que fortalezcan la posición de país en materia de salud pública en la agenda internacional y regional.

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 al personal de salud de las diferentes Regiones y SIBASIS para consolidar el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, mediante la actualización del diagnóstico comunitario participativo

(DCP) y el plan de acción mediante la estrategia Mujer, Individuo, Familia y Comunidad.

Meta: Continuar con la implementación del modelo de atención en 14 municipios de inversión de la iniciativa Mesoamérica 2016.

Se tiene presencia en 78 Ecos familiares en 14 municipios a nivel nacional, mejorando las intervenciones en salud materno-infantil, como lo demuestran los siguientes indicadores:

- El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar fue 53.50 % en 2014 y para finales del 2015 se alcanzó el 75.22 %.
- El porcentaje de embarazadas con atención institucional de parto referidas por los Ecos familiares como parte de las actividades del plan de parto pasó de 70 % a 88.11 %.
- El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente tuvieron una visita por personal de salud, incluyendo personal médico y promotores, a la semana del parto pasó de 91.60 % a 92.7 %
- El porcentaje de madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO y zinc en el último episodio de diarrea pasó de 4.40 % a 37.29 %.

Se desarrolló un plan de información, educación y comunicación para el logro del cumplimiento de indicadores de la iniciativa Mesoamérica, elaborando diversos materiales de apoyo con enfoque sociointeraccionista. Además se otorgaron 146 becas en el diplomado latinoamericano AMANECE en salud materno-infantil. Se espera que con estas acciones se incida en la disminución en la morbilidad materno-infantil.

Meta: Disminuir el número de días de espera para consulta de primera vez de especialidades (medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia) en hospitales básicos.

Se logró una reducción promedio de 4 días en hospitales básicos, pasando de 13 días en 2014 a 9 en 2015, mejorando con ello la salud y diagnóstico

oportuno en los establecimientos hospitalarios más cercanos a la población.

Meta: Incremento del 10 % de la cirugía mayor ambulatoria.

Para mejorar el acceso a la atención quirúrgica, se continúa implementando la estrategia de cirugía ambulatoria electiva. Se ha registrado un aumento de un 17.3 % de cirugías con relación al mismo periodo de 2014, lo que permitió mejorar la calidad de atención de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico y son elegibles bajo esta modalidad, lo que a su vez disminuye los tiempos de estancia hospitalaria y los costos directos e indirectos de atención.

MEDICAMENTOS Y VACUNAS

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

Se diseñó y puso en marcha el Sistema Nacional de Farmacovigilancia y su Centro Nacional de Farmacovigilancia, que permitirá gestionar oportunamente las reacciones adversas y otros problemas relacionados con la dinámica social del medicamento mediante una red de notificadores técnicamente cualificados, utilizando las herramientas tecnológicas disponibles con el apoyo de las redes internacionales de notificación, evaluación y gestión. Actualmente se ha capacitado a 68 profesionales, entre médicos, farmacéuticos y enfermeras, de tres Regiones de salud: Metropolitana, Oriental y Paracentral. Se ha replicado este proceso en los niveles locales con personal de los SIBASI y de Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas y especializadas, así como a líderes comunitarios del Foro Nacional de Salud de las sedes de San Salvador y Usulután.

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

Creación de la Dirección de Tecnologías Sanitarias en el Ministerio de Salud, como respuesta a la necesidad de contar 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, tal como ha sido recomendado por la OPS. Esto nos convierte en el primer país de Latinoamérica que gestiona y planifica el uso de tecnologías sanitarias siguiendo los estándares internacionales, lo cual ha sido clave para la selección de El Salvador como sede del VIII Encuentro de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas, que se realizará en octubre de 2016, con la participación de 27 instituciones evaluadoras de tecnologías provenientes de 14 países de Latinoamérica.

Meta: Implementar mecanismos de mejora en los procesos de compra, abastecimiento y distribución de los medicamentos.

La gestión del aprovisionamiento de medicamentos mejoró sustancialmente a pesar del fallo de la Corte Suprema de Justicia, que declaró inconstitucional la contratación directa de medicamentos, lo cual puso en peligro el abastecimiento de los servicios de salud debido a la complejidad de los procesos de licitación pública nacional e internacional. A pesar de eso, se logró adquirir el 90 % de los medicamentos gestionados en la compra conjunta para hospitales y Regiones de Salud que además generó un ahorro significativo de US\$ 4 millones en relación con los precios de referencia institucionales. Dichos medicamentos están siendo recibidos en los diferentes establecimientos de salud a partir del mes mayo de 2016.

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

Durante el año 2015 la Farmacia Especializada de San Salvador aumentó su producción de forma constante, pasando de un promedio de 3950 atenciones en el primer trimestre a 5475 atenciones en el último trimestre del año. En el primer trimestre de 2016 esta producción fue superada con un promedio de 5945 atenciones mensuales. En el segundo trimestre de 2016 se inauguraron dos Farmacias Especializadas para pacientes con patologías crónicas en la ciudad de Santa Ana y San Miguel, con

una inversión de más de medio millón de dólares en adecuación de la infraestructura y equipamiento, lo cual permitirá desconcentrar los pacientes de los hospitales regionales, garantizar el abastecimiento de medicamentos para patologías crónicas, mejorar la adherencia y el seguimiento farmacoterapéutico así como hacer un uso racional y eficiente del gasto en medicamentos para dichas patologías.

Meta: Mantener coberturas útiles de vacunación entre la población infantil.

Cobertura útil es aquella que alcanza un porcentaje de cumplimiento igual o mayor al 90 %. En ese sentido, las coberturas de vacunación para el periodo de enero a diciembre de 2015 en niñas y niños menores de 1 año fueron: BCG 100 %, tercera dosis de OPV 92 %, tercera dosis de pentavalente 91 %, (DPT, hepatitis B y *Haemophilus influenzae*), segunda dosis de rotavirus 93 %, segunda dosis de neumococo 100 % y la cobertura en niñas y niños de un año con la primera dosis de SPR fue de 95 %. Estos logros fueron alcanzados cumpliendo de manera estricta el esquema nacional de vacunación, lo que pone al país a la vanguardia en términos de cobertura a nivel centroamericano.

UNIDAD DE GÉNERO

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

Se realizaron acciones de transversalización de la equidad y la igualdad de género en la formación del personal, en el campo normativo, así como en la construcción de indicadores de igualdad en el terreno de la salud y en el análisis de estos indicadores y el diseño del plan integral de salud en coordinación con el ISDEMU. En ese sentido, la Unidad de Género, en coordinación con la Escuela de Gobierno en Salud, desarrolló un proceso formativo dirigido a 30 investigadores e investigadoras con el objetivo de generar competencias en el personal de MINSAL, para desarrollar investigaciones con enfoque de género.

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2015-2016

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud establece las acciones para operativizar 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 el proceso de reforma de salud y avanzar así hacia el acceso universal en salud y a la cobertura universal de la salud, garantizando el derecho humano a la salud y el bienestar de la población con justicia social y alto sentido humanitario, mediante el ejercicio de valores como: ética, transparencia, compromiso, calidez, solidaridad, equidad y probidad. Un aspecto esencial de la reforma es el empoderamiento de la ciudadanía para el ejercicio pleno de su derecho, así como en la defensa de sus logros alcanzados.

Los ocho ejes programáticos establecidos en el plan han sido alineados con los diez ejes estratégicos la Reforma de Salud, contribuyendo al fortalecimiento del sistema público. El plan institucional responde 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 vacunación 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. Para avanzar gradualmente en su cumplimiento, en este periodo se han priorizado 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 MINSAL 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 en 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 la RIISS. 7) Mejora de la salud materno-perinatal. 8) Proteger a las personas de las enfermedades prevenibles por vacunas. 9) Reducir la morbilidad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores. 10) Mejorar la atención en salud a las personas víctimas de violencia en todas sus formas. 11) Fortalecimiento de la red nacional de farmacovigilancia. 12) Crear y fortalecer 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 bioinfecciosos 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 los abusos a las personas que usan el sistema de salud.

Este plan constituye una plataforma de entendimiento entre el Ministerio de Salud 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 del proceso de reforma, constituyéndose adicionalmente en un instrumento de gestión financiera y de integración del Sistema Nacional de Salud.

25 RAZONES PARA ENORGULLECERNOS DE LA REFORMA DE SALUD

1. De acuerdo con el *Informe sobre tendencias mundiales de lactancia materna* (WBTI 2015), dado a conocer por UNICEF, CONALAN y CALMA, El Salvador es el segundo país de la región de las Américas con mejores indicadores en lactancia materna. (105 puntos de 150 posibles). Los avances más recientes son:
 - Plan Nacional de Lactancia Materna.
 - Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna.
 - Extensión de licencia por maternidad a 16 semanas.
2. El Salvador está a las puertas de ser el primer país de la subregión en erradicar la malaria, por lo que ha recibido del Fondo Global una donación de US\$ 3.8 millones para la eliminación total.
3. El Salvador está en camino de la eliminación de la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita. El número de casos de transmisión vertical de VIH se ha reducido de 140 en 2001 a dos casos en 2015.
4. El Mecanismo de Coordinación de País (MCP) del Programa Nacional de VIH es el cuarto mejor del mundo, según el Fondo Mundial.
5. Por su alto desempeño en el combate a la epidemia de VIH, El Salvador:
 - a. fue nombrado por unanimidad para presidir el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), instancia que aglutina a todos los programas nacionales de infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales de América Latina y el Caribe, a las redes latinoamericanas que trabajan en VIH y a las agencias de cooperación y asistencia técnica;
 - b. ha sido reelecto como representante de Latinoamérica desde 2014 en la Junta Coordinadora de ONUSIDA;
 - c. es reconocido como centro de vigilancia regional para capacitar a personal sanitario de la región en el monitoreo y vigilancia de la epidemia de VIH. (República Dominicana y Ecuador han solicitado incorporarse).
6. No hay un solo paciente en lista de espera de entrega de antirretrovirales y el 85 % de los fondos para medicación antirretroviral procede del presupuesto general, no de créditos o donaciones.
7. Certificación internacional de sangre segura para los bancos de sangre de acuerdo con las normas ISO, eliminando la transmisión de virus y sustancias peligrosas a través de transfusiones.
8. El Salvador ha sido declarado Centro de excelencia de la OMS para el manejo integral de la tuberculosis (Centro de Capacitación para las Américas). Ha recibido una donación de US\$ 9.8 millones para apoyar el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el control de la Tuberculosis 2016-2020.
9. El Salvador tiene las coberturas útiles (mayores del 90 %) de vacunación más altas en la subregión, lo que ha permitido iniciar el proceso de certificación de la eliminación de sarampión, rubeola y poliomielitis.
10. La propuesta de actualización de nuestro marco legal en salud para consolidar los logros del proceso de reforma sirvió de ejemplo para formular la Estrategia Sobre Legislación Relacionada con la Salud, aprobada por el 54 Consejo Directivo de la OPS, en noviembre de 2015.
11. El Salvador fue uno de los cuatro países (con Estados Unidos, Francia, Brasil) convocados para transmitir su experiencia en el manejo del zika al Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, para aportar a los lineamientos globales ante la Declaración de Emergencia de Salud

- Pública de Importancia Internacional emitida para controlar el zika.
12. Por quinto año consecutivo, El Salvador ostenta la tasa de letalidad más baja por dengue en el continente.
 13. El Salvador fue invitado en 2015 por la OMS a compartir en Copenhague y Ginebra su experiencia con informáticos en salud de todo el mundo sobre la implementación del expediente clínico en línea y el uso de software libre.
 14. El país fue invitado a presentar su experiencia exitosa de implementación y calificación de Ecos familiares en la reunión Regional de Recursos Humanos en Argentina (septiembre de 2015) y en el Taller de Desarrollo de Equipos Multiprofesional de Atención en Salud en OPS/OMS, Washington (diciembre de 2015), junto a Argentina, Chile y Brasil.
 15. El MINSAL ha establecido una política de desprecariación del trabajo y estabilidad laboral. Ello se refleja en el fortalecimiento del vínculo laboral del personal que hoy cuenta con todas las prestaciones garantizadas por Ley de Salarios y Contratos GOES. Este personal se incrementó del 68 % en 2010 al 98 % en 2016. En este periodo se realizó la contratación más grande de personal de salud en toda la historia del país, de 23 239 en 2009 a 29 360 en 2016.
 16. El Salvador es el primer país de la región en implementar un abordaje integrado de evaluación de nuevas tecnologías sanitarias y su uso racional como política institucional. Por este logro, ha sido designado como sede para el encuentro global de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA), en octubre de 2016.
 17. Hemos sido uno de los primeros países latinoamericanos en cumplir con los ODM, particularmente los relacionados con la salud, como mortalidad materna y mortalidad infantil. Por ello hemos sido seleccionados por la ONU como uno de los 20 países (5 de América) para la implementación acelerada del seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluye monitoreo, acompañamiento técnico y apoyo financiero.
 18. El Salvador es pionero en la región en introducir la identificación y medición de las inequidades sociales para el análisis y abordaje de los problemas de salud.
 19. Hemos aportado a la región innovaciones epidemiológicas importantes, como el diseño de alertas estratificadas y modelos epidemiológicos matemáticos predictivos, para facilitar la toma de decisiones sobre eventos epidémicos, así como la introducción de mecanismos de control biológico (alevines) para el manejo de las arbovirosis.
 20. Un millón y medio de personas, los más pobres, tuvieron acceso a los servicios de salud como resultado de la primera acción de la Reforma de Salud: la supresión de las “cuotas voluntarias”.
 21. Más de dos millones de personas que antes no tenían acceso a servicios de salud gozan hoy de la atención de trabajadores calificados de salud con el desplazamiento de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) familiares y especializados.
 22. La aprobación de la Ley de Medicamentos propuesta por la Reforma de Salud ha ahorrado ya a los salvadoreños US\$ 180 millones en tres años (US\$ 60 millones anuales) en gasto de bolsillo que antes de 2011 se embolsaban ilegítimamente los comercializadores de medicamentos.
 23. La Reforma de Salud ha implementado el programa de Farmacias Especializadas (San Salvador, Santa Ana y San Miguel) para facilitar el acceso a medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas. A la fecha se han beneficiado 92 877 pacientes y despachado 183 583 recetas.
 24. La red de servicios de salud se ha ampliado y fortalecido de 413 establecimientos de salud en 2008 a 815 en 2016. Asimismo, se ha fortalecido con equipamiento de última generación, capacitación del personal, categorización de hospitales e implementación de mecanismos de control de calidad y contraloría social.
 25. La Reforma de Salud ha generado como uno de sus ejes estratégicos una amplia y propositiva organización comunitaria en salud, el Foro Nacional de Salud, que ha desarrollado un liderazgo importante para empoderar y orientar a la población en el ejercicio pleno de su derecho a la salud.

La Reforma



**LA INVERSIÓN EN LA SALUD
DEL PUEBLO**



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

de Salud Avanza



«Los gobiernos tienen una responsabilidad fundamental para asegurar acceso universal de calidad a la atención de salud, educación y otros servicios sociales, de acuerdo con las necesidades del pueblo, no de acuerdo con su capacidad de pago».

Declaración para la salud de los pueblos. Bangladesh, 2000.

LA INVERSIÓN EN LA SALUD DEL PUEBLO



Laboratorio de cateterismo cardíaco, Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

CUENTAS EN SALUD

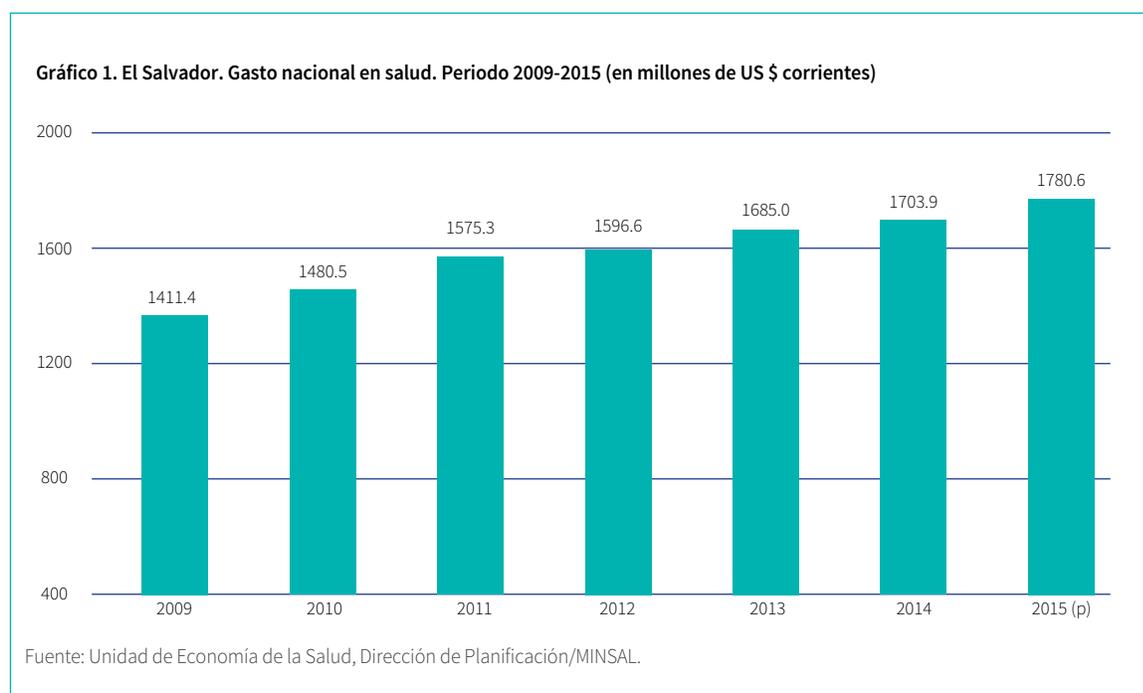
Las estadísticas económicas del sector salud, elaboradas anualmente por el MINSAL¹, dan cuenta del gasto nacional en salud (GNS), su composición (gasto público en salud y gasto privado en salud) y su relación con el producto interno bruto (PIB). Asimismo, las cuentas en salud generan información relativa a la dimensión del gasto según agente, fuente de financiamiento y destino de los recursos, así como del gasto per cápita en salud, tanto institucional como nacional, indicadores de vital importancia para conocer cómo ha progresado el país en cuanto a equidad en el financiamiento de salud y, por tanto, en el avance hacia la cobertura universal en salud, un objetivo enunciado en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019. En El Salvador se producen de manera sistemática y consistente las cuentas en salud aplicando la metodología estándar de OPS/OMS², lo que permite disponer hoy de un periodo de veintiún años (1996-2015) de estadísticas sectoriales de financiamiento y gasto. A continuación se presenta un resumen de dichos indicadores para los últimos ocho años (2009-2015).

1. Las cifras que se presentan son estimadas por la Unidad de Economía de la Salud de la Dirección de Planificación del MINSAL a partir de datos de las entidades del sector salud y otras instancias como el Banco Central de Reserva de El Salvador, la Superintendencia del Sistema Financiero, la Dirección General de Estadística y Censos y el Ministerio de Hacienda.

2. Esta metodología se sigue utilizando, a pesar de las observaciones realizadas por el país en cuanto a que la medición del gasto público incluye el presupuesto del ISSS resultante de los aportes de sus cotizantes, que en esencia es gasto privado porque proviene del bolsillo de los trabajadores, por lo que no debería ser considerado como gasto público.

«Cerca del 80% de la inversión en la atención al VIH proviene de fondos públicos con lo que estamos garantizando la sostenibilidad de la respuesta tal como lo ha pedido el Secretario General. Nos comprometemos a que nuestros compatriotas tengan acceso a tratamiento integral, que los adolescentes y adultos que viven con VIH conozcan su estado, tengan la información necesaria y gocen de calidad de vida».

*Violeta Menjivar, Ministra de Salud
ONU, Nueva York, Estados Unidos, 2016*



Un indicador macro de la inversión que el país destina a salud es el GNS. En el gráfico 1 se presenta el GNS en valores corrientes y en el gráfico 2, lo que representa en relación al PIB.

La información estimada indica que el GNS pasó de US\$ 1411.4 millones (2009) a US\$ 1780.6 millones en 2015 (cifras preliminares), equivalente a una tasa de crecimiento positiva del 26 % durante el periodo. En relación al PIB³, el GNS, que representaba el

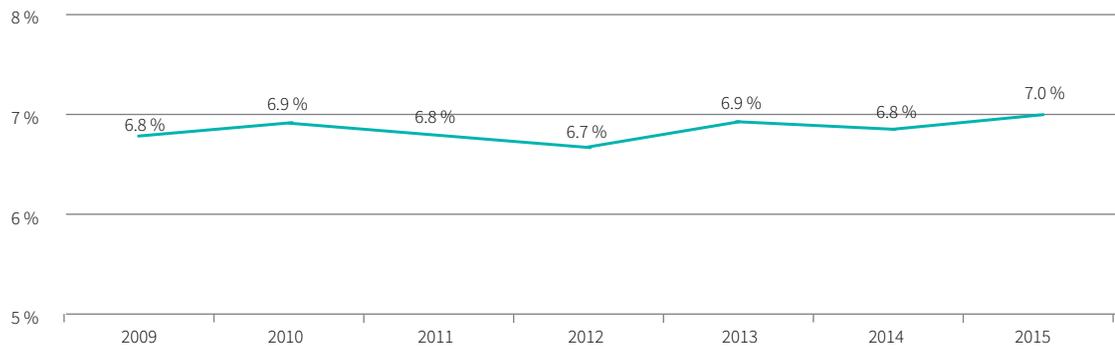
6.8 % en 2009, pasó al 7 % en 2015, lo que refleja la importancia relativa de la inversión del país en este sector. Ha de tenerse en cuenta que dentro del GNS se incluye tanto el gasto público como el gasto privado en salud.

Tan importante como determinar el GNS es identificar en su composición el gasto público y el gasto privado, dado que este es un indicador relacionado con la equidad.

3. El indicador GNS/PIB está influido por las diferencias en las tasas de crecimiento anual de ambas variables. En ese sentido, no siempre los incrementos nominales en el GNS se ven reflejados en el indicador, dada la dinámica de crecimiento del PIB.

Esta metodología, diseñada por las organizaciones financieras multilaterales a efectos de obtener una estandarización internacional, ha sido objetada por El Salvador. La observación radica en que la medición del gasto público incluye el presupuesto del ISSS, uno de cuyos componentes resulta de los aportes de sus cotizantes, que en esencia es gasto de bolsillo de los trabajadores y por tanto gasto privado, por lo que no debería ser contabilizado como gasto público.

Gráfico 2. El Salvador. Evolución del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB



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

Gráfico 3A. Composición del gasto nacional en salud de El Salvador. Periodo 2009-2015 (en %)



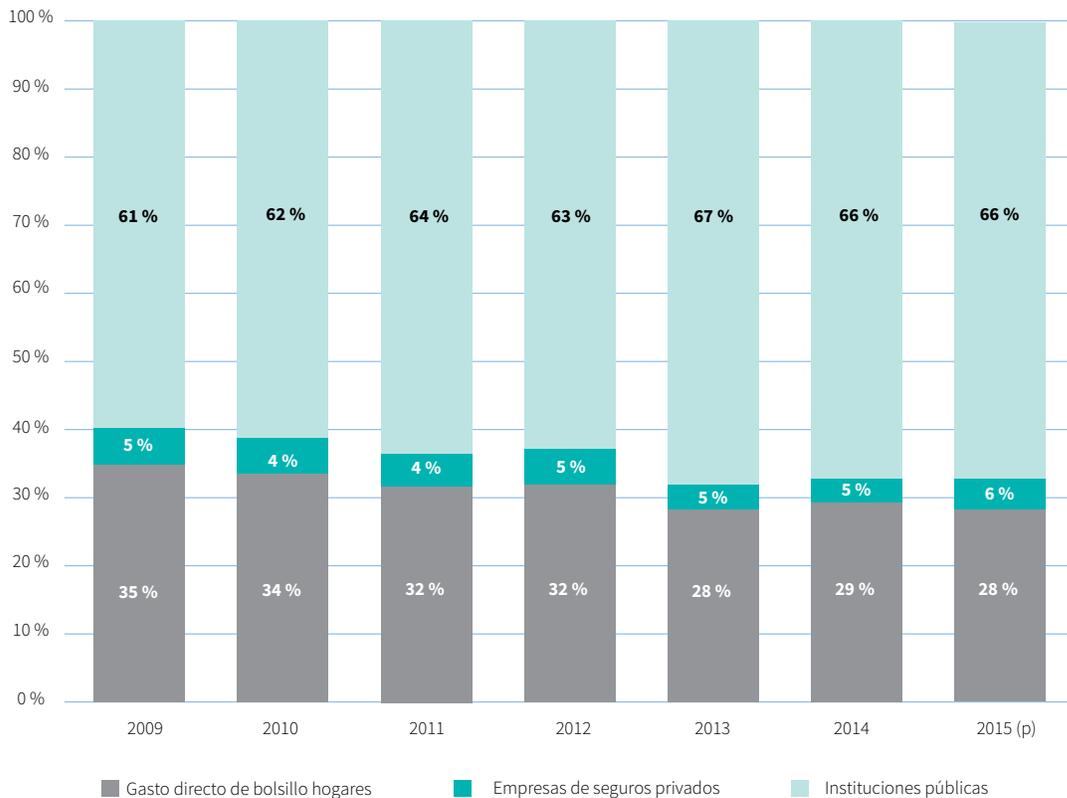
Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL.

Las estimaciones realizadas indican que en El Salvador la constante desde 2009 es un incremento sostenido del gasto público en salud (GPúbS), cuya contribución al GNS para 2015 equivale al 66 % del monto total. En sentido inverso, el gasto privado en salud (GPrivS) pasó del 39 % del GNS en 2009 al 34 % en 2015, perdiendo importancia relativa, lo que es un reflejo de la fuerte inversión para el fortalecimiento actual del sistema público, como producto de una combinación de políticas en salud relacionadas con el control del precio de medicamentos por parte de la Dirección Nacional de Medicamentos

(DNM), el acercamiento de los servicios de salud del MINSAL a la población más vulnerable por medio de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos familiares), la eliminación de las aportaciones económicas de los pacientes atendidos en los establecimientos públicos y el incremento del presupuesto de las entidades estatales del sector.

Para observar las contribuciones al financiamiento del GNS, en el Gráfico 3B complementariamente se agrega la estructura del GNS por tres grandes agentes: el sector público, las empresas de seguros privados en salud y los hogares.

Gráfico 3B. Composición del gasto nacional en salud de El Salvador por agentes de financiamiento. Periodo 2009-2015 (en %)



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

«Dado que el mercado es incapaz de suministrar bienes y servicios esenciales de un modo equitativo, hay que hacer hincapié en una financiación pública que exija el firme liderazgo del sector público y un gasto público adecuado. Eso, a su vez, requiere un sistema impositivo progresivo, pues se ha visto que una redistribución moderada tiene efectos mucho mayores en la reducción de la pobreza que el crecimiento económico por sí solo».

Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. 2008.

Son parte del GpúbS los gastos en salud del MIN-SAL y de la red de entidades adscritas: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAFA), Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y los que ejercen los gobiernos locales y las empresas públicas. Mientras que el GPrivS es la resultante de agregar el gasto de bolsillo en salud de los hogares (gasto directo) y los pagos por siniestralidad de las empresas aseguradoras con coberturas en salud.

En definitiva, el aumento del GNS experimentado en estos años (2009 a 2015) es resultado del proceso de Reforma de Salud implementado *por el gobierno del cambio* y de su apuesta por el fortalecimiento del sector público para garantizar el derecho humano a la salud. El incremento del GPúbS rompe la tendencia observada en años previos y está en línea de avanzar con la Estrategia Regional de Acceso Universal en Salud y Cobertura Universal en Salud, un compromiso de país⁵.

En lo que respecta al componente privado, las cifras del gráfico 3B confirman la tendencia observada desde 2009: la relevancia en la disminución

del gasto directo de bolsillo de los hogares en salud (GDBHS), que pasó del 35 % (2009) al 28 % del GNS en 2015. Este indicador es un compromiso enunciado en el *Plan Quinquenal de Desarrollo: 2014-2019* y establece como meta “reducir en tres puntos porcentuales el gasto directo de bolsillo de los hogares en salud, con respecto al gasto nacional en salud”⁶. Tomando como año base 2014 (29 % del GNS), el indicador del GDBHS respecto al GNS ha avanzado en un punto porcentual de la meta establecida.

En términos del porcentaje del PIB⁷, en el gráfico 4 se presentan el GpúbS y el gasto en salud del MIN-SAL de 2009 a 2015. Las cifras indican que el GPúbS pasó de representar el 4.1 % del PIB en 2009 al 4.6 % en 2015, incrementándose en 0.5 puntos porcentuales respecto al PIB. Si bien este indicador denota el esfuerzo realizado por el Gobierno por aumentar el presupuesto destinado al sector salud, todavía representa un reto importante elevarlo al 6 % del PIB, que es, según la Organización Panamericana de la Salud, el nivel mínimo requerido para el logro de la cobertura universal en salud⁸.

6. Gobierno de El Salvador. *Plan Quinquenal de Desarrollo. El Salvador productivo, educado y seguro*. 2014-2019. p. 142.

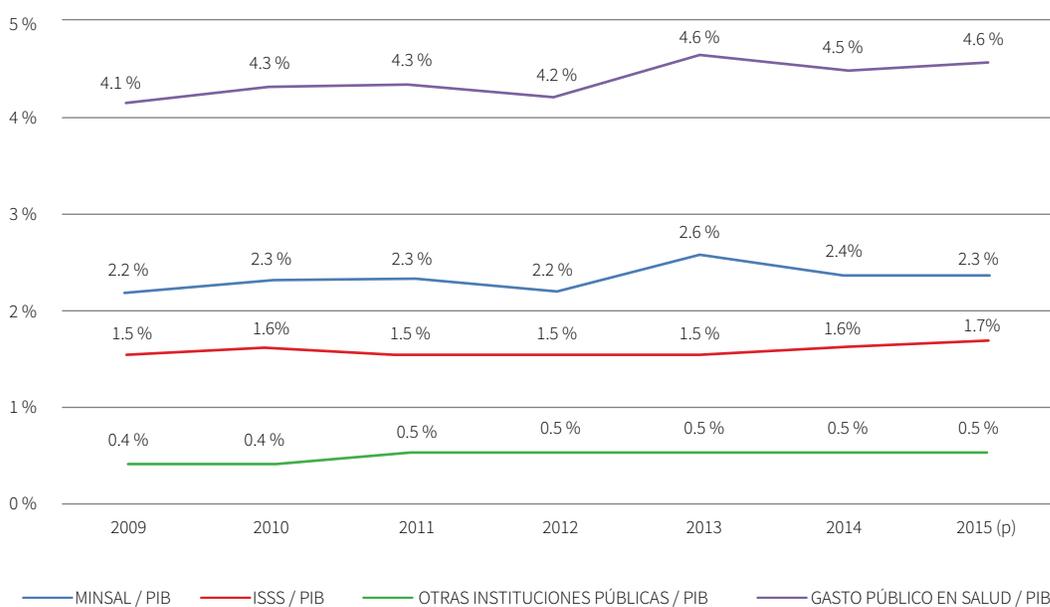
7. Al igual que sucede con todos los indicadores relacionados con el PIB, los resultados del indicador GpúbS/PIB dependen de las diferencias en las tasas de crecimiento anual de ambas variables. Las cifras de 2015 son preliminares.

8. OPS/OMS. 53.º Consejo Directivo. 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, octubre de 2014, p. 4.

4. Son entidades adscritas del ramo de salud las siguientes: hospitales nacionales, Fondo Solidario para la Salud, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, Cruz Roja Salvadoreña y Hogar de Ancianos Narcisca Castillo.

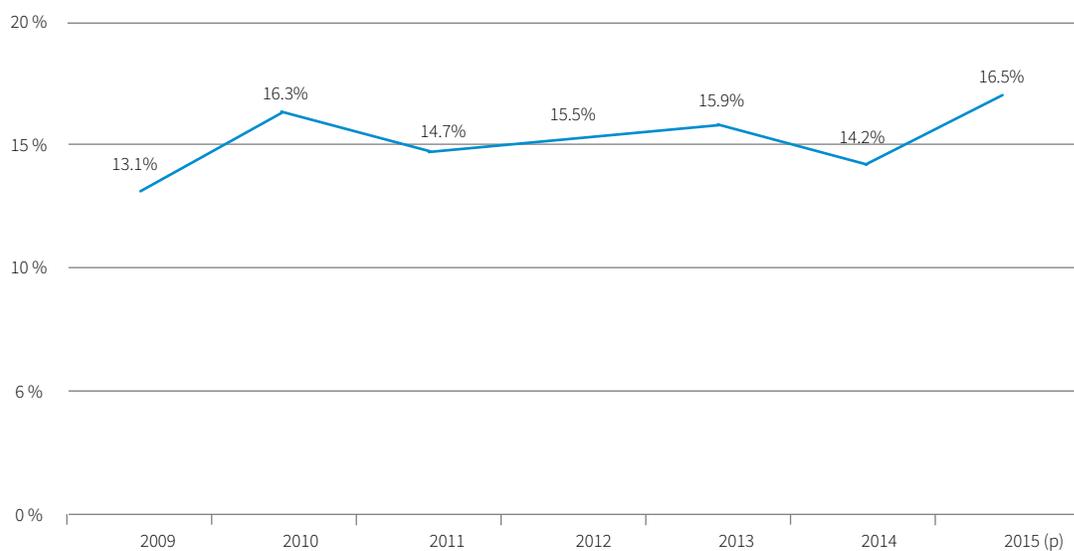
5. OPS/OMS. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, octubre de 2014.

Gráfico 4. Gasto público en salud e institucional como porcentaje del PIB (2009-2015)



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

Gráfico 5. Evolución del gasto público en salud como porcentaje del gasto del Gobierno general



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



Inauguración y equipamiento de Unidad Comunitaria de Salud Familiar, puerto de La Libertad.

En el caso particular del MINSAL, el gasto en salud (incluyendo todas las fuentes de financiamiento⁹, como las subvenciones a instituciones adscritas y los subsidios a otras entidades de asistencia social) representó el 2.3 % del PIB en 2015, equivalente al 50 % del GPúbS (4.6 % del PIB), mientras que los gastos en salud del ISSS, que representaron en 2015 el 1.7 % del PIB, aportaron casi el 40 % restante del GPúbS. La diferencia (cerca del 10 %) del GPúbS (0.6 % del PIB) fue el resultado de los aportes conjuntos del ISBM, el CSSP, el COSAM, la DNM y el resto de entidades antes citadas, cuyos gastos contribuyen al sector (gráfico 4).

Un indicador trazador del GPúbS refleja la proporción dentro de los gastos del Gobierno general (GGG). Las cifras disponibles señalan que dicho indicador pasó de 13.1 % (2009) a 16.5 % en 2015 (gráfico 5)¹⁰, lo que da cuenta del esfuerzo creciente del

Gobierno para fortalecer el sistema público en aras de garantizar el derecho humano a la salud.

Con el objeto de visualizar el crecimiento del GpúbS y del GprivS en el país, según cada institución o agente, en la tabla 1 se presenta el detalle de dicha información (en valores corrientes y como porcentajes del GNS) para el periodo 2009 a 2015. Las cifras indican lo que ha sido otra de las constantes en el GNS desde 1996: la alta importancia del MINSAL y del ISSS en el financiamiento de la salud en el país. De hecho, ambas entidades explican el 58 % del GNS y el 88 % del GpúbS en 2015.

Tal magnitud de contribución al GNS y al GpúbS implica que cualquier modificación (aumento o disminución del presupuesto asignado, ingresos por cotización o gasto devengado en salud) del MINSAL y del ISSS impacta de manera significativa en el nivel alcanzado de ambas variables.

Adicionalmente, las cuentas en salud permiten obtener indicadores estrechamente relacionados con la equidad: el gasto per cápita en salud (GPercS) y el gasto per cápita institucional en salud (GPercIS). Dichos indicadores se presentan en los gráficos 6 y 7, respectivamente.

9. Son fuentes de financiamiento del MINSAL los fondos generales, los recursos propios, las donaciones y los préstamos externos del presupuesto ordinario, así como los recursos extraordinarios que le han sido asignados.

10. Se debe considerar que los resultados del indicador GpúbS/GGG dependen de las diferencias en las tasas de crecimiento anual de ambas variables.

Tabla 1. Gasto nacional en salud, según instituciones agentes (en millones de US\$ y porcentajes)

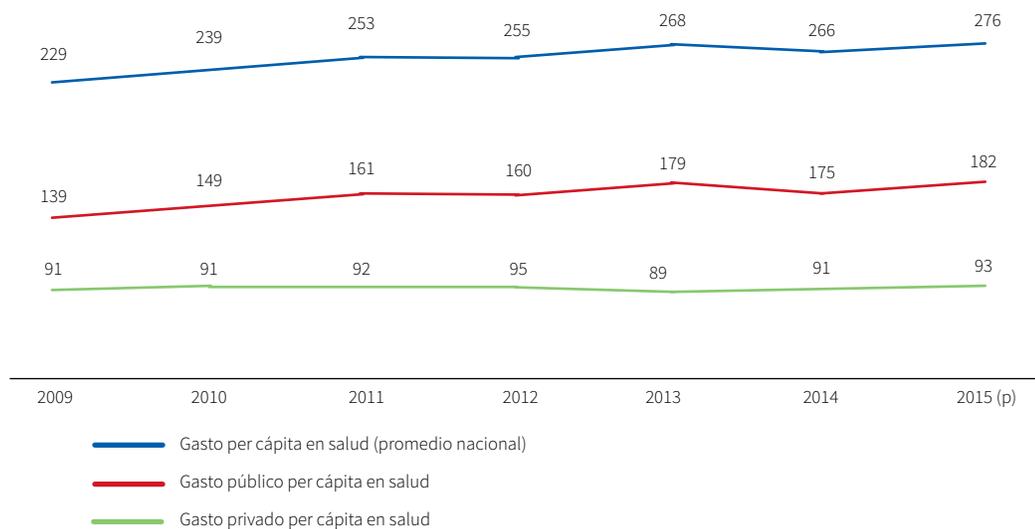
Institución/agente	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (p)
Gasto público en salud	854.1	918.9	1001.4	1002.7	1123.8	1122.1	1178.6
MINSAL	449.4	493.6	532.7	522.1	623.3	590.2	606.2
ISSS	317.2	333.9	356.1	357.3	373.4	404.0	430.5
ISBM	28.6	34.1	50.1	54.6	51.6	51.9	61.6
Sanidad Militar	17.2	19.2	19.2	20.6	23.6	19.1	19.1
Consejo Superior de Salud Pública	2.2	2.5	2.7	2.5	1.9	1.9	2.0
Dirección Nacional de Medicamentos				1.7	3.4	4.7	6.5
CEFAFA	8.9	9.1	10.9	13.9	11.5	11.4	13.6
Otras entidades públicas	14.1	4.8	8.2	5.9	6.1	6.2	6.2
Gobiernos locales	5.0	8.6	7.7	10.8	12.7	12.4	12.4
Empresas Públicas	11.4	13.1	14.0	13.3	16.2	20.5	20.5
Gasto privado en salud	557.4	561.7	573.9	593.9	561.2	581.8	601.9
Gasto directo de bolsillo hogares	490.1	497.5	505.3	517.2	479.2	490.7	497.7
Empresas de seguros privados	67.2	64.1	68.6	76.7	82.1	91.1	104.3
Gasto nacional en salud	1411.4	1480.5	1575.3	1596.6	1685.0	1703.9	1780.6

Gasto en salud como proporción del gasto nacional en salud (en porcentajes)							
Institución/Agente	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (p)
Gasto público en salud	61 %	62 %	64 %	63 %	67 %	66 %	66 %
MINSAL	32 %	33 %	34 %	33 %	37 %	35 %	34 %
ISSS	22 %	23 %	23 %	22%	22 %	24 %	24 %
ISBM	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Sanidad Militar	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Consejo Superior de Salud Pública	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
Dirección Nacional de Medicamentos	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.1 %	0.2 %	0.3 %	0.4 %
CEFAFA	0.6 %	0.6 %	0.7 %	0.9 %	0.7 %	0.7 %	0.8 %
Otras entidades públicas	1 %	0 %	0.5 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gobiernos locales	0.4 %	0.6 %	0.5 %	0.7 %	0.8 %	0.7 %	0.7 %
Empresas públicas	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Gasto privado en salud	39 %	38 %	36 %	37 %	33 %	34 %	34 %
Gasto directo de bolsillo hogares	35 %	34 %	32 %	32 %	28 %	29 %	28 %
Empresas de seguros privados	5 %	4 %	4 %	5 %	5 %	5 %	6 %
Gasto nacional en salud	100 %						

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

(1): En términos generales, las cifras de gasto del MINSAL reportadas en Cuentas en Salud tienen algunas variaciones, no significativas (salvo para 2011), respecto a las presentadas por UFI/MINSAL, en el gráfico 2 de este informe. La razón de ello estriba en que en el caso de Cuentas en Salud se consolidan todas las fuentes de financiamiento (incluso las extrapresupuestarias, por ejemplo las del proyecto de Fortalecimiento de la Salud de USAID, entre otras), y a que en la metodología de Cuentas en Salud se parte del presupuesto especial de las entidades autónomas para registrar los gastos devengados, mientras que la UFI lo hace desde la transferencia. Ello explica tales diferencias en los gastos del MINSAL, desde la perspectiva de Cuentas en Salud.

Gráfico 6. Evolución del gasto nacional per cápita en salud (en US \$)

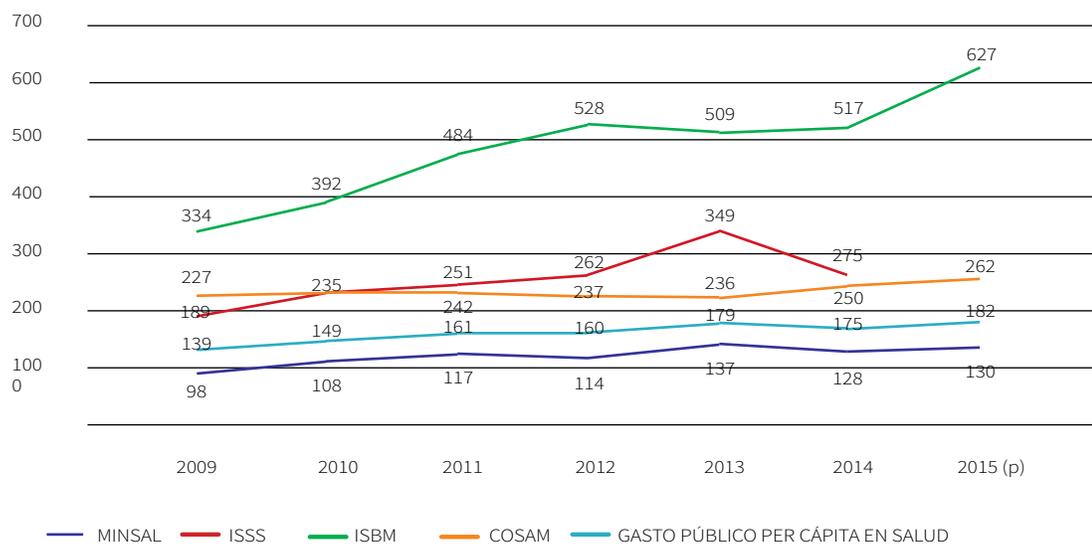


Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL.

Como puede observarse para el periodo 2009-2015, el GpercS en El Salvador pasó de US\$ 229 (2009) a US\$ 276 (2015), lo cual representa un 21 % de incremento, mientras el gasto per cápita privado tiene una

tendencia a la estabilización con un incremento de solo US\$ 2; por otro lado, el gasto per cápita público aumentó \$ 43 para el periodo, siendo el componente que más incidió en el incremento del GpercS.

Gráfico 7. Gasto per cápita institucional en salud (En US \$)



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

Por su parte, las cifras del gasto per cápita institucional en salud (GPerIS) muestran que pese al incremento presupuestario del MINSAL en los últimos años todavía el GPerIS está por debajo del GPerIS del ISSS y representa cerca de la quinta parte de per cápita del ISBM; ello refleja una marcada inequidad en la inversión en salud. Igualmente es posible apreciar que el gasto público per cápita total ha tenido un incremento sostenido desde 2009, atribuible en su mayor parte al incremento del gasto per cápita del MINSAL, que cubre el 72 % de la población salvadoreña según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2014 (DIGESTYC-MINEC). A partir de esta información es importante citar que en la medida que el MINSAL y el ISSS (responsables de los dos segmentos más grandes de población) se acerquen al gasto público per cápita total, se posibilitarán las

condiciones para avanzar hacia la integración del Sistema Nacional de Salud.

Un reto de carácter estructural y de naturaleza significativa para mejorar la equidad en el financiamiento y gasto en salud en el país es avanzar hacia la protección financiera de la población por gasto catastrófico, como una de las líneas estratégicas para el logro de la cobertura universal en salud. El gasto per cápita institucional específico en medicamentos que se muestra en el gráfico 8 confirma la regla.

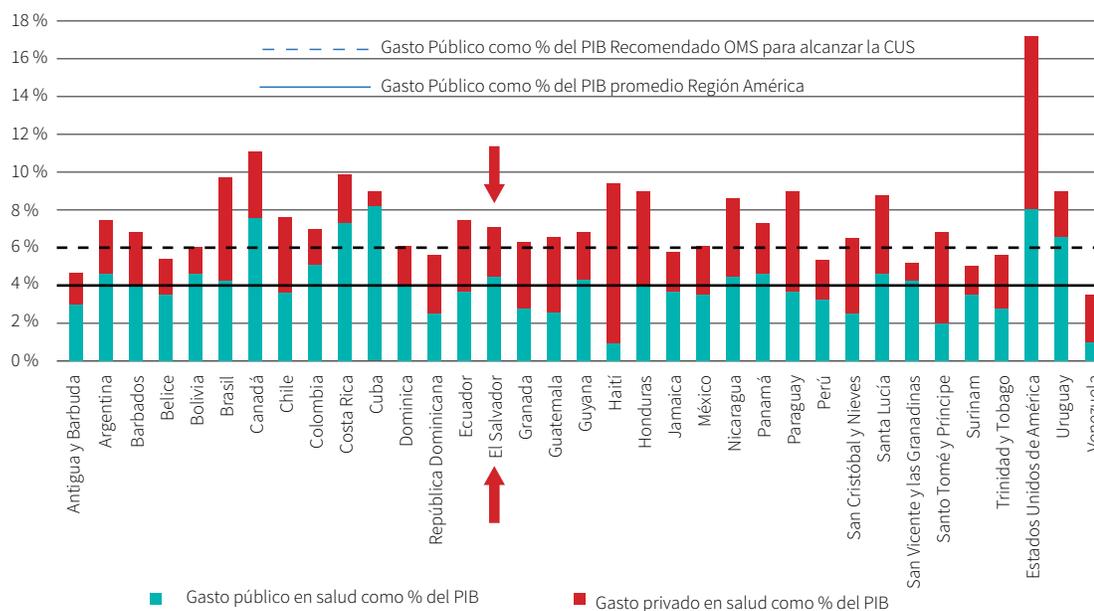
Finalmente, y para comparar las cifras nacionales de cuentas en salud con el resto de países de las Américas, en el gráfico 9 se presenta información del GPúbS y del GPrivS como porcentaje del PIB y como promedio de la región para el año 2013 (cifras disponibles a la fecha), a fin de identificar la posición de El Salvador en relación a tales indicadores.

Gráfico 8. Gasto per cápita institucional en medicamentos¹¹ (en US \$)



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

Gráfico 9. Cuentas en salud: comparación con países de las Américas. Año 2013



Fuente: www.who.int. Base de datos OMS consultada el 12 de abril de 2016.

Cuando se examina la composición pública y privada del GNS, la información disponible indica que el nivel del GpúbS alcanzado por El Salvador supera al de países como Guatemala, República Dominicana, México, Paraguay, Perú, Chile, entre otros. Las cifras indican que en El Salvador el GpúbS respecto al PIB está ligeramente por encima del promedio de las Américas (4.1 % del PIB). No obstante, en términos del GNS respecto al PIB está por debajo de los niveles alcanzados por países como Costa Rica (10 % del PIB), Canadá (11 % del PIB); Cuba (9 % del PIB) y Estados Unidos de América (cerca del 17 % del PIB), entre otros.

EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL

En este apartado se presenta el presupuesto modificado del ramo al final de cada ejercicio fiscal, es decir que comprende el presupuesto votado en la Asamblea Legislativa más las modificaciones (trans-

ferencias, aumentos, fondos no ejecutados, donaciones) que se realizaron durante la ejecución del presupuesto en cada año.

Este presupuesto incluye las asignaciones para el funcionamiento de la Secretaría de Estado, del Primer Nivel de Atención, de los hospitales nacionales y de otras instituciones adscritas al ramo, así como el rubro de inversión. Se consideran además todas las fuentes de financiamiento del presupuesto (ordinario, extraordinario y otras fuentes), cuya evolución para el periodo 2010-2016 se presenta en la tabla 2.

En el periodo 2010-2016, puede evidenciarse un incremento total del 38 %, pasando de US\$ 486.4 millones (2010) a US\$ 670.03 millones (2016), lo que ha significado un incremento total de US\$ 183.63 millones.

La principal fuente de financiamiento del presupuesto del MINSAL corresponde al Fondo General, con una tendencia al crecimiento en cada ejercicio fiscal, que oscila entre el 79 % en 2010 al 90.8 % en 2016 del presupuesto total de este ministerio.

Tabla 2. Presupuesto modificado total- MINSAL, incluye todas las fuentes de financiamiento (cifras en millones de US\$), periodo 2010-2016 (*)

Total presupuesto por fuente de financiamiento	En millones de dólares						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (P)
Fondo General (GOES)	384.4	488.3	483.8	556.2	552.6	585.32	608.09
Prestamos externos	76.2	38.5	45.3	50.8	50.6	33.55	23.80
Donaciones	12.8	13.3	15.1	22.1	19.5	15.18	17.88
Recursos propios	11.3	11.5	14.6	14.7	17.8	17.89	15.93
Fondos de actividades especiales	1.7	2.3	2.3	2.6	3.9	3.97	4.32
Total presupuesto modificado	486.4	553.9	561.1	646.5	644.4	655.90	670.03
Tasa de crecimiento anual	6.0 %	13.9 %	1.3 %	15.2 %	-0.3 %	1.8 %	1.3 %
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (P)
Fuente de financiamiento	En porcentajes						
Fondo general (GOES)	79 %	88 %	86 %	86 %	87 %	89.2 %	90.8 %
Préstamos externos	16 %	7 %	8 %	8 %	8 %	5.1 %	3.6 %
Donaciones	3 %	2 %	3 %	3 %	2 %	2.3 %	2.7 %
Recursos propios	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	2.7 %	2.4 %
Fondos de actividades especiales	0.3 %	0.4 %	0.4 %	0.4 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

(*) Para los años 2010 al 2015 se presenta el presupuesto modificado al cierre del ejercicio.

(p): Para el año 2016, se presenta el presupuesto modificado a febrero 2016.

Los datos de la tabla1 son un claro reflejo de la voluntad política gubernamental de asumir el déficit histórico del Gobierno central, que hasta 2009 no reflejaba incrementos ni siquiera al ritmo de la tasa de incremento poblacional ni de la inflación anual, lo cual en la práctica se traducía en deterioro de la infraestructura y de la calidad de la asistencia, estancamiento de la contratación de recursos, obsolescencia tecnológica y adicionalmente se trasladaba a la población parte de los costos que el presupuesto estatal no suministraba y que se configuraban en el sistema de recuperación de costos, que se denominaba “cuotas voluntarias”.

En realidad las “cuotas voluntarias”, más que como una fuente de recursos financieros, operaba como un factor de exclusión para los sectores poblacionales más pobres y en menor medida como un mecanismo efectivo de freno a la demanda de servicios.

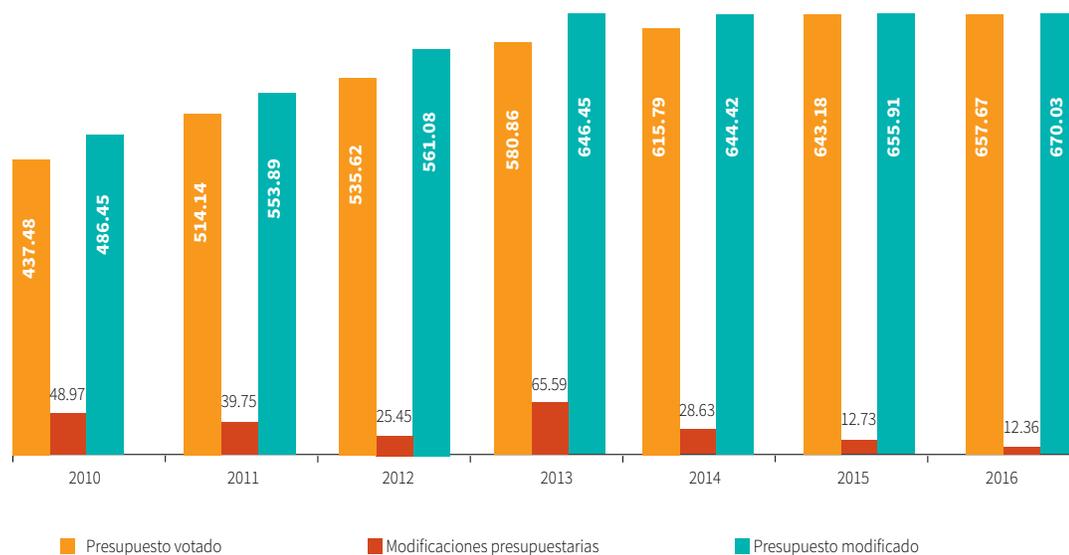
Asimismo, el presupuesto del ramo está integrado por otras fuentes de financiamiento que contribuyen a lograr los objetivos del MINSAL, siendo los préstamos externos la segunda fuente con mayor representación, no obstante que estos han ido disminuyendo durante la evolución del presupuesto debido a la finalización de los proyectos. Así, en 2010 representaban el 16 % y en 2016, el 3.6 %, cuyas inversiones han correspondido a las líneas establecidas en los mismos y no para solventar el gasto corriente; similar comportamiento reflejan las otras fuentes de financiamiento, como son las donaciones, recursos propios (especialmente de hospitales) y el fondo de actividades especiales (FAE).

En el gráfico 10 se presenta la evolución del presupuesto votado y de presupuesto modificado del MINSAL al final de cada ejercicio fiscal, incluyendo todas sus fuentes de financiamiento.

Las modificaciones presupuestarias que se reflejan en el gráfico 10 corresponden al efecto neto de aumentos o disminuciones aplicadas durante la ejecución del presupuesto en cada año. En el caso particular del año 2015 se incorporaron asignaciones adicionales para concluir la ejecución de proyectos de inversión, como algunos financiados con el Presupuesto Extraordinario de Inversión Social, PEIS, concluir la construcción del Hospital Nacional de la Mujer, con préstamo BCIE y otras donaciones de organismos internacionales, como el Fondo de Desarrollo Social de Japón y el Fondo Común de Apoyo Programático FOCAP.

En la tabla 2 se puede verificar la distribución del presupuesto modificado del MINSAL cuando se desglosa según los principales tipos de gasto, considerando todas las fuentes de financiamiento.

Gráfico 10. Evolución presupuesto votado, modificaciones y presupuesto modificado del MINSAL, incluyen todas las fuentes de financiamiento (cifras en millones de US \$), periodo 2010-2016



Fuente: Unidad Financiera Institucional. Para el año 2016, se presenta presupuesto modificado a febrero.

Tabla 3. Presupuesto modificado del MINSAL, según principales tipos de gasto.
Incluye todas las fuentes de financiamiento (cifras en millones de US\$), periodo 2010-2016

Resumen funcionamiento e inversión	Presupuesto modificado Total MINSAL						
Descripción	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016(p)
Remuneraciones	272.68	313.64	341.12	368.18	387.88	415.69	441.87
Productos farmacéuticos y medicinales	57.41	43.47	40.58	62.01	47.42	55.26	53.55
Insumos médicos	25.70	32.85	34.55	39.12	33.51	40.27	38.46
Vacunas para humanos	8.57	18.78	14.46	12.81	15.87	13.62	13.33
Alimento para pacientes	6.24	6.81	8.32	8.36	7.45	8.84	9.95
Combustibles y lubricantes	4.33	4.96	6.33	6.95	6.00	4.99	5.32
Servicios básicos	9.16	11.14	13.14	13.21	13.65	12.76	13.46
Mantenimiento y reparación de bienes muebles, inmuebles y vehículos	3.83	4.10	4.56	5.48	5.20	5.70	5.60
Arrendamientos bienes muebles, inmuebles	2.95	3.54	3.45	4.14	4.82	4.74	3.82
Inversiones en activos fijos	47.58	73.31	47.04	76.12	71.16	44.88	29.06
Otros gastos	47.99	41.30	47.53	50.08	51.47	49.17	55.63
Total general	486.45	553.89	561.08	646.45	644.42	655.91	670.03
Descripción	En porcentaje						
Remuneraciones	56.1 %	56.6 %	60.8 %	57.0 %	60.2 %	63.4 %	65.9 %
Productos farmacéuticos y medicinales	11.8 %	7.8 %	7.2 %	9.6 %	7.4 %	8.4 %	8.0 %
Insumos médicos	5.3 %	5.9 %	6.2 %	6.1 %	5.2 %	6.1 %	5.7 %
Vacunas para humanos	1.8 %	3.4 %	2.6 %	2.0 %	2.5 %	2.1 %	2.0 %
Alimento para pacientes	1.3 %	1.2 %	1.5 %	1.3 %	1.2 %	1.3 %	1.5 %
Combustibles y lubricantes	0.9 %	0.9 %	1.1 %	1.1 %	0.9 %	0.8 %	0.8 %
Servicios básicos	1.9 %	2.0 %	2.3 %	2.0 %	2.1 %	1.9 %	2.0 %
Mantenimiento y reparación de bienes muebles, inmuebles y vehículos	0.8 %	0.7 %	0.8 %	0.8 %	0.8 %	0.9 %	0.8 %
Arrendamientos bienes muebles, inmuebles	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.7 %	0.7 %	0.6 %
Inversiones en activos fijos	9.8 %	13.2 %	8.4 %	11.8 %	11.0 %	6.8 %	4.3 %
Otros gastos	9.9 %	7.5 %	8.5 %	7.7 %	8.0 %	7.5 %	8.3 %
Total general	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

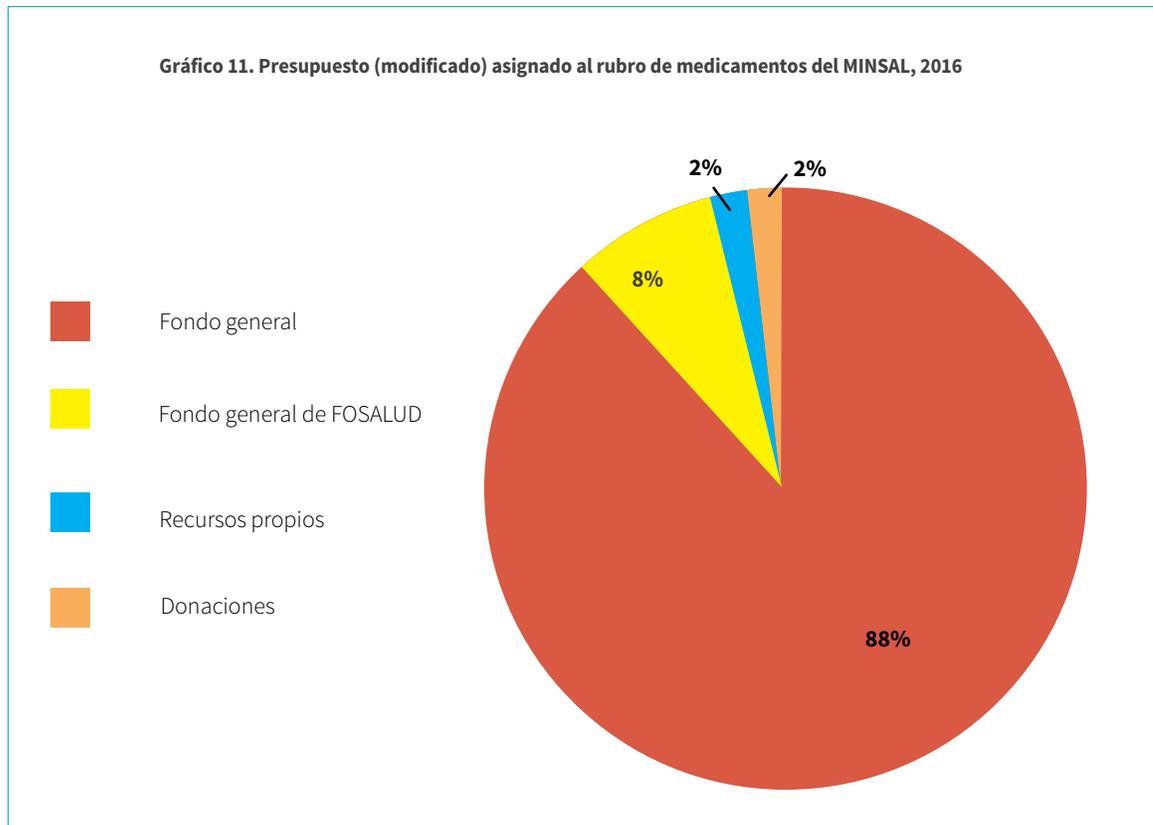
(p): Para el año 2016, se presenta el Presupuesto Modificado a Febrero 2016.

De acuerdo con la tabla 3, el mayor porcentaje de presupuesto se destina al rubro de remuneraciones, que oscila entre el 56.1 % (2010) y el 65.9 % (2016), lo cual es reflejo en buena medida del aumento en las contrataciones demandadas por la implantación del proceso de reforma de salud. Adicionalmente refleja la presión financiera que genera la aplicación salarial establecida en el escalafón, que se aplica anualmente hasta el 5 %

para los trabajadores que aún no tienen 5 años de antigüedad en su puesto de trabajo, y hasta el 8 % a partir del sexto año. Esto último ha ocurrido a partir de 2016, como resultado del contingente contratado a partir de 2010. Esta situación se refleja en el presupuesto 2016, en el que a pesar de que solo se incrementó en 90 personas más que en 2015, el aumento en el rubro de remuneraciones fue de US\$ 26.5 millones.

Los montos destinados a medicamentos varían entre el 7.2 % y 11.8 % del presupuesto total durante el periodo (2010-2016). Es importante resaltar que este rubro, además del Fondo General, está siendo financiado con diferentes fuentes (Fondo General de

FOSALUD, préstamos externos y recursos propios); para 2016, la mayor contribución procede del Fondo General, con un 88 % (gráfica 11), lo cual es una fortaleza del fondo público, ya que es el Fondo General del Estado quien financia este rubro estratégico.



El presupuesto del MINSAL se destina a las diferentes dependencias del nivel central y a la red de servicios de salud que concentra la mayor parte del personal y se organiza por niveles de atención, tal como se puede ver en la tabla 3.

Las cifras mostradas en la tabla 3 indican que se han realizado esfuerzos para incrementar de forma sostenida los recursos dirigidos al Primer Nivel de Atención, pasando de una asignación en 2010 de US\$ 162.61 millones a US\$ 264.15 millones en 2016, lo que representa en este último año el 39 % del total del presupuesto destinado a los establecimientos del ramo de Salud, debido a la apertura de las

Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF). De igual forma, la red hospitalaria (Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención) refleja variaciones positivas en las asignaciones presupuestarias, representando para el año 2016 el 52 % del presupuesto total asignado a los niveles de atención. Ello ha permitido responder al incremento de la demanda, a la incorporación de nuevas tecnologías y al abatimiento de las barreras temporales (extensión de horarios), culturales (clínicas VICITS, ODS) geográficas (Ecos familiares y nuevas UCSF) y económicas (sistema de cuotas voluntarias) hacia el acceso universal a la salud.

«[...]es imperativo superar las desigualdades, las inequidades, el estigma y la discriminación».

*Violeta Menjívar, Ministra de Salud
ONU, Nueva York, Estados Unidos, 2016*

Tabla 4. Ejecución presupuesto del MINSAL por unidad presupuestaria al 31 de diciembre de 2015, incluye todas las fuentes de financiamiento (en millones de US\$)

Dependencias		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		(en millones US\$)						
Red de Servicios de Salud	Primer Nivel de Atención	162.61	217.29	221.13	257.32	252.46	249.23	262.37
	Segundo Nivel de Atención	197.38	181.46	187.32	225.38	233.55	229.82	231.09
	Tercer Nivel de Atención	92.64	122.93	123.03	143.08	122.03	125.85	122.75
Nivel superior (secretaría de Estado)		33.83	32.22	29.60	20.67	36.38	51.00	53.82
Total		486.45	553.89	561.08	646.45	644.42	655.91	670.03
		(en porcentaje)						
Red de Servicios de Salud	Primer Nivel de Atención	33 %	39 %	39 %	40 %	39 %	38 %	39 %
	Segundo Nivel de Atención	41 %	33 %	33 %	35 %	36 %	35 %	34 %
	Tercer Nivel de Atención	19 %	22 %	22 %	22 %	19 %	19 %	18 %
Nivel superior (Secretaría de Estado)		7 %	6 %	5 %	3 %	6 %	8 %	8 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%

Fuente: Unidad Financiera Institucional

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL, 2010-2016

El MINSAL ha presentado altos índices de ejecución financiera institucional, manteniendo porcentajes de ejecución que superan el 90 %.

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2015

El presupuesto del ramo para este año inició con un presupuesto de US\$ 643.18 millones, al que le fueron aplicadas diferentes modificaciones, reflejando un incremento neto de US\$ 12.72 millones, situación que elevó el presupuesto al final del ejercicio fiscal a US \$ 655.90 millones, según se muestra en detalle en la tabla 5.

Según se muestra en la tabla 5, el incremento neto al presupuesto ordinario fue de US\$ 4.94 millones, que se elevó a US\$ 620.62 millones al final del ejercicio fiscal. Este incremento corresponde princi-

palmente a incorporaciones al presupuesto de fondos provenientes del Presupuesto Extraordinario de Inversión Social, PEIS, incluyendo la fase final de la construcción del Hospital Nacional de la Mujer, con

Tabla 5. Ejecución presupuesto del MINSAL por unidad presupuestaria al 31 de diciembre de 2015, incluye todas las fuentes de financiamiento (en millones de US\$)

Unidad presupuestaria	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Ejecutado	% de ejecución
	1	2	3=(1+2)	4	5= (4/3)
01 Dirección y Administración Institucional	50.07	31.54	81.61	73.28	89.8 %
02 Primer Nivel de Atención	185.99	-19.48	166.51	157.02	94.3 %
03 Programa Ciudad Mujer	1.26	0.00	1.26	1.17	93.2 %
04 Programa Atención Integral al Veterano(a) de Guerra	3.49	-0.51	2.98	1.59	53.3 %
05 Programa Territorios de Progreso	0.31	0.00	0.31	0.25	81.7 %
06 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	340.58	-11.90	328.68	327.29	99.6 %
07 Desarrollo de la Inversión	0.60	3.75	4.35	0.81	18.6 %
08 Programa Integrado de Salud (PRIDES), préstamo BID N.º 2347/OC-ES	4.08	0.00	4.08	2.44	59.7 %
09 Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública - Préstamo BIRF N.º 8076-SV	26.00	0.00	26.00	18.01	69.3 %
10 Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 - El Salvador	1.27	0.73	2.00	1.22	61.2 %
11 Fondo de Desarrollo Social de Japón	0.80	0.09	0.89	0.88	99.3 %
12 FOCAP Comunidades Solidarias	1.25	0.35	1.60	0.96	59.5 %
13 Apoyo a Servicios de Salud Pública - Reconstrucción de infraestructura dañada por el huracán IDA	0.00	0.36	0.36	0.25	70.5 %
sub Total Presupuesto Ordinario	615.68	4.94	620.62	585.16	94.29 %
51 Mejoramiento de la red de establecimientos de salud	0.00	3.04	3.04	3.04	100.0 %
81 Comercialización de productos y prestaciones de servicios FAE-MINSAL	3.97	0.00	3.97	1.60	40.3 %
Recursos propios	15.44	2.45	17.89	15.07	84.3 %
Donaciones extrapresupuestarias	8.09	1.99	10.08	3.10	30.8 %
Donación FOPROMID	0.00	0.31	0.31	0.00	0.0 %
Sub total presupuesto extraordinario y otras fuentes de financiamiento	27.50	7.78	35.28	22.81	64.65 %
Total presupuesto del ramo	643.18	12.72	655.90	607.97	92.69%

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

préstamo del BCIE y otras donaciones de organismos internacionales, como el Fondo de Desarrollo Social de Japón, el Fondo Común de Apoyo Programático FOCAP, entre otros.

Es importante aclarar que el incremento en las asignaciones a la Secretaría de Estado-01 Dirección y Administración Institucional (US\$ 31.54 millones) corresponde a los recursos que fueron ejecutados de manera centralizada para financiar la compra conjunta de medicamentos y vacunas.

Por otra parte, en cuanto al Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS), 51-Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud, en el transcurso del ejercicio fiscal 2015 se incorporó el monto de US\$ 3.04 millones, destinado al mejoramiento de la red de establecimientos del MINSAL.

PRESUPUESTO MINSAL PARA 2016

El presupuesto modificado total del MINSAL a febre-

ro 2016 y considerando todas las fuentes de financiamiento es de US\$ 670.03 millones.

El presupuesto está conformado por el presupuesto ordinario (\$ 627.8 millones) más el presupuesto proveniente de otras fuentes de financiamiento, como las donaciones extrapresupuestarias, recursos propios de hospitales y el Fondo de Actividades Especiales (FAE). En total, estas asignaciones ascienden a US\$ 42.21 millones, según se detalla en la tabla 6.

Según se muestra en la tabla 6, el 50.23 % 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 autónomas (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.



Avances y logros a dos años de gestión.



EL PAÍS AVANZA

Para la Secretaría de Estado, el incremento que se reporta corresponde a las asignaciones que se han trasladado del presupuesto de regiones y hospitales para financiar la compra conjunta de medicamentos y vacunas, con lo cual se obtienen economías de escala.

El presupuesto de inversión del ministerio asciende a \$ 26.7 millones, que está compuesto por diferentes fuentes de financiamiento, como Fondo

General, préstamos externos y donaciones. En la tabla 7 se presenta los recursos destinados a financiar las inversiones de esta cartera de Estado.

El presupuesto de inversión corresponde a % del total del Fondo General. De acuerdo con los datos mostrados en la tabla 7, el 89.1 % del financiamiento de la inversión contemplada en el presupuesto ordinario para 2016 procede de préstamos externos, el 9.1 % de donaciones y 1.8 % del Fondo General.

Tabla 6. Presupuesto ordinario de inversión 2016 por fuente de financiamiento y unidad presupuestaria (en millones de US\$)

Unidad presupuestaria	Presupuesto aprobado	Modificaciones presupuesto	Presupuesto modificado	% con relación al presupuesto total
	1	2	3=(1+2)	
01 Dirección y Administración Institucional	47.73	39.48	87.21	13.02 %
02 Primer Nivel de Atención	192.09	-18.97	173.12	25.84 %
03 Programa Ciudad Mujer	1.30		1.30	0.19 %
04 Programa Atención Integral al Veterano(a) de Guerra	2.62		2.62	0.39 %
05 Programa Territorios de Progreso	0.32		0.32	0.05 %
06 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	357.03	-20.51	336.52	50.23 %
07 Desarrollo de la inversión	0.47		0.47	0.07 %
08 Programa Integrado de Salud (PRIDES), préstamo BID N.º 2347/OC-ES	1.00		1.00	0.15 %
09 Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública - Préstamo BIRF N.º 8076-SV	20.27		20.27	3.03 %
10 Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 - El Salvador	2.05		2.05	0.31 %
11 FOCAF Comunidades Solidarias	0.38		0.38	0.06 %
12 Viviendo Más y Mejor	2.53		2.53	0.38 %
Subtotal presupuesto ordinario 2015	627.80	.00	627.80	93.7 %
51 Mejoramiento de la red de establecimientos de salud		6.50	6.50	0.97 %
81 Comercialización de productos y prestaciones de servicios FAE-MINSAL	4.32	0.00	4.32	0.64 %
Recursos propios	15.93	0.00	15.93	2.38 %
Donaciones extrapresupuestarias	9.61	4.15	13.76	2.05 %
Donación FOPROMID	0.31	1.40	1.71	0.26 %
Subtotal presupuesto extraordinario y otras fuentes de financiamiento	30.18	12.05	42.23	6.3 %
Total general	657.97	12.05	670.03	100.00 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL.

Tabla 7. Presupuesto ordinario de inversión 2016 por fuente de financiamiento y unidad presupuestaria (en millones de US\$)

Nombre del proyecto	Fuente financiamiento	Monto	%
Desarrollo de la inversión	Fondo General	\$ 0.47	1.8 %
Programa Integrado de Salud (PRIDES), préstamo BID N.º 2347/OC-ES	Préstamo (BID)	\$ 1.00	3.7 %
Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública - Préstamo BIRF N.º 8076-SV	Préstamo BIRF	\$ 20.27	75.9 %
Iniciativa Salud Mesoamérica 2015- El Salvador	Donación - BID	\$ 2.05	7.7 %
FOCAP Comunidades Solidarias	Donación -FOCAP	\$ 0.38	1.4 %
Viviendo Más y Mejor	BCIE	\$ 2.53	9.5 %
Subtotal Fondo General		\$ 0.47	1.8 %
Subtotal préstamos externos		\$ 23.80	89.1 %
Subtotal donaciones		\$ 2.43	9.1 %
Total inversión		\$ 26.70	100.0 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL.



SITUACIÓN DE SALUD: INCORPORANDO EL ANÁLISIS DE LAS INEQUIDADES

«La vigilancia y medición de la equidad en salud requiere fuentes de información para relacionar la situación de salud con los ejes de estratificación social».

Santiago Esnaola, País Vasco, 2011



Habitantes de la zona rural en el departamento de Cabañas.

SITUACIÓN DE SALUD



El enfoque biomédico implantado para colocar a la salud en función de la generación de ganancias y reproducción del capital ha hegemonizado por décadas la configuración y el funcionamiento de los sistemas de salud, incluyendo el de El Salvador. Este enfoque concibe la situación de salud como un conjunto de factores individuales, tales como la biología humana, la genética y los estilos de vida, coyunturalmente ligados a algunos factores ambientales, concepción cuya versión más avanzada es el enfoque de riesgo.

La Reforma de Salud, iniciada en 2009 y profundizada en este gobierno, cuestiona sustancialmente este enfoque, partiendo de que la salud está socialmente determinada y articula los factores anteriormente citados con el modelo de desarrollo, con el modo de producción en que se basa y el entorno inequitativo que configura (social, ambiental, histórico y político).

Aborda prioritariamente en el ámbito local las condiciones históricas de vida, trabajo y reproducción social de las personas y los grupos humanos, puesto que no es posible generar cambios favorables en la salud de los pueblos si no se actúa sobre tales condiciones. Para ello es particularmente importante fortalecer y renovar la capacidad científico-técnica del personal de salud, pero al mismo tiempo es necesario sumar la toma de conciencia, la participación y el empoderamiento de la gente en las decisiones sociales y políticas, en la lucha por una mejor distribución de la riqueza y por la organización y gestión de las respuestas sociales.

De esta manera, el accionar del personal de salud se integra con el liderazgo comunitario para la participación en los espacios de análisis y discusión de las redes de salud, de los gabinetes de gestión departamental, de las comisiones del Sistema de Protección Civil y de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), escenarios en los que se manifiesta el pensamiento crítico, las decisiones compartidas y las ideas que aportan a la construcción de una sociedad más justa y equitativa en la que el pleno disfrute de la garantía del derecho a la vida y la salud sea accesible para todas y todos.

Estas ideas y esta práctica han sido retomadas por otros países latinoamericanos en diversos foros nacionales e internacionales que confieren a la Reforma de Salud salvadoreña un liderazgo regional inédito.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La población total del país hasta 2015, según la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), es de 6 460 271 habitantes, distribuidos en una extensión territorial de 21 040.79 km², lo que equivale a una densidad poblacional de 304 hab. × km². De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano (IDH de 2014), El Salvador ocupa el puesto 116 entre 187 países y se cataloga como un país de renta media baja¹.

El 62.3 % (3 989 266) de la población reside en el área urbana y el 37.7 % (2 471 005), en el área rural. El área metropolitana de San Salvador concentra el 27.5 % (1 760 057 hab.) del total nacional. Cabe destacar que de la población total, el 52.7 % son mujeres y el 47.3 % restante, hombres.

Asimismo, la DIGESTYC reporta que la población menor de 30 años representa el 57.7 %, mientras que el 10.7 % lo componen personas mayores de 60. Debido a esto, el segundo *gobierno del cambio* ha priorizado el desarrollo de capacidades y competencias en la adolescencia mediante la implementación de programas de educación que han logrado reducir paulatinamente las inequidades de acceso a oportunidades educativas por diferencias de sexo y procedencia geográfica (urbana o rural). Así, de 2010 a 2015 se declararon libres de analfabetismo 49 municipios, de los cuales 23 recibieron esa distinción en el último año.

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 2014 refleja que 581 185 personas de 10 años y más no saben leer ni escribir, lo que, comparado con los datos de 2013, representa una reducción del 6 % (34 098 personas), subsistiendo aún una tasa de analfabetismo (calculada con la población de 10 años en adelante) de 10.9 % a nivel nacional. A pesar de los avances en la reducción de la brecha entre lo urbano y lo rural, la tasa de analfabetismo urbana es 7.0 % y la rural 17.7 %, siendo la escolaridad promedio de 6.7 años a nivel nacional (7.8 en el área urbana y 4.9 en el área rural). En relación al sexo, la escolaridad promedio a nivel nacional para mujeres es de 6.6 años y en hombres 6.8. Los promedios de escolaridad más altos por departamento 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).

1. <http://www.datosmacro.com/idh>

ANÁLISIS DE INEQUIDADES SANITARIAS

La salud está socialmente determinada por la distribución de las relaciones de poder. Sus expresiones son las inequidades en bienestar material, acceso a servicios básicos, educación, profesión u oficio, sexo, género, edad, etnia y condición migratoria, entre otras. Su génesis es invariablemente el modelo económico de producción vigente: hiperconsumista, extractivista, contaminador y depredador de los degradados recursos naturales de los que dispone la humanidad, explotador de la fuerza laboral que impulsa el espejismo de un desarrollo inalcanzable en países empobrecidos y subdesarrollados; la promoción pernicioso de relaciones individualistas y segmentaciones ideológicas, que minan la organización comunitaria y la libre determinación de los pueblos. Todo ello incide directamente en las condiciones de vida y desarrollo de los individuos y determina la salud-enfermedad de nuestras poblaciones así como los medios de que disponen para conservar su salud y reducir la carga de enfermedad que pesa sobre sus hombros.

Se han realizado estudios sobre las inequidades en salud que relacionan diferentes estratificadores a un determinado evento, con lo cual se pretende generar un debate claro y orientador que impulse una práctica en salud cuyas decisiones estén basadas en un trabajo conceptual renovado por elementos aportados por la epidemiología crítica y otros métodos y técnicas novedosas desde el abordaje de la determinación social de la salud, que nos permitan producir conocimientos de ruptura que inicien el cambio de paradigma necesario para que sea una propuesta realmente emancipadora. Estas mediciones de desigualdad favorecen la comprensión de la reproducción social, un proceso dinámico y contradictorio que contempla los espacios donde se desarrolla la vida y los eventos que la deterioran o agreden y devela las relaciones históricas e interdependientes con el medio ambiente. Es en el entorno ambiental y las inequidades de salud donde se aprecia con mayor facilidad el impacto de la determinación social. En ese complejo espacio, el hacinamiento, producto de la elevada densidad poblacional, la insalubridad, la exclusión y la violencia, ataja el camino del crecimiento y el desarrollo adecuados, relegando la vida a otros planos. No obstante, el



«Las enfermedades de transmisión hídrica representan una importante carga de enfermedad para los países. Así, durante 2015 las diarreas agudas se ubicaron en la sexta posición entre las causas específicas de consulta en la red de establecimientos del MINSAL sumando 281 817 casos, mientras que las arbovirosis dengue, chikunguña y zika registraron en conjunto 103 000 casos aproximadamente».

verdadero desarrollo no se conforma con regalías o pequeñas redistribuciones maquilladas de la riqueza: se conquista mediante la construcción del poder popular, que aboga por la eliminación de las causas estructurales que generan inequidad y multiplican la dominación, como la monopolización de la economía y los conflictos de poder para imponer culturas.

La humanización y la justicia laboral a través de trabajo digno y remunerado, la desalienación del consumo, la defensa por la vida y la naturaleza, el fortalecimiento de la democracia política y cultural son elementos que marcan el avance humano y ninguno de esos aspectos puede evaluarse únicamente por medio del Indicador de Desarrollo Humano;

por lo tanto, para comprender mejor el impacto de la determinación social en nuestra situación de salud es necesario cruzarlo con otros estratificadores, como se muestra a continuación.

INEQUIDADES MATERIALES EN EL ACCESO AL AGUA

De acuerdo con datos vigentes del pliego tarifario de la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados de El Salvador (ANDA), las personas que consumen menos de 10 m³ de agua pagan una cuota mínima de US\$ 2.29 subsidiada por el Estado, pues el subsidio se recibe incluso hasta los 34 m³. No obstan-

te, el perfil de estos beneficiarios es variado y va desde personas con escasos recursos económicos, que son la mayoría, hasta una minoría de clase media y alta con un bajo consumo mensual. En estos últimos casos en particular se vuelve evidente la inequidad, pues pagan US\$ 0.21 por m³ de agua (que equivale a cinco barriles de 200 litros); dicho de otra forma, pagan un aproximado de US\$ 0.04 por barril.

Por otro lado, el Gobierno está trabajando para reducir gradualmente las brechas en acceso al agua entre la población históricamente más excluida de El Salvador, específicamente la que reside en los asentamientos urbanos marginales donde el barril de agua es vendido por empresarios inescrupulosos a US\$ 1.00 y US\$ 2.00 (US\$ 1.50 en promedio), aprovechándose de su ya precaria condición.

A la luz de las mediciones estadísticas de inequidades podemos asegurar que las poblaciones más pobres y no subsidiadas pagan por cada barril de agua 2900 % (30 veces) más que las poblaciones con mayores recursos. Además, la empresa privada en El Salvador ha visto una oportunidad de mercado en la necesidad de los más desfavorecidos, promoviendo el consumo de agua embotellada como agua segura y de buena calidad y creando la necesidad de consumo de agua «purificada», que comercializa a un valor promedio de US\$ 2.30 por garrafón (18.9 litros), equivalente a un costo por barril de US\$ 24.33, lo cual es 48 600 % (487 veces) más caro que el valor subsidiado de cuota mínima de ANDA.

En tal sentido, la deficiencia de consumo de agua en calidad y cantidad es un sustrato para las enfermedades que requieren de un vector para su transmisión, como en el caso de las arbovirosis (dengue, chikunguña, zika, fiebre amarilla, entre otras), dado que su carencia obliga a los más pobres a comprar, almacenar y disponer el agua en múltiples depósitos dentro de las viviendas, que al no ser manejados adecuadamente condicionan índices de casa positivos al vector *Aedes aegypti* hasta del 95 % (en algunas épocas de año).

Tabla 1. Inequidades materiales en el acceso al agua.

Pliego tarifario residencial		
A partir de octubre de 2015		
Factura mensual = (m ³ × tarifa de acueducto) + tarifa de alcantarillado		
Rango de consumo (M ³)	Tarifa de acueducto (US\$)	Tarifa mensual de alcantarillado
De 0 a 10 m ³	2.29 Tarifa mínima	\$ 0.10
De 11 m ³ hasta 20 m ³	0.210 / m ³	\$ 0.10
21 m ³	0.250 / m ³	\$ 1.80
22 m ³	0.280 / m ³	\$ 1.80
23 m ³	0.310 / m ³	\$ 1.80
24 m ³	0.340 / m ³	\$ 1.80
De 25 m ³ hasta 30 m ³	0.370 / m ³	\$ 1.80
31 m ³	0.420 / m ³	\$ 3.00
32 m ³	0.480 / m ³	\$ 3.00
33 m ³	0.540 / m ³	\$ 3.00
34 m ³	0.640 / m ³	\$ 3.00
De 35 m ³ hasta 40 m ³	0.760 / m ³	\$ 3.00
41 m ³	0.900 / m ³	\$ 4.00
42 m ³	1.050 / m ³	\$ 4.00
43 m ³	1.200 / m ³	\$ 4.00
44 m ³	1.400 / m ³	\$ 4.00
De 45 m ³ hasta 50 m ³	1.650 / m ³	\$ 4.00
De 51 m ³ hasta 60 m ³	1.900 / m ³	\$ 7.50
De 61 m ³ hasta 70 m ³	2.200 / m ³	\$ 7.50
De 71 m ³ hasta 90 m ³	2.500 / m ³	\$ 7.50
De 91 m ³ hasta 100 m ³	2.900 / m ³	\$ 7.50
De 101 m ³ hasta 500 m ³	3.400 / m ³	\$ 10.00
De 501 m ³ en adelante	3.900 / m ³	\$ 20.00

Fuente: Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados. Puede revisarse en la dirección <http://www.anda.gob.sv/pliego-tarifario/pliego-tarifario-residencial/>

INEQUIDADES ESTRUCTURALES QUE MEDIAN EL PROCESO DE LAS ARBOVIROSIS

DENGUE

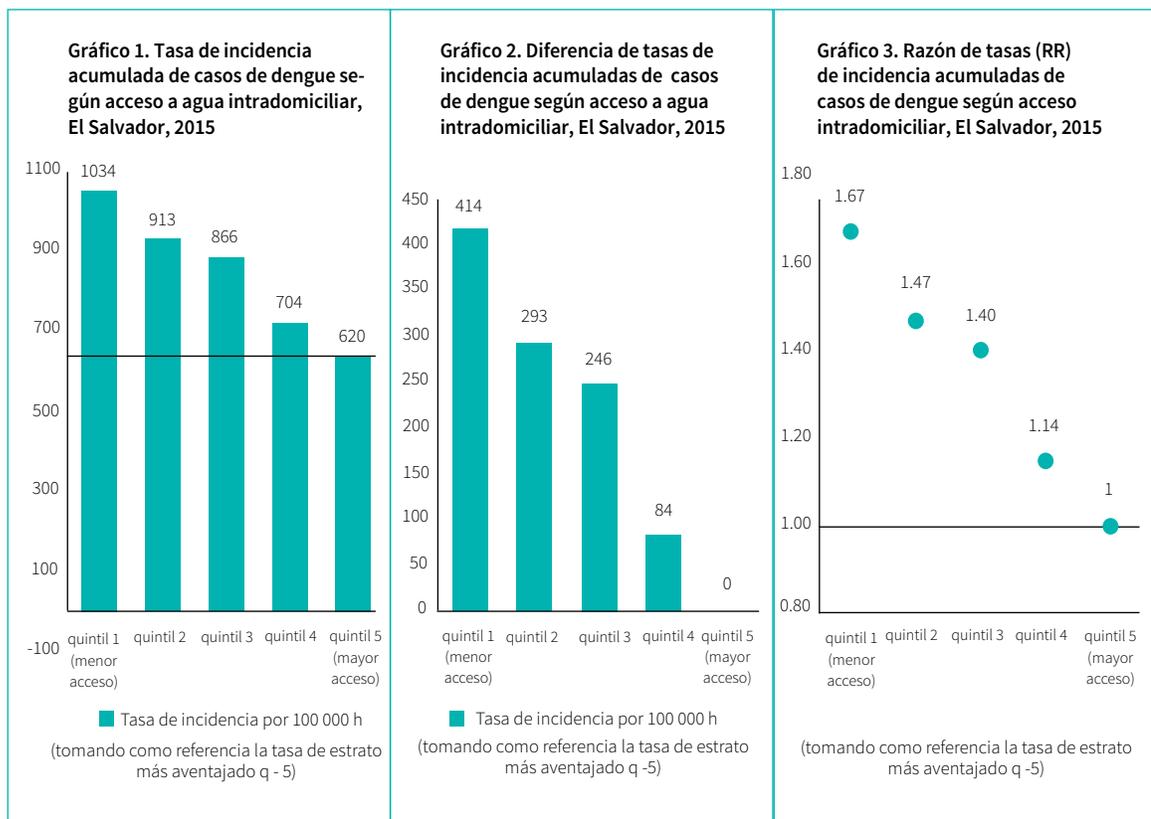
Cuando se pone en el centro de la agenda de salud la necesidad de movilización social para superar la inequidad, se va más allá de las acciones curativas o de las acciones técnicas dirigidas a atenuar sus estragos; se propone al mismo tiempo generar verdaderos cambios sociales que posibiliten el derecho humano a la salud, en contraste con los numerosos casos de enfermedad y muerte innecesarios que se podrían evitar en nuestro país.

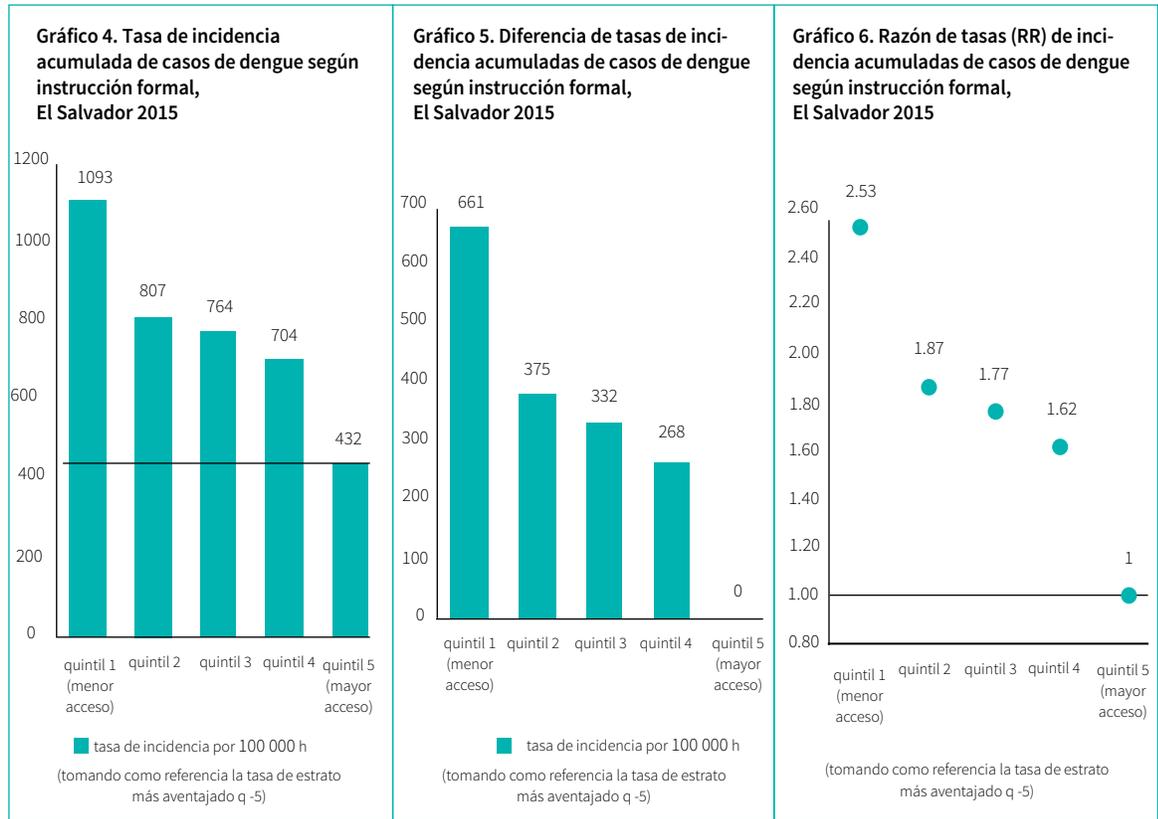
En los siguientes gráficos, las columnas representan la agrupación de la población en intervalos que equivalen al 20 % cada uno (quinta parte) correspondiente a su nivel de ingreso o acceso al agua. Las columnas de los extremos reflejan la diferencia que hay entre el 20 % más beneficiado económica y socialmente respecto al 20 % más desaventajado. En la lámina de puntos se consignan las razones de tasas que es-

tablecen la probabilidad de un evento tomando como referencia el punto más aventajado (quintil 5)².

La incidencia del dengue aumenta en la medida en que empeora el acceso a agua intradomiciliar (gráfico 1), lo que evidencia una mayor carga de enfermedad en los más desaventajados socialmente, entre los cuales encontramos 414 sospechosos más por cada 100 000 habitantes (gráfico 2) en comparación con los que tienen acceso permanentemente a agua intradomiciliar. Asimismo, también es posible observar (gráfico 3) que la probabilidad de adquirir esta enfermedad es 67 % mayor si pertenece al quintil con menor acceso a agua (quintil 1), si lo comparamos con el de mayor acceso (quintil 5). Estas condiciones no existirían si toda la población tuviera acceso equitativo, permanente e intradomiciliar al agua segura tal como el 20 % más aventajado de nuestra población.

2. Quintil es la quinta parte de una población estadística ordenada de menor a mayor en alguna característica de esta.





Muestras de larvas *Aedes aegypti* para su estudio.

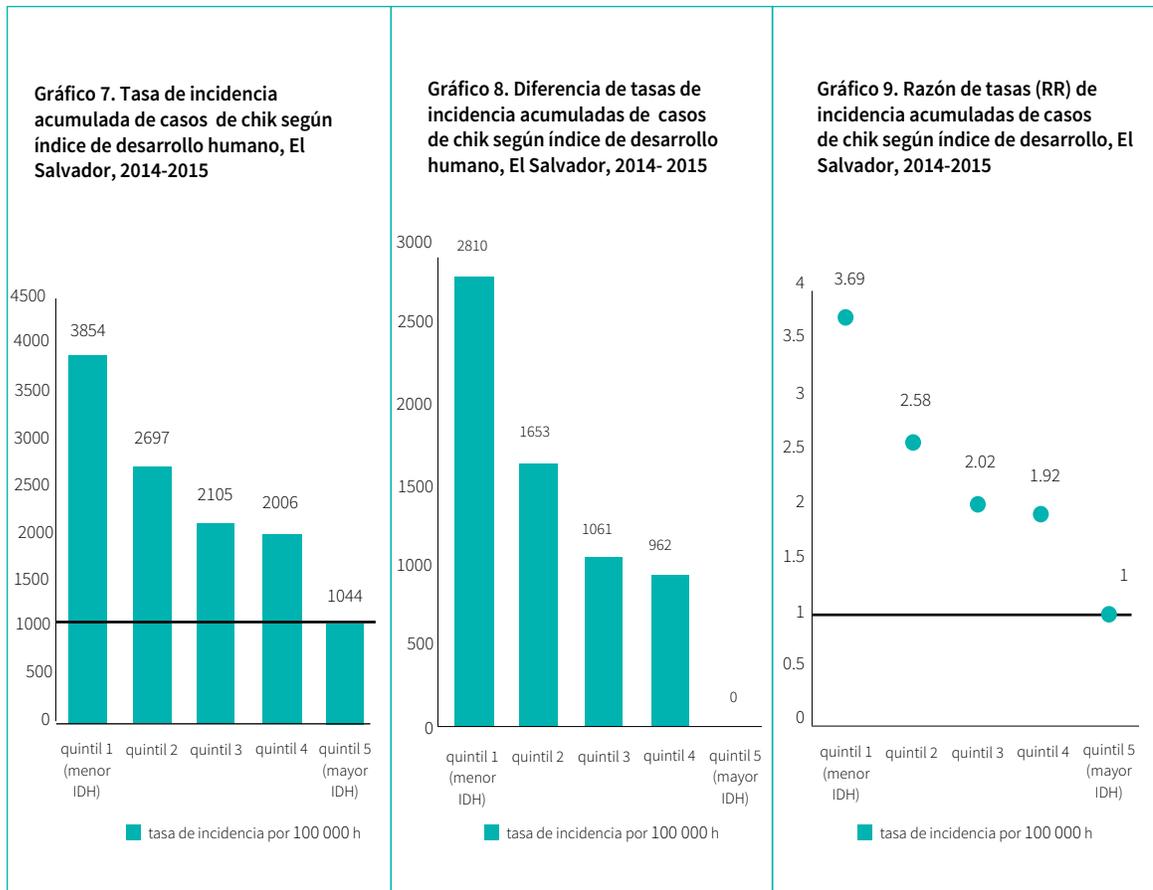
Una brecha aún más grande se evidencia al analizar la instrucción formal, ya que la diferencia en sus extremos (desde analfabetismo hasta más de 10 años de instrucción formal) es de 661 sospechosos más por cada 100 000 habitantes en el 20 % de la población con menor educación respecto de aquellos más instruidos (gráficos 4 y 5); de la misma forma, la probabilidad de adquirir dengue en el grupo menos favorecido es 153 % mayor que si se tienen al menos 10 años de instrucción formal educativa (gráfico 6).

Las condiciones de vida no son las únicas causas del proceso salud-enfermedad, este es producto de una compleja interacción entre elementos biológicos, sociales, medioambientales, entre otros; sin embargo, este proceso estadístico de medición de inequidades de múltiples estratificadores evidencia que del total de casos de dengue en 2015 (50 169) hubiera sido posible evitar al menos 16 300

sospechosos atribuibles a la falta de acceso a agua (fracción atribuible poblacional absoluta) y 27 700 si toda nuestra población tuviera al menos 10 años de instrucción formal.

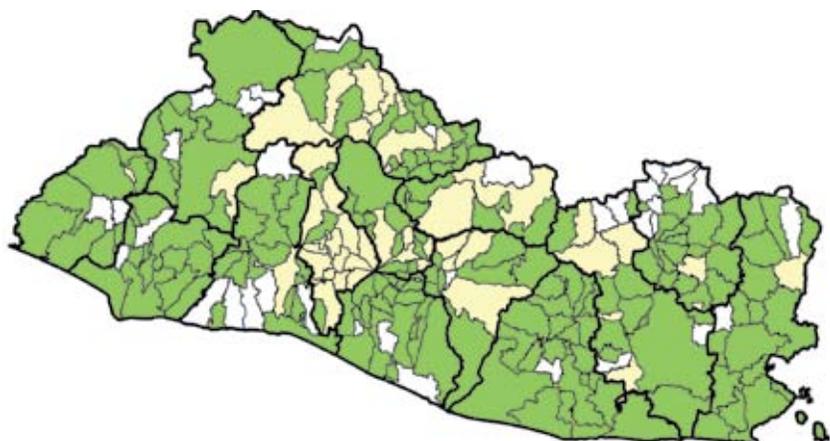
CHIKUNGUÑA

Al igual que con el dengue, la tasa de incidencia de chikunguña aumenta al disminuir el índice de desarrollo humano (gráfico 7) y registra una mayor carga de la enfermedad, que asciende a 2810 sospechosos más por cada 100 000 habitantes en el quintil menos desarrollado con relación al más desarrollado (quintiles extremos en el gráfico 8). Esto podría evitarse si todos los habitantes de El Salvador tuvieran un índice de desarrollo humano como los del quintil más rico. Asimismo, podríamos haber evitado del total de casos (165 000) al menos 122 264 si toda la población tuviera un índice de desarrollo humano como el 20 % más rico.



ZIKA

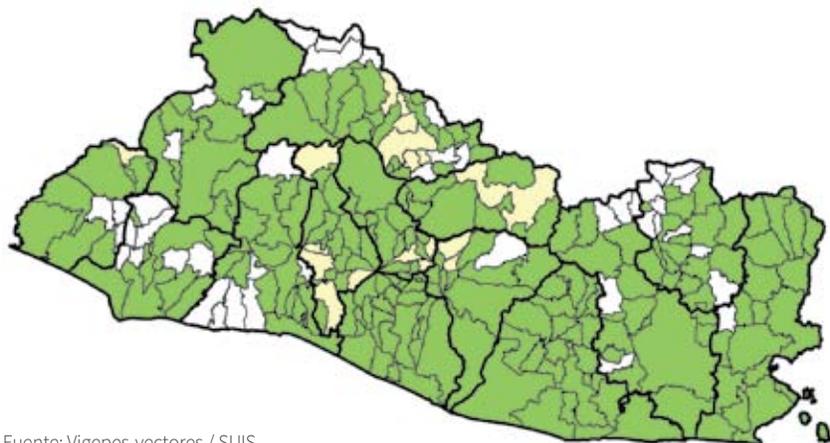
Mapa 1. Primera estratificación de arbovirosis, incluyendo la circulación viral de zika. Enero de 2016



Nivel de alerta	Municipios
Municipios alerta naranja	0
Municipios alerta amarilla	47
Municipios alerta verde	179
Municipios sin alerta	36
Total de municipios	262

Fuente: Vigepes-vectores / SUIS.

Mapa 2. Segunda estratificación de arbovirosis, incluyendo la circulación viral de zika. Marzo de 2016



Nivel de alerta	Municipios
Municipios alerta naranja	0
Municipios alerta amarilla	18
Municipios alerta verde	199
Municipios sin alerta	45
Total de municipios	262

Fuente: Vigepes-vectores / SUIS.

Si bien no se cuenta con un año de datos de vigilancia del zika para realizar un análisis de inequidades, las herramientas de geoposicionamiento desarrolladas por el MINSAL en el marco de la Reforma de Salud han permitido analizar territorialmente la circulación viral del zika para elaborar un diagnóstico estratificado (mapa 1), así como su evolución (mapa 2), las cuales reflejan, como en el resto de

las arbovirosis, una incidencia mayor en municipios económicamente rezagados, con bajos índices de desarrollo humano y alta ruralidad. Igualmente, las estadísticas revelan que existe un mayor índice de desarrollo humano en los municipios con las ciudades más grandes y que las brechas son más amplias que en el área rural al comparar los asentamientos urbanos precarios y las zonas residenciales.

OTRAS EXPRESIONES DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL QUE CONDICIONAN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS (ARBOVIROSIS)

Existe un creciente consenso científico de que los seres humanos estamos afectando el sistema climático mundial, principalmente por la quema de combustibles fósiles para la generación de energía, el transporte, la agricultura mecanizada y otras actividades económicas lesivas con el medio ambiente. El tercer informe de evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) prevé un aumento de la temperatura media global de entre 1.4 °C y 5.8 °C para 2100. Otros cambios climáticos proyectados incluyen un aumento global promedio tanto en el contenido de vapor de agua en la atmósfera y la precipitación, así como un aumento en la frecuencia y magnitud de eventos climáticos extremos. Los fenómenos meteorológicos extremos asociados al cambio climático impactan en la salud humana aumentando la mortalidad y la morbilidad: incremento de muertes a causa de las olas de calor y una mayor incidencia de las enfermedades transmitidas por vectores (arbovirosis).

La variabilidad de las precipitaciones (inviernos irregulares, donde hay periodos cortos de intensa lluvia alternados con episodios de sequía y veranos cada vez más lluviosos), así como los fenómenos meteorológicos extremos, aumentan la incidencia de estas enfermedades debido a que las áreas que reciben una mayor precipitación o experimentan un aumento en la frecuencia o magnitud de los fenómenos meteorológicos tienen más probabilidad de que objetos inservibles expuestos a la intemperie se conviertan en criaderos, así como el incremento de criaderos naturales. Por otro lado, las sequías o canículas facilitan la propagación de las arbovirosis al interrumpir el suministro de agua por reducción de los mantos freáticos, condicionando en la población la acumulación de agua para su consumo y uso intradomiciliario, lo que favorece el aumento de los criaderos en depósitos útiles, principalmente en los asentamientos urbanos y con brechas históricas pendientes de reducir tales como tren de aseo, alcantarillados para aguas servidas y lluvias.

El aumento de las temperaturas, producto del cambio climático, también afecta directamente la propagación de las enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti* en tres aspectos fundamentales: ampliando el área de distribución geográfica del vector, disminuyendo el periodo de incubación del virus en el interior del zancudo (tiempo requerido del virus para replicarse en el interior del mosquito y volverlo infectante) y aumentando la tasa de picaduras de mosquitos hembras.

Se prevé que el cambio climático continuará expandiendo el hábitat del mosquito *Aedes aegypti*, tanto en latitud, longitud y altitud, como en la duración de su transmisión a lo largo del año, traduciéndose en pérdida de estacionalidad y ciclicidad, condicionando brotes o epidemias anuales.



INEQUIDADES ESTRUCTURALES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

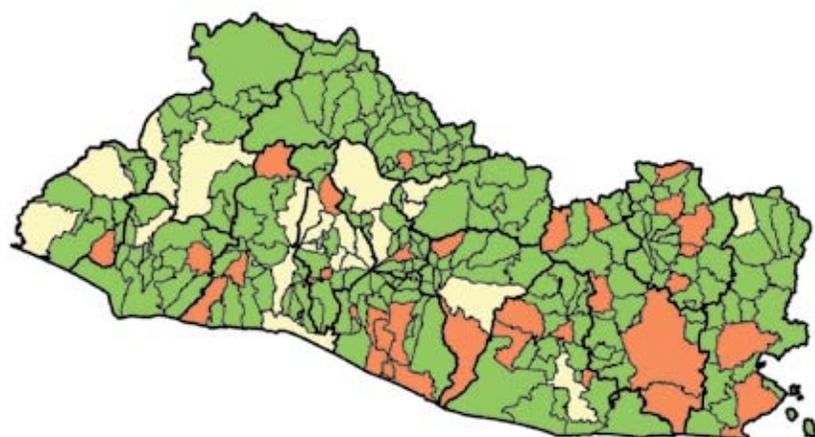
Desde la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) hace 26 años y su ratificación por parte de El Salvador en 1991, el país ha experimentado importantes logros en materia de derechos de la niñez y de la adolescencia, especialmente en los ámbitos de la educación, la salud, la supervivencia y la protección, según el *Informe de situación de la niñez y adolescencia en El Salvador 2014* del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Adicionalmente, el marco normativo ha avanzado de forma positiva con la aprobación y puesta en marcha de la Ley de Protección Integral para la Niñez y Adolescencia (LEPINA), en 2009 y 2010, respectivamente, la *Política Nacional para la Protección Integral de la Niñez y Adolescencia* (PNPNA) en 2013, la *Política Nacional de Educación y Desarrollo Integral de la Primera Infancia*, 2010, la creación de 15 Juntas Departamentales de Protección de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Todos estos hechos señalan que se han dado pasos decisivos en la transformación hacia el paradigma de la protección integral con enfoque de derechos, dejando atrás, progresivamente, la visión asistencialista ligada a la protección tutelar de niñas, niños y adolescentes.

En el último lustro hemos tenido importantes avances en cuanto a calidad de atención, prevención de la discriminación, identificación y abordaje de los estratificadores estructurales de la violencia en todas sus formas y promoción de espacios culturales y recreativos; no obstante, aún persisten brechas históricas en todos estos campos que paulatinamente deberá enfrentar la sociedad.

Al realizar análisis geoespacial por grupos de edad, se encontró que en el grupo de 9 a 12 años, 54 municipios tienen un nivel de afectación alta y moderada (amarillo y naranja) de embarazo en niñez y adolescencia; para el grupo de 13 a 15 años el número de municipios se incrementa a 222, mientras que para el grupo de 16 a 18 años es de 226. En el otro extremo se observan municipios donde la probabilidad de ocurrencia fue menor a la tasa nacional (verde), los cuales se reducen exponencialmente conforme ganan edad.

Mapa 3. Geoposicionamiento por áreas pequeñas (municipios) de embarazo en la niñez, en el grupo de 9 a 12 años de edad, El Salvador.



Estratificación según nivel de afectación*	Número de municipios
Baja	208
Moderada	22
Alta	32

*RME con intervalo de confianza de 95%.

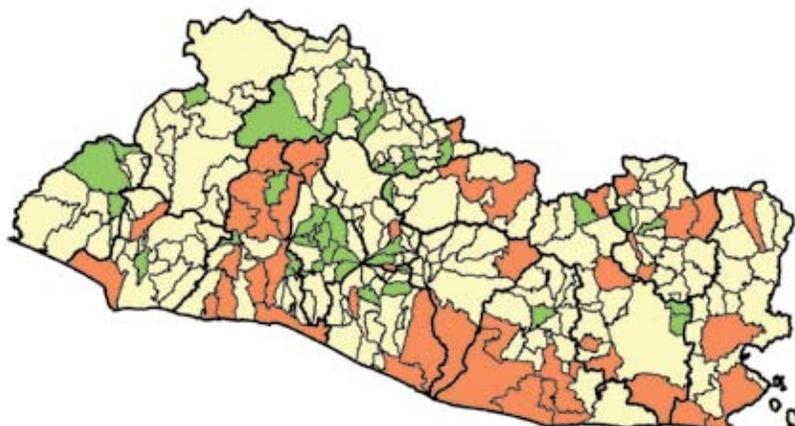
Fuente: Vígepes-vectores / SUIS.

Mapa 4. Geoposicionamiento por áreas pequeñas (municipios) de embarazo en la niñez, en el grupo de 9 a 12 años de edad, El Salvador.

Estratificación según nivel de afectación*	Número de municipios
Baja	208
Moderada	22
Alta	32

*RME con intervalo de confianza de 95%.

Fuente: SIMMOW/SUIS.



Mapa 5. Geoposicionamiento por áreas pequeñas (municipios) de embarazo adolescente, en el grupo de 16 a 18 años de edad, El Salvador.

Estratificación según nivel de afectación*	Número de municipios
Baja	236
Moderada	164
Alta	62

*RME con intervalo de confianza de 95%

Fuente: SIMMOW/SUIS

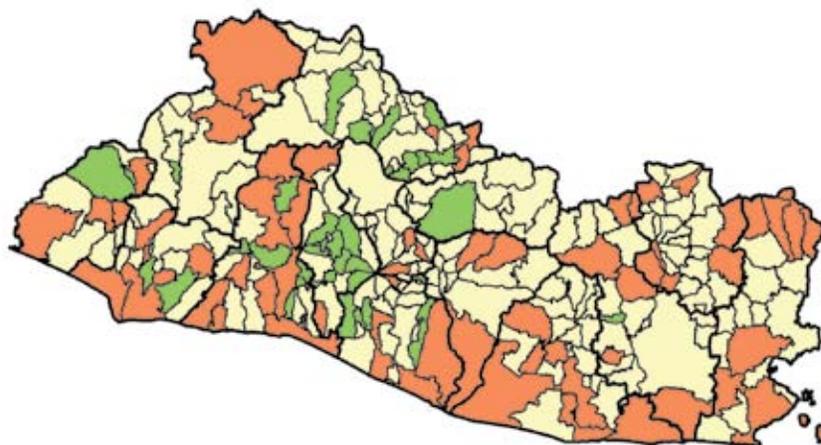
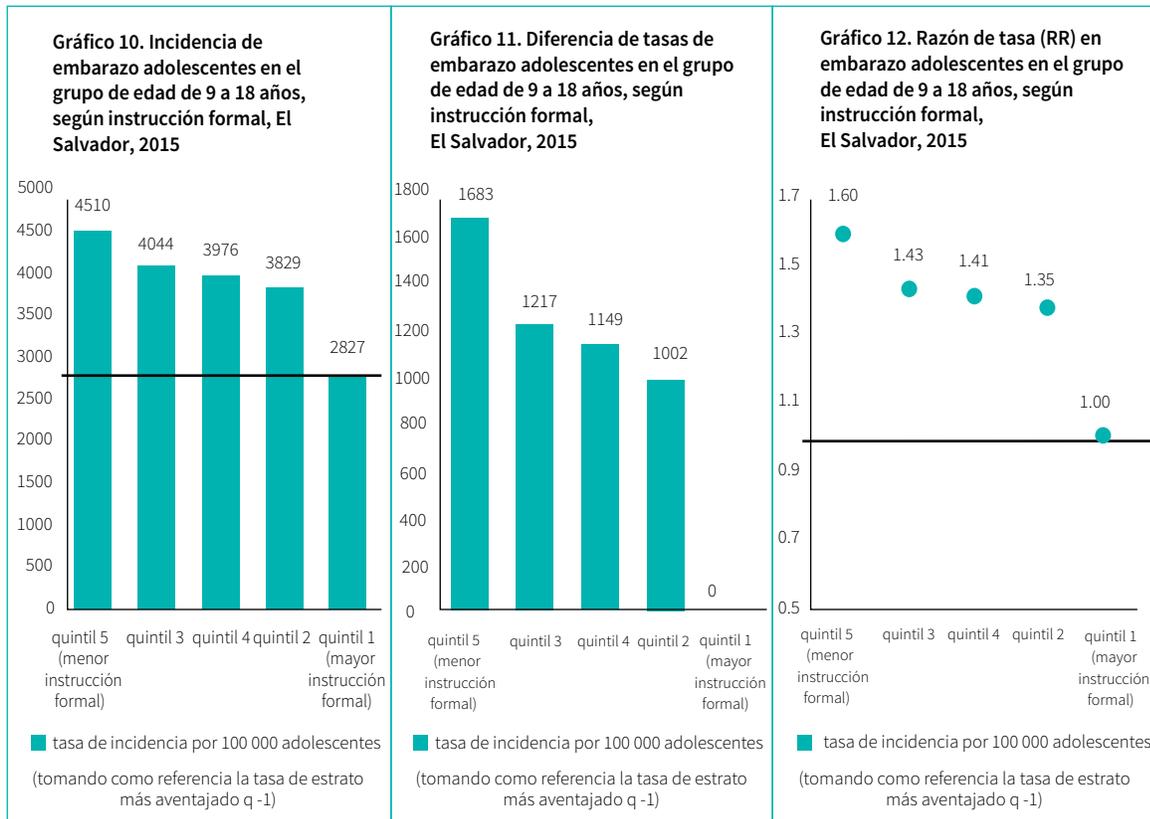


Tabla 2. Municipios con afectación alta en los tres grupos de edad

Departamento	Municipio
La Libertad	Jayaque
La Libertad	San Pablo Tacachico
La Paz	San Luis La Herradura
San Vicente	Tecoluca
San Miguel	Chirilagua
La Unión	Conchagua
La Unión	San Alejo

Fuente: SIMMOW/SUIS.



Se puede observar que la incidencia del embarazo en adolescentes aumenta en la medida en que se reduce la instrucción formal llegando hasta el analfabetismo (gráfico 10), lo que evidencia nuevamente una mayor carga de embarazo en los más desaventajados socialmente, entre los cuales encontramos 1683 casos más por cada 100 000 adolescentes (gráfico 11), en comparación con los que tienen al menos 10 años de instrucción formal. Asimismo, también es posible observar (gráfico 12) que la probabilidad de ocurrencia de embarazo es mayor en un 60 % si pertenece al quintil con menor instrucción formal (quintil 5), si lo comparamos con el de mayor acceso a educación (quintil 1). Estas inequidades no existirían si toda la población tuviera al menos 10 años de instrucción formal, tal como el 20 % más aventajado de nuestra población.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El constante aumento de la cobertura y recolección de información de mayor calidad permite construir una

imagen más precisa del perfil de la enfermedad e indirectamente la salud de la población salvadoreña, lo que se traduce en permanente vigilancia y análisis para la emisión de alertas tempranas. El abordaje epidemiológico crítico actual en el marco del proceso de reforma hace posible contar con un análisis de la información oportuna, integral y pertinente acerca de la circulación de nuevas enfermedades y del peligro inminente del ingreso de otras que son incluso de alerta mundial.

Actualmente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se vigilan 97 eventos de notificación obligatoria agrupada e individual (inmediata y de confirmación laboratorial); de ellas, la vigilancia semanal reportada en el Boletín Epidemiológico informa de 11 enfermedades prioritarias, las cuales por segundo año consecutivo han cerrado con una notable y significativa reducción en sus tendencias en relación con el año anterior. Esto da cuenta del esfuerzo emprendido en 2009 con la Reforma de Salud para mejorar la situación de salud de la población, que actualmente es más saludable de acuerdo con los datos registrados en las 1234 unidades notificadoras.

Como un salto de calidad en el análisis epidemiológico, en la Dirección de Vigilancia Sanitaria se han construido modelos matemáticos predictivos sobre la conducta esperada de las principales enfermedades bajo vigilancia, lo que se ha estimado con análisis de la serie histórica de los últimos 5 años; como hallazgo común, se evidencia una disminución importante en el número de casos con respecto a lo espe-

rado para el presente año, producto en gran parte del intenso trabajo intersectorial impulsado desde la Reforma de Salud. Las gráficas a continuación muestran lo mencionado, comparando lo esperado para 2016 (línea punteada negra) con lo observado en 2016 (línea continua roja). De manera global se evidencia un exitoso momento epidemiológico como no se había registrado en la historia reciente de nuestro país.

Gráfico 13. Proyección y casuística de infecciones respiratorias agudas, El Salvador, 2016

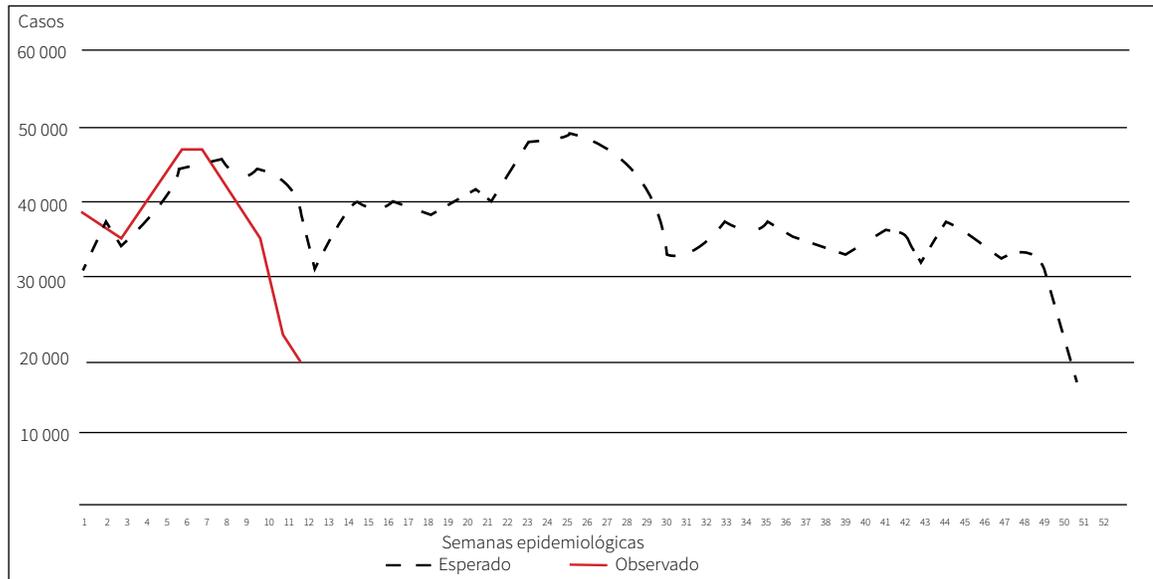
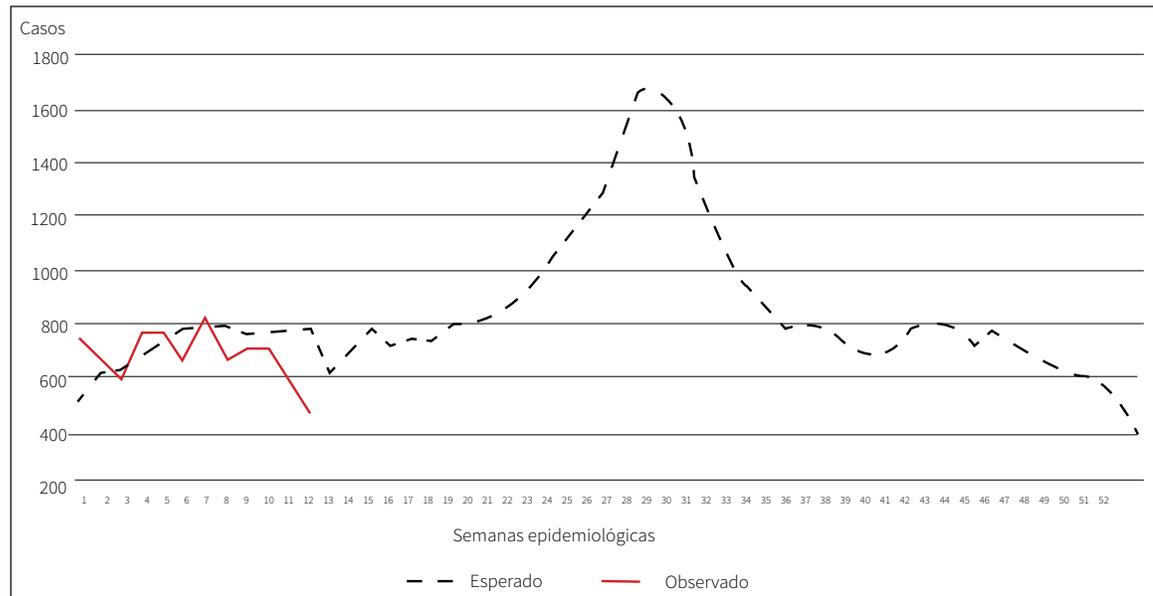


Gráfico 14. Proyección y casuística de infecciones de neumonías, El Salvador, 2016



«Se estima que el 94 % de los casos de diarrea podrían evitarse, aumentando la disponibilidad de agua limpia, saneamiento e higiene».

Organización Mundial de la Salud

Gráfico 15. Proyección y casuística de infecciones de diarreas, El Salvador, 2016

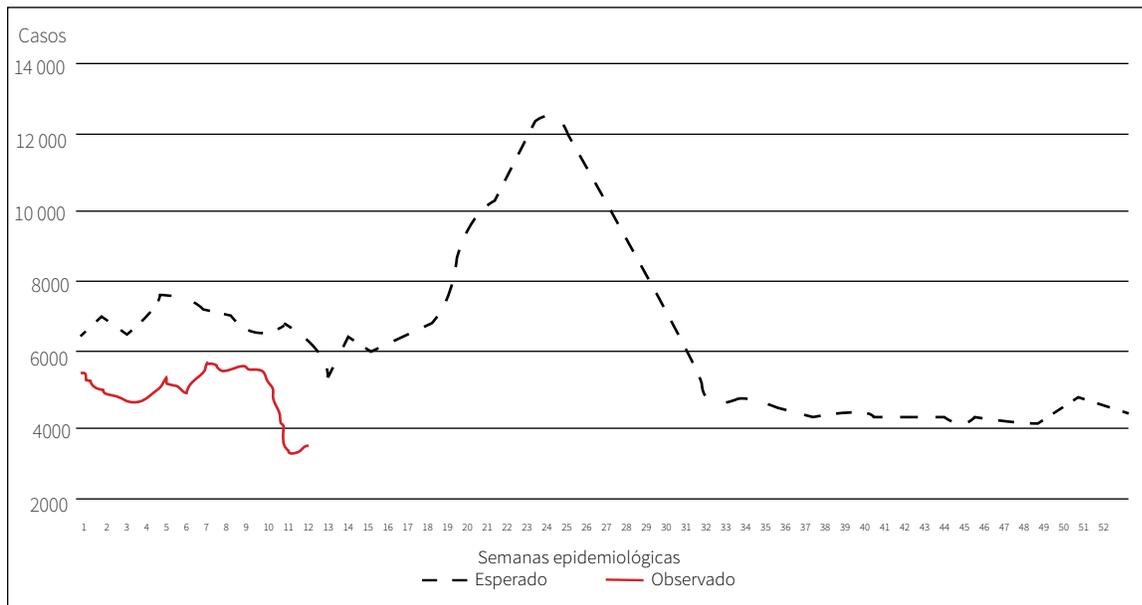


Gráfico 16. Proyección y casuística de infecciones de dengue, El Salvador, 2016

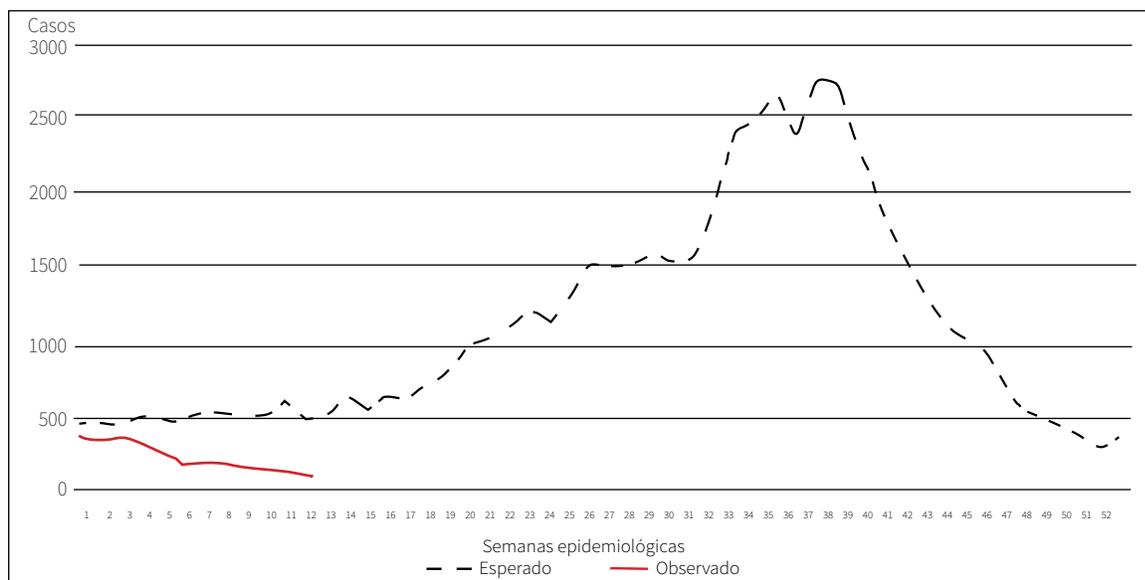


Tabla 3. Primeras 10 causas específicas de consulta en la red de establecimientos del MINSAL, enero a diciembre de 2015

N.o	Grupo de causas	Masculino	Femenino	Indeterminado	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	425 232	584 197	9	1 009 438
2	Hipertensión esencial (primaria)	168 939	569 403	0	738 342
3	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	218 840	312 241	0	531 081
4	Otras enfermedades del sistema urinario	109 418	368 441	1	477 860
5	Diabetes mellitus	92 624	305 899	0	398 523
6	Diarrea de presunto origen infeccioso	124 853	156 963	1	281 817
7	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	97 346	150 682	4	248 032
8	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	146 039	95 965	0	242 004
9	Otras complicaciones del embarazo y parto	0	203 453	0	203 453
10	Migraña y otros síndromes de cefalea	30 838	161 809	1	192 648
	Demás causas			48	5 581 008
	Totales	3 265 726	6 638 404	76	9 904 206

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW.

MORBILIDAD GENERAL

Durante 2015 se brindaron 12 966 105 consultas, de las cuales 3 061 899 (23.6 %) fueron preventivas (promociones de la salud, charlas educativas, consejerías), lo que significa un incremento en el número de atenciones respecto del año pasado. En Sonsonate, Ahuachapán, Cabañas, Cuscatlán, Morazán y La Libertad el porcentaje de atenciones preventivas fue mayor del 25 %.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermeda-

«Si El Salvador no hace algo con urgencia para enfrentar el consumo de comida chatarra en las escuelas y el sedentarismo, los niveles de sobrepeso y obesidad escolar apuntan a una verdadera explosión epidémica de diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles en la próxima década».

*Juan Luis Uría
Curso UISP, 2016*

Tabla 4. Consultas, hospitalizaciones y defunciones por ECNT, enero a diciembre 2015

	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Enfermedad isquémica del corazón	Accidente cerebrovascular	Enfermedad renal	Cáncer	Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	Total
Consultas	421 066	838 057	21 029	6203	51 406	52 897	186 254	1 576 912
Hospitalizaciones	11 326	5224	2025	2327	5224	9347	7847	43 320
Fallecidos	677	537	512	504	537	173	217	3157
Letalidad	6.0	10.3	25.3	21.7	10.3	1.9	2.8	7.3

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW.

Tabla 5. Primeras 10 causas de egresos hospitalarios del MINSAL, enero a diciembre 2015

N.º	Grupo de Causas	Masculina	Femenina	Indeterminado	Total
1	Parto único espontáneo	-	49 547	-	49 547
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	-	26 055	-	26 055
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	-	21 535	-	21 535
4	Neumonía	9466	7620	3	17 089
5	Diarrea de presunto origen infeccioso	6619	6146	1	12 766
6	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas virales	5470	5888	0	11 358
7	Diabetes mellitus	4083	7243	0	11 326
8	Enfermedades del apéndice	5426	4753	0	10 179
9	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	4882	4658	8	9548
10	Otras enfermedades del sistema urinario	2917	5712	0	8629
	Demás causas	107 170	129 008	15	236 193
	Totales	146 033	268 165	27	414 225

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW.

des 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 ENT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registra casi el 75 % de muertes por ENT, 28 millones³.

El Salvador no es una excepción, ya que comparando 2015 con 2014 las consultas por enfermedades crónicas en general mostraron una leve disminución; sin embargo, las hospitalizaciones y muertes por estas causas se incrementaron en 1.6 % y 1.92 %,

respectivamente. Asimismo, la hipertensión arterial, la diabetes y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representan el 91.6 % de la consulta por ECNT. La diabetes, la enfermedad renal y el cáncer representan el 62 % del total de hospitalizaciones y el 57 % de las defunciones por ECNT.

Estas enfermedades suelen asociarse a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia a nivel mundial indica que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad⁴.

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

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

El 50 % del total de consultas por ECNT se concentró en el grupo de 60 y más años de edad, seguido del grupo de 20 a 59 años, con el 44.37 %.

La relación de egresos por sexo es de 1.9 mujeres por cada hombre. El 25 % de las hospitalizaciones fueron por atención materna. Los departamentos de San Salvador (17.5 %), San Miguel (11.0 %), Usulután (9.6 %), Santa Ana (9.5 %) y La Libertad (7.9 %) constituyen el 55.5 % de los egresos atendidos en la red de hospitales.

ESTADÍSTICAS VITALES RELACIONADAS CON NACIDOS VIVOS (NV)

Según la DIGESTYC, se esperaba para 2015 un total de 113 590 nacidos vivos (NV) y fueron reportados por las instituciones del SNS 105 242 nacidos vivos, cantidad

que representa un 93 % de los nacimientos proyectados, esto como resultado de la integración de otros prestadores de servicios de salud en el registro de información y del fortalecimiento en las estadísticas de hechos vitales recopiladas en el SUIIS. De estos nacimientos, 82 807 ocurrieron en la red de establecimientos del MINSAL (79 %) y 22 259 corresponden a establecimientos de salud del ISSS (21 %). La distribución por sexo correspondió a 51 % niños (53 094 NV), 49 % niñas (51 405 NV) y 0.05 % indeterminado⁵ (51 NV). De estos nacimientos, el 52 % correspondió al área urbana (54 416 NV) y 48 % al área rural (50 134 NV). Los datos incluyen los nacidos vivos de otras nacionalidades.

5. Sexo indeterminado: si el sexo de un recién nacido no está visiblemente definido (Ficha médica de nacimiento).

Tabla 6. Nacidos vivos (todas las edades gestacionales) con peso menor de 2500 gramos en la red de establecimientos de salud del MINSAL e ISSS, por departamento, año 2015

Departamento	Total nacidos vivos	Total peso menor de 2500 g	% bajo peso al nacer
San Salvador	24 084	2416	10
Santa Ana	9324	999	11
La Libertad	11 264	1143	10
Sonsonate	9099	812	9
San Miguel	8540	783	9
Ahuachapán	6599	680	10
Usulután	7185	537	7
La Paz	5480	549	10
Chalatenango	3245	331	10
Cuscatlán	4214	389	9
La Unión	4780	326	7
San Vicente	2910	312	11
Morazán	3508	308	9
Cabañas	3134	287	9
Total El Salvador: MINSAL + ISSS*	103 366	9872	10
Otros países de la región	1184	112	9
Total El Salvador y otros países	104 550	9984	10
ISSS	21 743	1940	9
Red de establecimientos hospitalarios-MINSAL	82 352	8044	
Primer Nivel de Atención	455	46	
Total MINSAL	82 807	8090	

* Los datos del ISSS corresponde a 12 establecimientos que atienden partos.

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW

De 82 807 nacidos vivos reportados por la red del MINSAL, 82 219 ocurrieron a nivel hospitalario (99 %) y 588 en el extrahospitalario (1 %); de ellos, 352 en establecimientos del Primer Nivel de Atención y 236 comunitarios.

Del total de nacidos vivos en el mundo se estima que al menos 10 o 20 % nacen con bajo peso (menos de 2500 g); de estos, entre 40 y 70 % se asocian a prematuridad. Aunque hay variaciones entre los países, entre 30 y 60 % de las muertes neonatales ocurrieron en niños con menos de 1500 g. Los Indicadores Básicos de Salud de las Américas de OPS/OMS 2014 reportan 7.8 % de bajo peso al nacer. En América Central, Costa Rica es el país con menor proporción de bajo peso (7.3 %) mientras que Guatemala registra el más alto porcentaje (11.4 %)⁶. En

6. Situación de Salud de las Américas. Indicadores básicos. 2014 OPS/OMS.

El Salvador se registra 10 % de índice de bajo peso al nacer y los departamentos con mayor tasa de niños nacidos vivos con bajo peso fueron: San Vicente y Santa Ana con 10.7 % cada uno; Chalatenango 10.2 %; Ahuachapán 10.3 %; La Libertad 10.1 %; San Salvador y La Paz 10.0 % cada uno. Los departamentos con menor porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso al nacer son: La Unión, 6.8 %; Usulután, 7.5 %; Morazán, 8.8 % y Sonsonate, 8.9 %.

NACIDOS VIVOS CON PREMATUREZ

Del total de nacidos vivos (104 550), 8934 son prematuros, lo que representa el 8.55 %. La distribución por sexo es de 4752 niños (53.2 %), 3957 niñas (46.8 %) y 4 en la categoría de indeterminado (0.04 %). En cuanto a la distribución geográfica, 5359 corresponden al área urbana (60 %) y 3702 al área rural (40 %).

Tabla 7. Nacidos vivos y prematuros

Departamento	Total nacidos vivos	Nacido vivo pre-término	% Prematuridad
San Salvador	24 084	2564	11
Santa Ana	9324	746	8
La Libertad	11 264	1077	10
Sonsonate	9099	641	7
San Miguel	8540	607	7
Ahuachapán	6599	575	9
Usulután	7185	473	7
La Paz	5480	473	9
Chalatenango	3245	305	9
Cuscatlán	4214	373	9
La Unión	4780	307	6
San Vicente	2910	222	8
Morazán	3508	267	8
Cabañas	3134	221	7
Total El Salvador, MINSAL e ISSS*	103 366	8851	9
Otros países de la región	1184	83	7
Total El Salvador y otros países	104 550	8934	9
ISSS	21 743	2305	11
Red hospitalaria del MINSAL	82 352	3782	
Primer nivel de atención	455	21	
Total MINSAL	82 807	3803	

*Los datos del ISSS corresponde a 12 establecimientos que atienden partos.

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW.



Recién nacida en un establecimiento público de salud.

Durante 2015, la red hospitalaria del MINSAL registró 1218 muertes de menores de 5 años; de estas, el 85 % (1041) ocurrieron en menores de un año, de los cuales el 61 % (645) ocurrió en el periodo neonatal.

Entre las causas de mortalidad neonatal, la prematuridad concentró el 28.3 % de las muertes y las malformaciones congénitas el 25 %, a predominio de las malformaciones del sistema nervioso y del sistema cardiovascular.

La mortalidad en menores de un año ocurrió principalmente en el periodo neonatal, originada por la prematuridad, 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 10/1000⁷. Las inequidades persisten e inciden

aún más en la tasa de mortalidad de 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 en el menor de cinco años presenta un incremento al compararla con el año 2014. Igualmente, la mortalidad en el periodo neonatal mostró un incremento, pasando de 7.7 en el 2014 a 7.8 × 1000 niños vivos en 2015. El grupo de neonatos sigue siendo el más afectado en los menores de un año debido al alto componente biológico que le acompaña, así como las múltiples inequidades que impactan en su hogar y las condiciones de vida de su madre.

MORTALIDAD GENERAL

La tasa de mortalidad general para 2015 en la red hospitalaria del MINSAL fue de 2.3 por 1000 habitantes. Las tasas más altas se registraron en los departamentos de Santa Ana (2.32), Usulután (2.08), Chalatenango (2.03), Sonsonate (1.91), San Salvador (1.88); Ahuachapán y San Vicente (1.84 cada uno).

7. Análisis secundario de encuesta FESAL.

Tabla 9. Nacidos vivos y prematuros

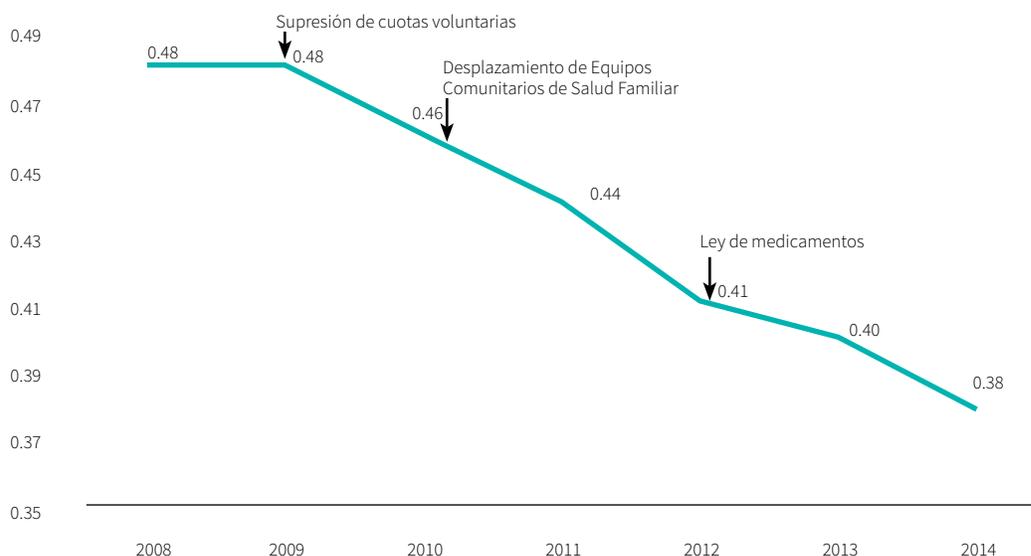
Grupo de causas	Muertes	Egresos	Tasa de letalidad
Resto de enfermedades del sistema genitourinario	1003	26 941	3.7
Neumonía	708	17 090	4.1
Diabetes mellitus	677	11 326	6.0
Resto de enfermedades del sistema digestivo	605	33 017	1.8
Septicemia	586	864	67.1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	549	32 088	1.7
Enfermedades hipertensivas	537	5196	10.3
Enfermedades del hígado	523	2503	20.9
Enfermedades isquémicas del corazón	512	2025	25.3
Enfermedades cerebrovasculares	504	2327	21.7
Demás causas	5529	280 848	2.0
Totales	11 733	414 225	2.8

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW.

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 diabetes mellitus (E10-E14), que afecta a todos los grupos de edad, pero principalmente a adultos mayores, población en la que se concentró el 14 % (1680) del total de defunciones registradas en la red de hospitales del MINSAL.

Todo lo anterior es evidencia de que El Salvador continúa transitando con paso decidido hacia un sistema de Protección Social Universal donde la determinación social de la salud se aborda multidisciplinaria e intersectorialmente, identificando las inequidades que la generan y reduciéndolas con estrategias novedosas y altamente solidarias que desde 2009 han propiciado una sociedad cada vez más equitativa, como lo evidencia la caída por sexto año consecutivo del índice de GINI, cuya curva de descenso muestra una estrecha relación con los grandes cambios generados por la Reforma de Salud.

Gráfico 17. Distribución del ingreso coeficiente de GINI / EHPM-2014



Fuente: Resultado de EHPM varios años. MINEC/ DYGESTIC.

MANEJO INTEGRADO E INTERSECTORIAL DE ARBOVIROSIS EN EL SALVADOR, 2016



Uno de los principales retos inherentes a la Reforma de Salud en El Salvador en 2009 era diseñar e implementar un sistema de información donde tributaran de manera integrada todos los prestadores de servicios de salud del SNS en sus diferentes niveles organizativos; su pilar fundamental sería la vigilancia epidemiológica universal, fortalecida por diferentes componentes, como los módulos de información en línea, alimentados por el nivel local en instrumentos de recolección de la información estandarizados, de modo que permitieran generar información de calidad y a la vez comparable con la de otros países.

Históricamente se había priorizado contabilizar muy parcialmente la carga de morbilidad y mortalidad, lo que limitaba el análisis epidemiológico a los eventos negativos del estado de salud de la población salvadoreña sin evidenciar las inequidades sociales que habitualmente vulneran la salud. Actualmente, y luego de un acelerado y vigoroso desarrollo inicial, en este año se ha enfatizado la calidad, para lo cual se ha fortalecido la capacidad técnica para identificar y medir las inequidades, conocer la situación específica de salud de la población y sus tendencias e identificar los grupos y las áreas más críticas, por lo que se volvió esencial el fortalecimiento del Sistema Único de Información en Salud (SUIS), que ha revolucionado la gestión institucional del MINSAL convirtiéndose en una importante herramienta para la gestión de la red de establecimientos de salud, así como en la prevención, abordaje oportuno, manejo y control de eventos epidemiológicos de interés nacional.

FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica por medio de varias estrategias, como el incremento de usuarios activos que acceden al SUIIS, que ahora asciende a 5250, lo cual permite generar perfiles de salud en diferentes niveles geográficos, temporales y poblacionales. Con la evidencia generada se han construido indicadores de impacto, proceso y resultados, a fin de definir tendencias, estratificación de afectaciones y coberturas, así como el monitoreo de la Reforma de Salud en su camino hacia la equidad sanitaria, a través de la identificación y abordaje de las inequidades en salud.

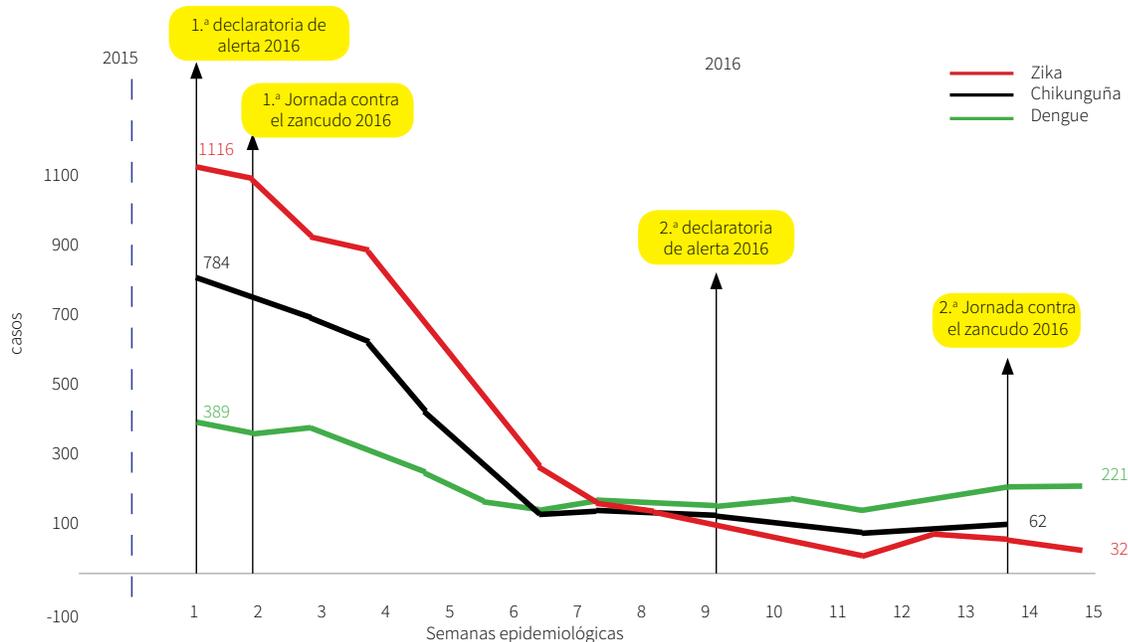
Otro de los avances significativos es el incremento de las unidades notificadoras, que representó una mejora en el sistema de información, lo que significó crecer de 336 unidades notificadoras en 2009, todas del MINSAL, a 1234 unidades en todo el Sistema Nacional de Salud en 2016, incluidas ONG, alcaldías, instituciones privadas, centros penales, entre otros prestadores de servicios de salud. Esta mejora está en ascenso cada año y el desarrollo del sistema en línea permite que se identifiquen oportunamente brotes o alzas en enfermedades prevalentes que tra-

dicionalmente afectan a la población salvadoreña y la detección oportuna de enfermedades nuevas.

Como se observa en el gráfico 1, sobre la base del recuento histórico de casos de dengue y chikunguña, la Dirección de Vigilancia Sanitaria ha liderado acciones intersectoriales realizadas a partir de análisis estadísticos rigurosos e innovadores de los datos, dando como fruto información valiosa para la toma de decisiones de cuándo y dónde actuar. En la gráfica 1 puede apreciarse que desde las primeras alertas y campañas realizadas desde enero de 2015, la tendencia de casos no tuvo ascensos tan grandes como se esperaba y al final del año se logró una disminución de todas las arbovirosis, a pesar de la introducción del zika. Además, se estima que se evitaron 5288 casos de dengue al comparar el modelo predictivo con los hechos, pues se esperaba que en el periodo comprendido entre las semanas 37 y 43 de 2015 se incrementara el número de casos hasta 3000 semanales, pero ocurrieron 1000 casos menos por semana.

Se tomó en consideración lo predicho por el modelo unido a otras variables para decidir el momento de ejecutar las acciones; esta combinación tuvo un impacto positivo, puesto que se logró una disminución sostenida de casos, tomando como referente al dengue.

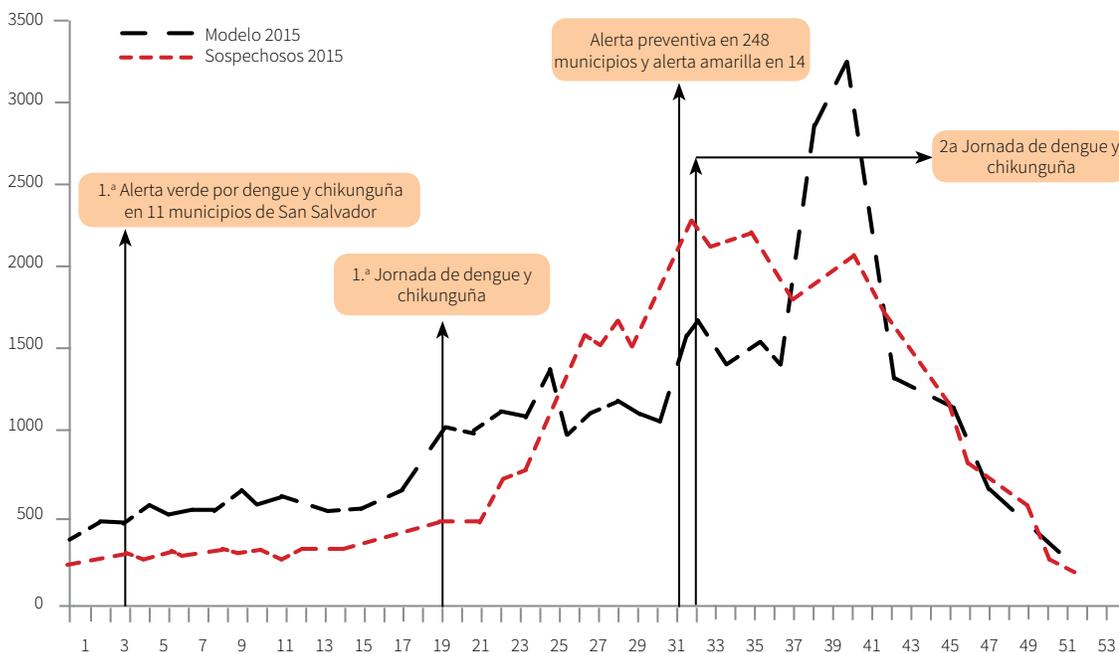
Gráfico 1. Histórico de casos en El Salvador de zika, chik y dengue, 2016



Fuente: Construcción propia a partir de datos de vigilancia. VIGEPES/SUIIS.

MODELO MATEMÁTICO PREDICTIVO VS. INCIDENCIA REAL DE CASOS DE DENGUE, EL SALVADOR 2015

Gráfico 2. Modelo matemático predictivo vs. incidencia real de casos de dengue, El Salvador, 2015



Fuente: Modelaje estadístico de series temporales en 5 años. VIGEPES/SUIS.

En la gráfica puede apreciarse que en las primeras semanas de 2016, gracias a las alertas emitidas por el Sistema Nacional de Protección Civil y con participación intersectorial muy intensa, se ha mantenido la tendencia de casos de las arbovirosis al descenso. Esto cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que todas las acciones no fueron ejecutadas en momentos de epidemia, sino antes que ocurrieran, según lo previsto por medio de los análisis epidemiológicos realizados en la Dirección de Vigilancia Sanitaria. A pesar del éxito logrado, se continuará aplicando medidas de intervención y se mantendrán activas las campañas antivectoriales preventivas.

MODELOS DE ESTRATIFICACIÓN Y GEOPOSICIONAMIENTO ELABORADOS POR DIRECCIÓN DE VIGILANCIA SANITARIA DEL MINSAL

Desde agosto de 2012 se visualizó que para conseguir un efectivo e innovador abordaje se requería de un análisis científico pormenorizado de los modos de vida de las personas, lo que posibilitó un abordaje intersectorial que optimizó el uso combinado de los

principios de la determinación social, la atención primaria, el trabajo integrado con el Sistema Nacional de Protección Civil, la organización comunitaria y la participación social a través del Foro Nacional de Salud. Asimismo, se desarrolló un sólido diseño bioestadístico denominado “Estratificación para la Acción”, que permitió particularizar el nivel de afectación para cada uno de los municipios del país, tomando como referencia 10 indicadores epidemiológicos, entomológicos y de determinación social de la salud.

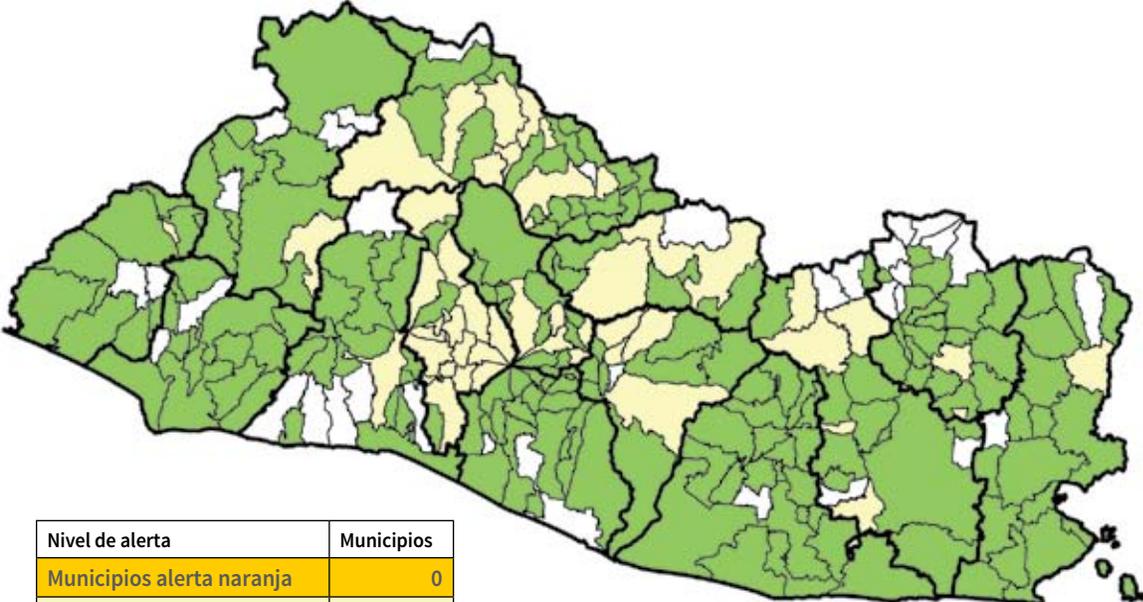
Indicadores evaluados

- REM* de sospechosos de dengue (IC. 95 %)
- REM de sospechosos de chikunguña (IC. 95 %)
- REM de sospechosos de zika (IC. 95 %)
- REM de confirmados de dengue (IC. 95 %)
- REM de confirmados graves de dengue (IC. 95 %)
- Porcentaje larvario de vivienda
- Porcentaje de viviendas no intervenidas (CRD**)
- Densidad poblacional

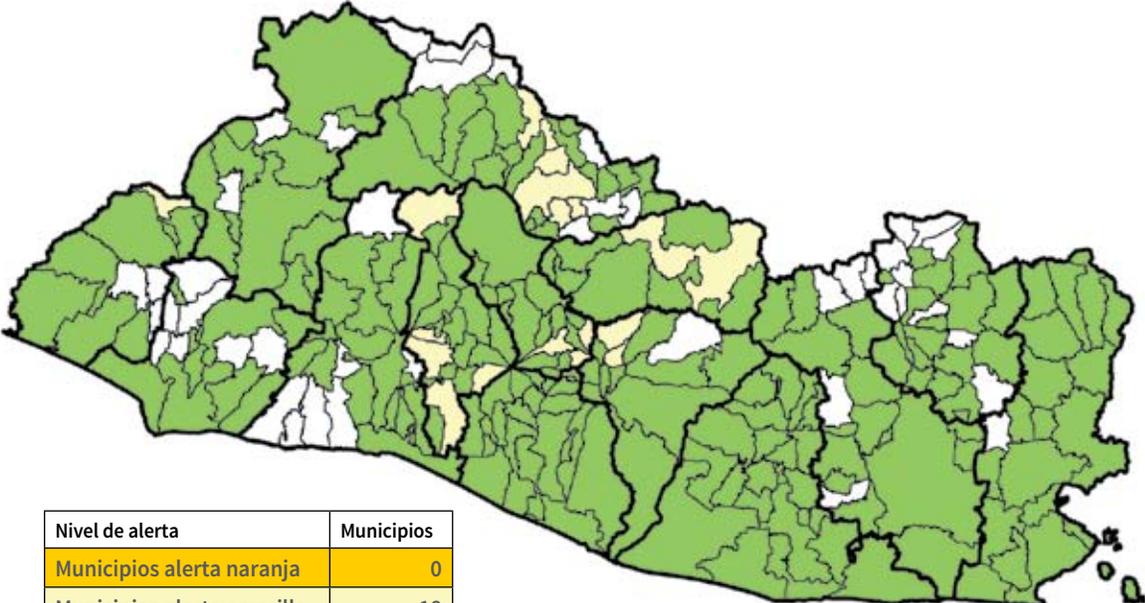
*REM: Razón estandarizada de morbilidad.

**CRD: Casas cerradas, renuentes y deshabitadas.

Mapa 1. Estratificación de municipios con base en criterios epidemiológicos y entomológicos, tomando como referencia los niveles de diciembre de 2015 (mapa superior) y enero de 2016 (mapa inferior)



Nivel de alerta	Municipios
Municipios alerta naranja	0
Municipios alerta amarilla	47
Municipios alerta verde	179
Municipios sin alerta	36
Total de municipios	262



Nivel de alerta	Municipios
Municipios alerta naranja	0
Municipios alerta amarilla	18
Municipios alerta verde	199
Municipios sin alerta	45
Total de municipios	262

Fuente: Vigepes-vectores / SUIIS.

Con este modelo se estratificaron las áreas de intervención y se concentraron los recursos materiales y humanos en los lugares más afectados, evitando así el gasto y el tensionamiento innecesario de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC).

RESPUESTA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA LUCHA CONTRA EL ZANCUDO *Aedes Aegypti* (VECTOR TRANSMISOR DE ZIKA, DENGUE Y CHIKUNGUÑA)

En enero de 2015 se realizó la primera declaración de la Alerta Nacional Estratificada, que permitió generar a tiempo un abordaje integral preventivo de las enfermedades vectorizadas como zika, dengue y chikunguña en 47 municipios declarados en alerta amarilla y 215 en alerta verde. El 20 de mayo de 2015 se desarrolló la primera Jornada Nacional contra el zancudo. La alerta involucró instituciones públicas, autónomas, semiautónomas y privadas, incluyendo las 44 instituciones que concurren periódicamente de CISALUD, movilizandando 237 074 recursos humanos, gracias a lo cual se inspeccionaron 118 598 viviendas, fumigando 85 992 y destruyéndose 1 346 617 criaderos.

Las alertas emitidas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial para la Salud (OPS/OMS) en relación con el desarrollo de la epidemia de zika en Brasil se difundieron de manera sistemática en los Boletines Epidemiológicos semanales; la primera fue emitida el 7 de mayo

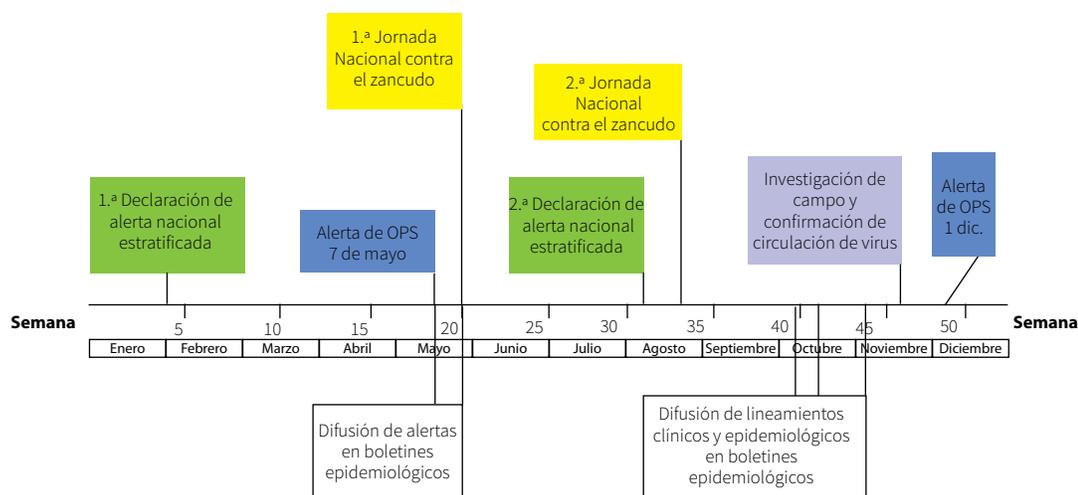
y publicada en el boletín del 10 de mayo de 2015 y la segunda alerta, emitida en la segunda semana de diciembre, fue publicada en esa misma semana conjuntamente con los lineamientos clínicos y epidemiológicos para abordaje de zika elaborados intersectorialmente y emitidos en los boletines epidemiológicos 40, 41 y 42 de 2015 (1.ª, 2.ª y 3.ª semana de octubre, respectivamente).

En agosto de 2015 el Sistema Nacional de Protección Civil, a solicitud del MINSAL, emitió una segunda declaratoria de la Alerta Nacional Estratificada: alerta naranja para 14 municipios, alerta amarilla para 116 y alerta verde para 132. El 26 de agosto de 2015 dio inicio la 2.ª Jornada Nacional contra el zancudo, en el marco de la segunda declaratoria de Alerta Nacional y en cumplimiento al decreto legislativo n.º 794.

Durante la semana epidemiológica 45 (del 8 al 14 de noviembre), nuestro sistema de vigilancia sanitaria detectó la circulación del virus zika en el país, que fue confirmado en la SE 47 por el laboratorio internacional de referencia de OPS, en Colorado, (Fort Collins) EE UU. Así, El Salvador fue el cuarto país en el continente americano en confirmar la circulación del virus zika.

En diciembre 2015 se reportó un incremento inusual de casos de Síndrome de Guillain Barré en el Hospital General de ISSS y en el Hospital Nacional Rosales, por lo cual se activó al Equipo de Respuesta Rápida Nacional (ERRIC) y se realizó una investigación de los casos que permitió intensificar las medidas de prevención y vigilancia sobre arbovirosis.

Figura 1. Respuesta del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra el zancudo, El Salvador, 2015



FUENTE: Construcción propia con datos de Vigilancia Sanitaria.

En enero de 2016 se declara la primera alerta estratificada, la cual permitió orientar lineamientos necesarios para desarrollar la primera Jornada Nacional contra el zancudo del año con la participación de 261 gobiernos municipales, que al frente de las comisiones Municipales de Protección Civil incidieron en la disminución de criaderos del vector, con un fuerte y decidido apoyo de las comunidades organizadas en el Foro Nacional de Salud (FNS).

El reconocimiento de la solidez y credibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica del país y su experiencia en el manejo de las arbovirosis fue reconocido por el Sistema de Naciones Unidas, cuando el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de OMS, reunido en Ginebra el 1 de febrero de 2016, convocó a El Salvador, Brasil, EE UU y Francia a compartir sus experiencias para hacer abogacía ante el Consejo Mundial de Emergencia y declarar el zika como un evento de salud pública de importancia internacional.

Como se muestra en las figura 2 y 3, la respuesta ante la epidemia de zika se ha dado en el marco de la intensificación de la vigilancia epidemiológica, que de forma permanente ha promovido acciones de prevención y control previos a los picos epidémicos gracias a modelos matemáticos predictivos que se aproximan de manera certera a la realidad de salud del país.

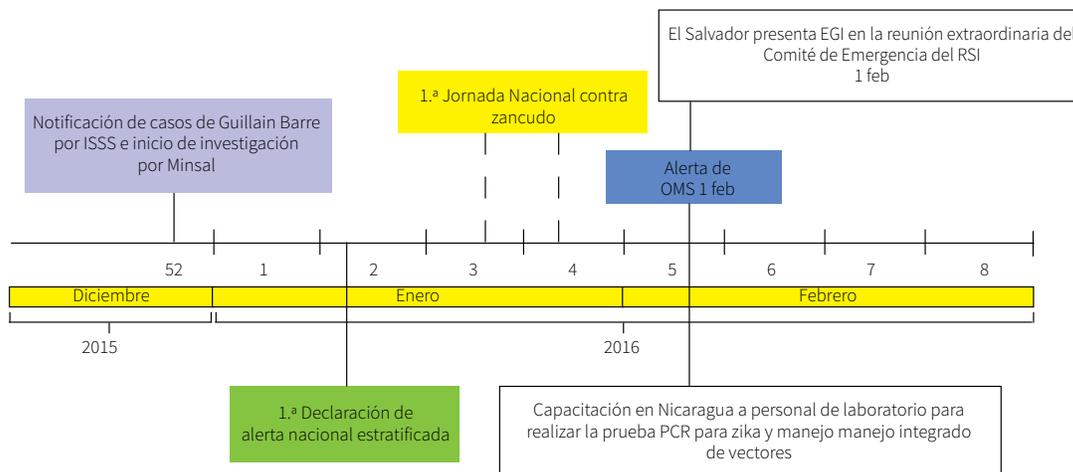
El MINSAL diseñó una Estrategia de Gestión Integrada para arbovirosis (EGI), que ha incidido de manera positiva en el control de la epidemia de arbovirosis desde cada uno de sus componentes, como se detalla a continuación:

En relación con la atención al paciente se ha garantizado el aprovisionamiento de insumos y medicamentos para tratar el síndrome de Guillain Barré (albúmina e inmunoglobulina) y para las medidas de soporte, ya que se ha descrito y asociado como posible complicación al zika. Se han detectado 263 embarazadas con sospecha de zika cuya evolución clínica ha sido monitoreada para detectar probables complicaciones e intervenir oportunamente. Al momento hemos detectado 3 casos con microcefalia, ninguno asociado a zika.

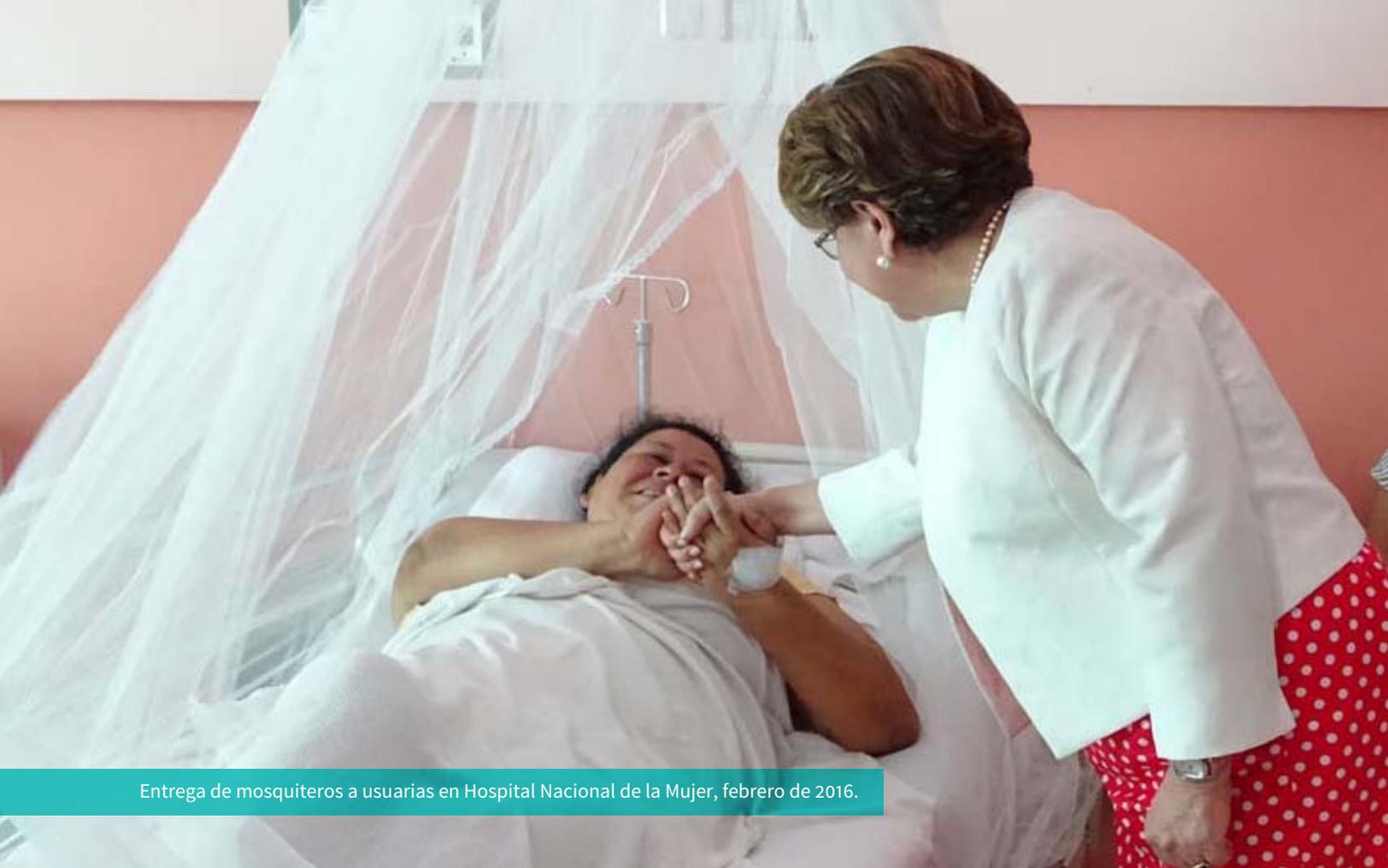
Se han elaborado lineamientos clínicos y protocolos de atención que se han difundido mediante jornadas de capacitación presenciales y conferencias en línea entre personal sanitario, de la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), otras carteras de Estado y población en general. El Comité Nacional de Auditoría Médica sobre Mortalidad realizó nueve Auditorías de pacientes fallecidos por síndrome de Guillain Barré y se descartó su asociación con el virus zika, aunque epidemiológicamente podemos predecir que a partir de junio y julio veremos un incremento de microcefalias asociadas al zika en los estratos sociales menos aventajados y en las parejas que no atendieron los llamados del MINSAL para postergación de embarazo y protección extrema de la superficie corporal de las embarazadas durante 2016 (ver capítulo Situación de Salud, página 51).

La compra de 1500 mosquiteros, principalmente para uso de hospitales y casas de espera materna, incidió en la disminución de casos en embarazadas, protegiendo así al binomio madre/hija o hijo. Se prio-

Figura 2. Respuesta del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra el zancudo, El Salvador, 2015-2016



FUENTE: Construcción propia con datos de Vigilancia Sanitaria.



Entrega de mosquiteros a usuarias en Hospital Nacional de la Mujer, febrero de 2016.

rizó además la compra de repelentes para embarazadas; la utilización de equipos portátiles de ultrasonografía para el monitoreo de las mujeres embarazadas con sospecha clínica de zika en zonas de difícil acceso ha facilitado la pesquisa de malformaciones congénitas como parte de la atención integral a la mujer.

El MINSAL, con base en el comportamiento histórico de la casuística de chikunguña y en atención a los reportes de Brasil, recomendó a las parejas la postergación de embarazos durante 2016, periodo de mayor probabilidad de casos de malformaciones congénitas asociadas a zika. Además, en la red de servicios de salud se incrementó la dotación de anticonceptivos de forma paralela a campañas educativas para que las parejas y su familia tuvieran la información necesaria y oportuna para tomar decisiones sobre el mejor momento para tener un embarazo con feliz término.

La construcción de modelos matemáticos predictivos sobre la base de análisis de series temporales permitió saber cuándo intervenir; además, la estratificación realizada por métodos estadísticos avanzados ayudó a determinar las áreas prioritarias de intervención.

Están en desarrollo dos investigaciones que intentan determinar el impacto del zika en el embarazo y la vinculación de la enfermedad con complicaciones neurológicas como el síndrome de Guillain Barré.

La difusión de datos de manera transparente y oportuna sobre la vigilancia nacional e internacional en el Sistema Nacional de Salud genera empoderamiento en el personal de salud y la población en general, lo que a su vez ayuda a fortalecer las capacidades y percepción de la magnitud de la situación epidemiológica del país.

La prioridad generada por las arbovirosis y sus malformaciones nos llevó a actualizarnos sobre las temáticas tratadas en sala situacional para atender la situación nacional, formándose para ello una Comisión de Arbovirosis, que ha fortalecido el trabajo de las direcciones del MINSAL que de manera articulada inciden en las labores asistenciales y de prevención de estas enfermedades.

Se actualizó el algoritmo de toma de muestras de caso sospechoso de dengue, chikunguña y zika en octubre del 2015. En el marco del Reglamento Sanitario Internacional, el Laboratorio Nacional de

Referencia realizó los contactos con el Laboratorio Regional de Referencia de OPS, Fort Collins, Colorado, para enviar muestras para el diagnóstico de zika (SE47, última semana de noviembre de 2015).

Hemos desarrollado la capacidad de diagnóstico laboratorial por metodologías serológicas y de biología molecular para las tres arbovirosis. En el caso particular de zika, las pruebas se realizan a:

- mujeres embarazadas que consulten con cuadro agudo de zika, pacientes agudos (antes del quinto día a partir de la fecha de inicio de síntomas);
- ingresados con diagnóstico de zika y que presenten meningitis, encefalitis o meningoencefalitis aséptica; y
- recién nacidos que presenten malformaciones congénitas y afecciones neurológicas. Se les realizará prueba de confirmación de zika y en el último caso además el algoritmo diagnóstico de STORCH (sífilis, toxoplasmosis, otros, rubeola, citomegalovirus y herpes).

El trabajo articulado con el Sistema Nacional de Protección Civil ha permitido movilizar a la sociedad civil, comunidades e instituciones públicas y privadas para intervenir la eliminación de criaderos de zancudos; además, se ha implementado una evaluación mensual del impacto de las alertas estratificadas junto con el Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC), que le permite al SNPC definir una propuesta de nueva priorización.

Uno de los avances más significativos en la reducción de arbovirosis es el desarrollo de un proyecto de control biológico con peces (alevines) que tienen predilección por la larva del mosquito *Aedes aegypti*. Las ventajas de este método son, entre otras, su bajo costo, la inocuidad con el medio ambiente, la estimulación de la participación comunitaria y, en el mediano plazo, se convierte en una fuente de proteínas para las familias que incluyen el pescado en su dieta alimenticia.

El control biológico con alevines ha tenido resultados exitosos. En el proyecto piloto que se ha desarrollado en el último año en el municipio de San Diego Playa, del departamento de La Libertad, se registran índices larvarios por debajo del 4 % y no se ha reportado en este periodo ningún caso de arbovirosis. Es importante resaltar que a causa del alto grado de compromiso comunitario y participación social que este proyecto ha generado en la zona y

sus alrededores se ha replicado la experiencia en otros municipios donde también se están observando buenos resultados.

La difusión de información relevante y oportuna también forma parte de la prevención. Por ello, se activó el plan de comunicación estratégica por fases, que incorpora en sus líneas de acción alianzas intersectoriales, movilización social a través de redes sociales en internet y medios masivos de comunicación; publicidad y desarrollo de campañas masivas, puntos informativos clave en sitios de concentración; reuniones, talleres, entrevistas y conversatorios con periodistas de medios nacionales, regionales y locales y agencias de noticias para generar una adecuada respuesta informativa sobre la emergencia. Asimismo, se ha logrado que estaciones de radio y televisión difundan mensajes de prevención en directo y de manera reiterada destinados a promover alianzas para una respuesta multisectorial y se ha producido y adaptado material impreso. Estos materiales, incluyendo los spots, están disponibles en el sitio www.salud.gob.sv.

Dentro de las alianzas estratégicas se han realizado acciones de abogacía para gestionar recursos con el ISSS.

Se realizó el primer foro abierto de actualización sobre el zika, implicaciones a la salud y otras enfermedades virales, donde participaron los presidentes y delegados de cuatro asociaciones de profesionales: Ginecobstetricia, Neonatología, Ciencias Neurológicas e Infectología.

Se mantiene un diálogo vía Internet (redes sociales: Twitter, Facebook, YouTube); difusión de mensajes de prevención para sensibilizar a distintos actores sociales (personas, familias, educadores, organizaciones comunitarias, comités locales de salud, asambleas comunitarias de salud, consejos intersectoriales, municipales, gabinetes de gestión departamentales, ADESCOS, ONG, otras) con el fin de que asuman tareas según nivel de responsabilidad. Allí se brinda información sobre medidas de prevención, para lo cual se elaboraron spots y se están difundiendo televisión, y las pantallas móviles de los autobuses del área metropolitana.

Se han distribuido materiales impresos con medidas de prevención y destrucción de criaderos del zancudo en establecimientos de salud, centros regionales, SIBASI, UCSF, hospitales, centros educativos, centros laborales, entre otros.



«El logro del más alto posible nivel de salud y bienestar es un derecho humano fundamental, no importa el color de la persona, el origen étnico, la religión, el sexo, la edad, las habilidades, la orientación sexual, o clase social».

Declaración para la Salud de los Pueblos, Bangladesh, 2000.



CAPÍTULO 1

UNA RED DE SERVICIOS MODERNA Y DE CALIDAD PARA PREVENIR Y COMBATIR LA ENFERMEDAD

“Hace 7 años El Salvador inició una profunda e innovadora Reforma al Sistema de Salud, poniendo en marcha una Hoja de Ruta hacia el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, rompiendo barreras geográficas, económicas y tecnológicas para garantizar el derecho a la salud de la población, mediante el fortalecimiento del sistema público de salud.”

Violeta Menjívar

69a Asamblea Mundial de la Salud (OPS/OMS), Ginebra, Mayo de 2016

TRABAJO EN RED, CULTURA DE CALIDAD Y MODERNIDAD PARA MEJORES RESULTADOS



REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD

Como elemento esencial del sistema público de salud, el MINSAL ha continuado avanzando en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, sumando a este esfuerzo el fortalecimiento de la red de establecimientos, consolidando el modelo de atención en salud integral con enfoque familiar y comunitario, avanzando además en la gestión de redes de salud, que han permitido la continuidad de la atención.

ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD DEL MINSAL

Para la provisión integral de servicios de salud dirigida a personas, familia y comunidad, el MINSAL cuenta a nivel nacional con 5 redes regionales, 17 redes departamentales y 68 microrredes intermunicipales de establecimientos de salud, las que identifican y resuelven las prioridades territoriales, con involucramiento de la sociedad civil, particularmente del Foro Nacional de Salud.

El detalle de la red de establecimientos puede apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1. Red nacional de establecimientos del MINSAL

N.º	Establecimientos	Nivel
1	UCSF Básicas	Primer
2	UCSF Intermedias	
3	UCSF Especializadas	
4	Casas de Espera Materna	
5	Oficina Sanitaria Internacional (OSI)	
6	Centro Integral de Salud Materno Infantil y de Nutrición (CIAMIN)	
7	Centro de Atención de Emergencias	
8	Centro de Atención Integral de salud del Adolescente (CAISA)	
9	Clínica de empleados	
10	Hospitales básicos	Segundo
11	Hospitales departamentales	
12	Hospitales regionales	Tercer
13	Hospitales de referencia nacional	
Total		815

Fuente: DNPA y DNH.

Tabla 2. Número de Ecos familiares y especializados

Ecos familiares	536
Ecos especializados	39
Total Ecos familiares	575

Fuente: Diagnóstico de Ecos familiares, mayo 2015, DPNA. (Marzo 2016).

Tabla 3. Municipios dotados con Ecos familiares

Completamente	126
Parcialmente	58
Total municipios con dotación de Ecos	184
Municipios sin Ecos	78

Fuente: Diagnóstico de Ecos familiares, mayo 2015, DPNA. (Marzo 2016).

CATEGORIZACIÓN DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR

El Viceministerio de Servicios de Salud priorizó la gestión de calidad en los servicios de salud de la RIISS. Este proceso inició con la categorización de los establecimientos del Primer Nivel de Atención (UCSF) y la formulación de los lineamientos técnicos para dicha categorización. Se conformaron un Comité Técnico Nacional, 5 Comités Técnicos Regionales (uno por Región de Salud) y 71 Equipos Operativos de Categorización, estos últimos distribuidos en los 17 SIBASI del país.

INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y RECURSO HUMANO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y HOSPITALES

La Dirección del Primer Nivel de Atención creó la Unidad de Salud Comunitaria para desarrollar competencias técnicas en los promotores de salud y sus supervisores, pilares fundamentales para impulsar el modelo de atención en Salud Familiar y Comunitario, basado en atención primaria de la salud (APS).

Con fondos GOES, cooperación internacional y municipalidades se construyó, remodeló y equipó 28 UCSF y 30 hospitales, con una inversión total de US\$ 28 260 703.81, de los cuales US\$ 9 686 953.29 fueron para primer nivel de atención, dos farmacias especializadas y otros equipamientos y US\$ 18 573 750.52 para hospitales.

FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

En coordinación con la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia, el MINSAL integró al Registro Único de Participantes del Sistema de Protección Social Universal la ficha familiar utilizada por los Ecos familiares para el análisis de la situación de salud con enfoque de determinación social a fin de fortalecer el trabajo interinstitucional y mejorar la calidad del cuidado integral de la salud individual y colectiva. Esta integración convierte a la ficha familiar en una herramienta fundamental para planificar e implementar los programas sociales del Gobierno, focalizándolos en personas en mayor vulnerabilidad.



Se fortaleció la conectividad de 171 Ecos familiares con dispositivos móviles y acceso a red inalámbrica para asegurar el flujo de datos en el sistema de información de la ficha familiar. Se estima que a finales de 2016 esta metodología será utilizada en todos los Ecos familiares del país.

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DE LA SALUD

NIÑEZ SALUDABLE EN PLENO GOCE DE SUS DERECHOS

En 2015 se registraron 104 547 nacimientos de niñas y niños vivos, de los cuales 82 807 ocurrieron en la red de establecimientos del MINSAL; de este total, 6629 (8.0 %) fueron prematuros con predominio del sexo masculino. Como producto de los esfuerzos

por reducir la morbilidad en la niñez, los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención registraron en 2015 un total de 1 264 211 atenciones infantiles en niños y niñas de 0 a 9 años, que incluyen inscripciones infantiles y controles subsecuentes. Aproximadamente el 39 % de estas atenciones fueron brindadas a niños y niñas antes de cumplir su primer año de vida (479 260 atenciones en el menor de un año), 571 776 (45 %) corresponden a niños y niñas entre 1-4 años y 213 175 (16 %) corresponden a niños y niñas entre 5-9 años.

ACCIONES PRIORITARIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ

El Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: El Salvador productivo, educado y seguro tiene como una de las metas para reducir la tasa de mortalidad infantil

a menos de 8 por 1000 nacidos vivos al finalizar el quinquenio. Con este fin, el MINSAL priorizó el desarrollo de intervenciones enfocadas a fortalecer la atención al momento del nacimiento, los cuidados inmediatos del recién nacido, la reanimación neonatal, la atención integral de niños y niñas prematuros y de bajo peso al nacer, la atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, así como la prevención y atención a la discapacidad, implementando las siguientes acciones:

1. Descentralización de la ultrasonografía transfontanelar en los hospitales de San Rafael, Chalatenango, San Miguel y Nacional de la Mujer, equipándolos y capacitando a cuatro neonatólogos.
2. Ampliación de la “Estrategia Canguro” en los hospitales Nacional de la Mujer, Regional de Santa Ana y Regional de San Miguel, que favorece el vínculo afectivo, la ganancia de peso, el crecimiento y desarrollo de neonatos prematuros y fomenta la práctica de la lactancia materna. Cuando estos niños se estabilizan son referidos a hospitales cercanos a su lugar de vivienda y luego a las UCSF, lo que garantiza la continuidad de la atención hasta su recuperación total.
3. Se inició el Programa de Tamizaje Auditivo para neonatos en el Hospital Nacional de la Mujer y los Hospitales Regionales de San Miguel y Santa Ana para la detección y tratamiento temprano de la hipoacusia o sordera y garantizar una rehabilitación oportuna.
4. En coordinación con el Centro de Rehabilitación Integral de la Niñez y la Adolescencia (CRINA), 24 profesionales de psicología del

MINSAL practicaron mediciones de crecimiento y desarrollo y aplicaron evaluación psicométrica a niños y niñas de dos años y medio de edad en adelante para evaluar el impacto de la prematurez en el neurodesarrollo infantil.

5. Se equipó la Red Nacional de Bancos de Leche Humana de los hospitales Nacional de la Mujer, San Juan de Dios de Santa Ana y San Juan de Dios de San Miguel, los cuales reportaron 9009 donantes en 2015 (2439 más que en 2014), logrando una producción de 2595 litros de leche colectada y 1899 litros pasteurizados, que beneficia a 685 recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, logrando una cobertura del 100 % de los prematuros menores de 2000 gramos en el Hospital Regional San Juan de Dios de Santa Ana y del 55.5 % en los menores de 1500 gramos en el Hospital Nacional de la Mujer. Con ello se disminuyó, entre otras complicaciones, la enterocolitis necrotizante, que pasó de 14.9 % en 2014 a 8.4 % en 2015. También se inauguraron ocho nuevos centros recolectores de leche humana (siete en la Región de Salud Metropolitana y uno en el Hospital Regional del ISSS de Santa Ana) con lo cual se cuenta hoy con 31 Centros Recolectores, 17 ubicados en establecimientos del Primer Nivel de Atención, ocho en la Red Nacional de Hospitales de la Región de Salud Oriental, cinco en la fábrica Fruit of The Loom de El Salvador y uno en el Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana. Estos centros aportaron el 50.4 %

En octubre de 2015, el Ministerio de Salud de El Salvador recibió el reconocimiento de la Red Global de Bancos de Leche Humana, con sede en Brasil, por la labor desempeñada y la iniciativa de expandir la estrategia de Bancos de Leche Humana al Primer Nivel de Atención a través del funcionamiento de los Centros Recolectores.

Según el *Informe sobre tendencias mundiales de lactancia materna 2015*, El Salvador es el segundo país de la región de las Américas con mejores indicadores en lactancia materna, con un puntaje de 105/150, solo por debajo de Cuba, con 114.5, mientras que Costa Rica tiene el mismo puntaje que El Salvador.

de la leche humana recolectada. Se acreditó a 19 establecimientos de salud como “amigos de la niñez y las madres”, se juramentó la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAM) y se conformó el comité intersectorial de lactancia materna (CILAM). Todo ello contribuyó a que la niñez de 5 a 6 meses atendida en las RIISS alcanzaran un 57 % de lactancia materna exclusiva.

6. Con la incorporación de las Regiones de Salud Paracentral, Oriental y Occidental a la Estrategia de Clasificación, Evaluación y Tratamiento de las Emergencias Pediátricas (CETEP), este servicio alcanza cobertura nacional.
7. En este periodo se han tamizado 34 244 recién nacidos con hipotiroidismo, gracias a la continuidad del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal.

ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

En este el periodo se atendieron a nivel nacional 909 252 adolescentes por consultas curativas y preventivas de primera vez, brindando 161 195 atenciones preventivas, con énfasis en la inscripción de adolescentes. Estas atenciones consistieron en evaluación nutricional, evaluación de la talla para la edad, identificación temprana de factores de riesgo personal, familiar, escolar, educativo, proyecto de

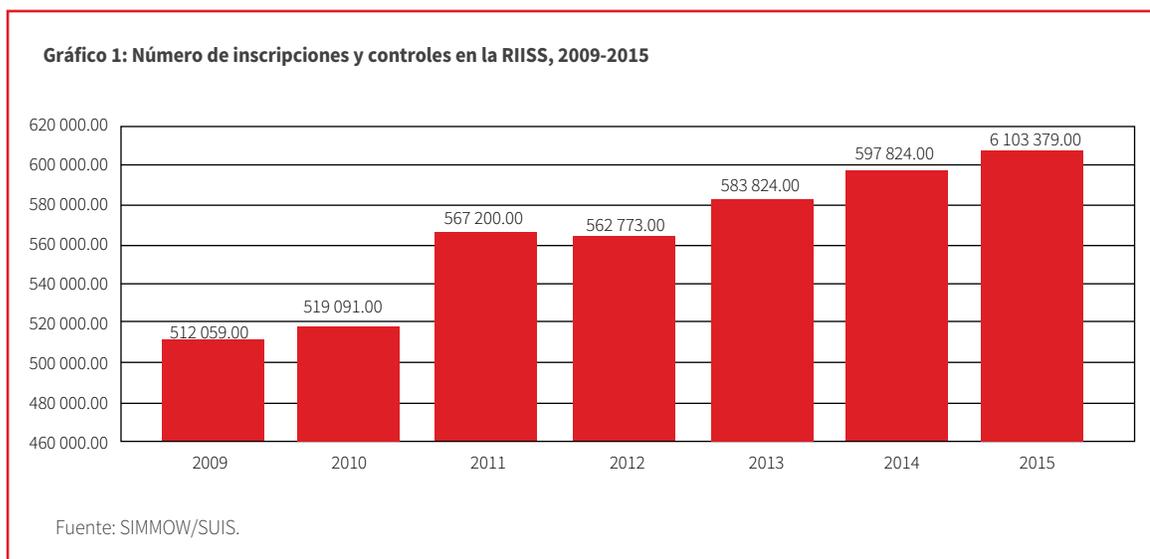
vida, autoestima, asociados al embarazo, violencia, suicidio y obesidad.

Se está implementando el Plan Intersectorial para la Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes 2015-2019, de la Alianza Intersectorial, beneficiando a 20 000 adolescentes en todo el país. Se capacitó a 75 promotores juveniles de salud y círculos educativos integrados por adolescentes embarazadas en 30 UCSF de siete municipios, incluyendo pasantías hospitalarias. Se desarrolló adicionalmente el Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes, así como el proyecto “Promoción de la salud sexual y reproductiva en contextos de riesgo y vulnerabilidad (condición de pobreza, procesos migratorios, personas viviendo con VIH y contextos de violencia de género) en El Salvador” en ocho municipios.

Con el propósito de impulsar el derecho a la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva, además de contribuir a la prevención, detección y control de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes (física, sexual, psicológica, económica e institucional), se instalaron y organizaron 12 áreas diferenciadas para adolescentes y jóvenes en 12 municipios a nivel nacional.

ATENCIONES MATERNAS

Se ha brindado un total de 610 379 atenciones maternas, lo que representa un incremento de 2 % con respecto a 2014 (ver gráfico 1).



ATENCIÓN POSABORTO

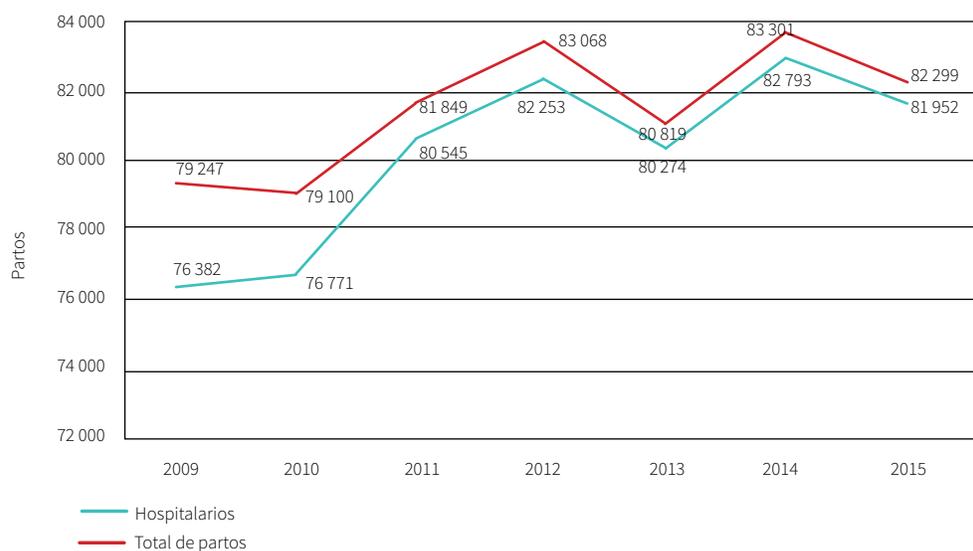
Se ha incrementado en 10 % las atenciones posaborto, pasando de 7488 atenciones a 8244; el 72% egresa con método de planificación familiar. Se capacitó en la atención posaborto a 22 residentes de ginecología y obstetricia de los hospitales escuela y 10 médicos generales de la Región Oriental.

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es uno de los indicadores que mejor refleja las inequidades sociales y constituye un compromiso prioritario para el Ministerio de Salud y para el país. En 2015 se tuvo una razón de mortalidad materna de 42.3 muertes por 100 000 nacidos vivos, cifra inferior a la meta contemplada en el ODM 5. Para lograr esta reducción se establecieron múltiples estrategias como:

- Implementación de los códigos rojo y amarillo, para el manejo integral y oportuno de la hemorragia y sepsis severa.
- Capacitación a 78 profesionales de las maternidades del ministerio en la atención de embarazadas con sepsis.
- Cinco talleres prácticos sobre el manejo de pre-eclampsia para la resolución de casos clínicos con equipos multidisciplinares (médico, enfermera y anestesista), en los cuales participaron los 28 hospitales.
- Implementación de la asistencia técnica in situ a través de la cual se trabaja con el personal operativo de los establecimientos reforzando conocimientos técnicos relacionados a la atención materna.
- Implementación de la consulta de alto riesgo reproductivo. Se brindaron 1106 consultas integrales y referencias a embarazadas con diabetes mellitus, HTA, obesidad mórbida y enfermedad cardíaca no especificada en las 28 maternidades y las 39 UCSF especializadas con los pilares fundamentales de consejería y anticoncepción oportunas, de acuerdo con criterios médicos de elegibilidad de la OMS.
- La realización de auditorías al 100 % de las muertes maternas ha permitido generar planes de mejora reflejados en la disminución de estas muertes; igualmente se implementaron planes contingenciales en cada región de salud basados en su contexto y principalmente permitie-

Gráfico 2: Número de partos hospitalarios y total de partos. MINSAL 2009-2015

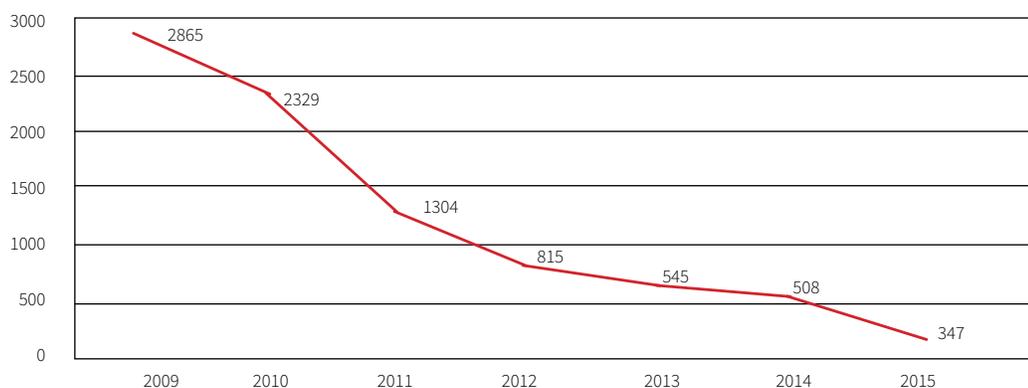


Fuente: SIMMOW/SUIS.

«Mientras los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de promover un enfoque más equitativo a los derechos de salud y humanos, una amplia gama de grupos y movimientos de la sociedad civil y los medios de comunicación tienen un importante rol que jugar en asegurar el poder y control de la población en el desarrollo de políticas y el monitoreo de su implementación».

Declaración para la Salud de los Pueblos, Bangladesh, 2000.

Gráfico 3. Reducción de la brecha entre partos bajo responsabilidad del MINSAL y partos atendidos en su red hospitalaria



Fuente: SIMMOW/SUIS.

ron a las regiones occidental y oriental disminuir considerablemente la razón de mortalidad materna que se había incrementado en el año 2014.

Las redes integradas de servicios han contribuido a reducir la mortalidad materna tanto por el incremento de su cobertura como por la mejoría del funcionamiento en red (observar en el gráfico 3 la reducción de la brecha entre partos bajo responsabilidad del MINSAL y partos en su red hospitalaria).

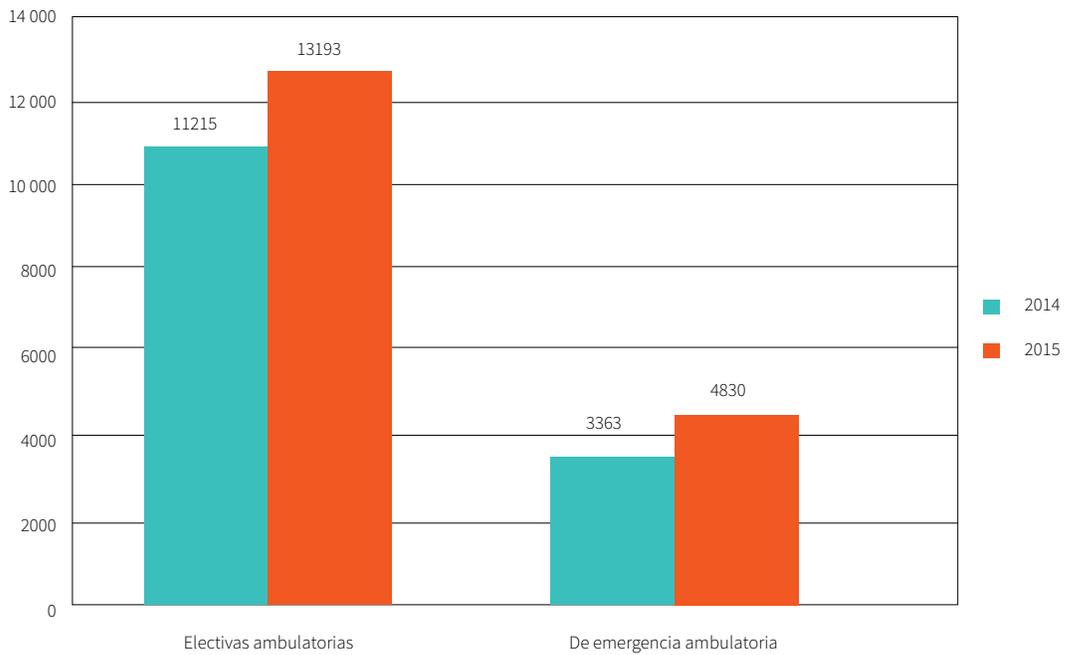
Para 2015 el 99.6 % del total de partos han sido hospitalarios; de los 28 hospitales que cuentan con servicio de maternidad, 22 poseen médico especialista gineco-obstetra las 24 horas.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

La cirugía ambulatoria electiva para este periodo se incrementó en 17.3 % con relación al 2014, mientras que la cirugía de emergencia ambulatoria se incrementó en un 43 % (gráfico 4).

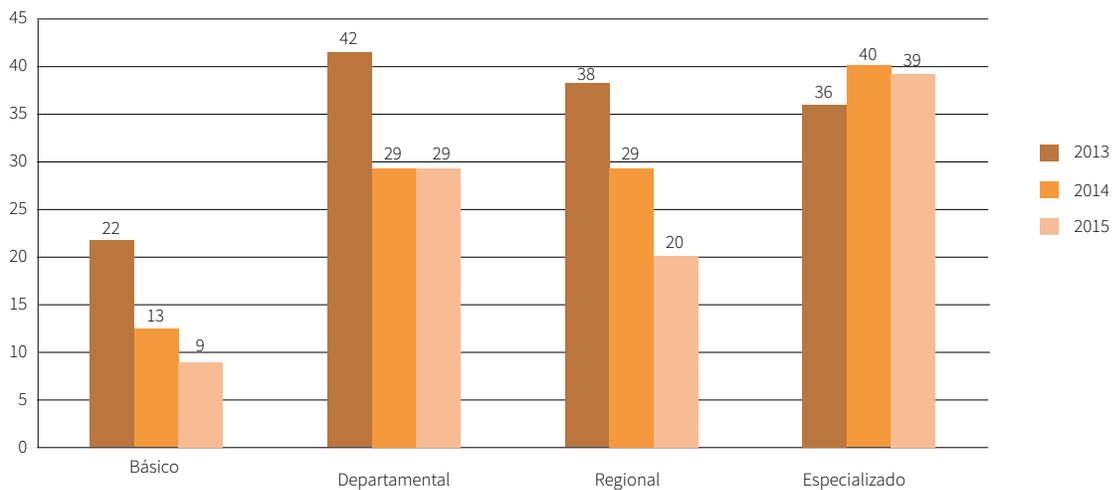
Uno de los indicadores de calidad es la oportunidad de la atención; en este sentido, se han implementado estrategias para continuar disminuyendo los días de espera para que una persona sea atendida por un especialista en su primera consulta médica. Como puede verse en el gráfico 5, hay una mayor disminución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

Gráfico 4: Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria. MINSAL 2014-2015



Fuente: SIMMOW/SUIS.

Gráfico 5. Días promedio de tiempos de espera para consulta especializada médica hospitalaria de primera vez



Fuente: MINSAL.

ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL

La atención integral de salud comprenden acciones priorizadas encaminadas al componente de salud mental, realizando dos tareas importantes: la revisión y actualización de los documentos regulatorios de salud mental y el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud. En ese sentido se realizaron las siguientes acciones:

1. Se implementó la estrategia de familia a familia y se socializó con los niveles locales; se capacitó a setenta personas del área de psicología en el abordaje del trastorno de estrés postrauma con técnicas de programación neurolingüística para la atención de personas afectadas por el conflicto armado.
2. Se capacitó a 571 profesionales en salud y 723 en centros escolares en la dirección de grupos de autoayuda y utilización de herramientas para la identificación de factores de riesgo asociados a la conducta suicida y al consumo de alcohol, realizando 3389 tamizajes para alcohol, 2514 consejerías individuales y 259 familiares.
3. Formación a nivel hospitalario de 309 personas en primeros auxilios psicológicos, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta de las unidades de emergencia.
4. En coordinación con el MINED, se capacitó a 360 personas para identificar, evaluar y dar seguimiento a casos de fracaso escolar.
5. Se desconcentró parcialmente la atención en salud mental en 12 unidades hospitalarias que brindaron 47 136 atenciones en este campo (45 574 ambulatorias y 1562 egresos hospitalarios); las causas más frecuentes de atención son trastornos de ansiedad, depresión, consumo de sustancias y psicosis.
6. Se elaboró el Informe del estado de consumo de drogas en El Salvador y en coordinación con la Comisión Nacional Antidrogas se formó un grupo de operadores socioterapéuticos, financiado con fondos de la OEA/CICAD.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Con el objetivo de prevenir el retardo del crecimiento y mejorar la salud y nutrición en los primeros mil días de vida se implementó en 218 municipios el proyecto de alimentación complementaria dirigido

a menores de 6 meses a 2 años, embarazadas y madres en periodo de lactancia, beneficiando a 108 872 pobladores.

Se está ejecutando en 14 municipios priorizados de los departamentos de Usulután, San Miguel y Morazán el proyecto de recuperación nutricional de infantes entre 6 meses y 9 años con desnutrición aguda, moderada y severa, beneficiando a 14 000 niños y niñas. Se contribuyó a la reducción de la anemia, las malformaciones congénitas y la morbilidad infantil por medio de la fortificación de alimentos. La vigilancia de estos alimentos reporta más del 90 % con niveles de fortificación adecuados. El 100 % del azúcar es fortificada con vitamina A y más del 70 % de la sal con yodo.

Para mitigar en los jornaleros y sus familias el impacto negativo en alimentación y nutrición a consecuencia de la sequía, el MINSAL, con financiamiento del Fondo de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres (FOPROMID), gestionó la entrega de una canasta básica alimentaria en los 24 municipios más afectados, cubriendo a 19 751 familias.

Se desarrollaron tres diplomados para fortalecer capacidades nutricionales en 155 miembros del personal de salud en los temas de obesidad infantil, seguridad alimentaria nutricional y derecho a una alimentación adecuada, y claves para la producción de frutas y hortalizas e inocuidad de alimentos.

En el contexto de crisis alimentarias recurrentes en El Salvador se capacitó a 771 recursos de salud a nivel nacional en estandarización de toma de medidas antropométricas, alimentación saludable y actividad física y en el Modelo de educación y desarrollo integral para la primera infancia y la guía inicial Preparándome para la atención de niños y niñas menores de 7 años. Además, se formó a 115 personas de los equipos comunitarios de salud familiar como consejeros de lactancia materna.

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD BUCAL

En el marco del *Plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales* se realizaron acciones dirigidas a la atención integral de la salud bucal, incluyendo tratamiento odontológico a embarazadas, cubriendo el 98.9 % de las inscritas en estado de gestación. Se logró una cobertura del 76.6 % a menores de un año inscritos en control infantil.

En coordinación con la Facultad de Odontología de la UES, se inició la Encuesta Nacional de Salud Bucal, que servirá de base para diseñar estrategias de salud pública que mejoren la salud bucal de manera integral.

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

La región ha enfrentado en las últimas décadas un proceso de polarización epidemiológica que ha modificado la morbilidad y la mortalidad en El Salvador y ha aumentado la carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Estas enfermedades se ubican entre las 10 primeras causas de morbimortalidad y generan una mayor carga social y económica, especialmente en relación al gasto institucional vinculado a los tratamientos de la atención y hospitalización de sus complicaciones.

Para el abordaje integral de las ECNT, el MINSAL ha priorizado diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), enfermedad renal crónica (ERC) y cáncer, desarrollando las siguientes acciones:

1. Creación de la Unidad de Atención Integral a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, elaborando el *Plan estratégico institucional para el abordaje de las ECNT en las RISS del MINSAL*.
2. Formulación (con especialistas de la RISS), oficialización y divulgación de las *Guías de buenas prácticas clínicas para la atención de las personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica*.
3. Capacitación por 174 facilitadores al 100 % de los médicos generales de los establecimientos de salud de las cinco Regiones de Salud para la aplicación de las *Guías de buenas prácticas clínicas para el manejo de las ECNT*.
4. Elaboración y divulgación de los *Lineamientos de promoción y educación en salud para la prevención de las ECNT* y formación de 45 facilitadores de las cinco regiones para la capacitación de personal multidisciplinario del primer nivel de atención.
5. Conformación de la Comisión Técnica Interinstitucional de Trasplantes. Actualmente está en elaboración la propuesta técnica del *Programa nacional integrado de trasplantes de órganos y tejidos en El Salvador*.
6. Elaboración del diagnóstico de la capacidad instalada de los establecimientos de las RISS para el procesamiento de la hemoglo-

bina glicosilada como elemento esencial de valoración clínica en el control de los pacientes diabéticos. Además, se ha evaluado la calidad de atención a los pacientes diabéticos.

ATENCIÓN INTEGRAL AL CÁNCER

El Ministerio de Salud reconoce que el cáncer es un problema que afecta cada vez con más frecuencia el estado de salud de la población salvadoreña, deteriorando su expectativa y calidad de vida, así como generando desequilibrio en la economía familiar, al hacer frente a una enfermedad de alto costo y alto impacto social. Por lo anterior se han generado diversas acciones, entre ellas la consolidación de la Unidad Nacional para la Prevención y Control del Cáncer de la Secretaría de Estado, que ha desarrollado acciones de promoción, educación en salud, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en los establecimientos de la RISS, promoviendo la participación interinstitucional e intersectorial.

El punto de partida para la estructuración del nuevo enfoque para la prevención y control del cáncer, fue la elaboración participativa del *Diagnóstico situacional del cáncer en El Salvador*, que permitió identificar la distribución de la carga del cáncer a nivel hospitalario, siendo en el sexo femenino los más frecuentes: el cáncer de cuello uterino, mama y leucemias; mientras que para el sexo masculino: cáncer de estómago, leucemias y linfomas. Es importante mencionar que en las edades pediátricas el cáncer hematológico es el más frecuente. Resultado de un análisis participativo del mencionado diagnóstico fue la construcción y oficialización de la Política Nacional para la Prevención y control del Cáncer.

En el marco del cumplimiento de la mencionada Política, se han realizado avances significativos, como: ejecución de *Plan de promoción de la salud y educación para la prevención de cáncer*, elaborando y distribuyendo material educativo, audiovisual, y capacitando en la temática a más de 800 recursos humanos multidisciplinarios, de los diferentes niveles de atención, quienes llegarán a capacitar a la totalidad de los profesionales de la salud de esta cartera de Estado. Al mismo tiempo, dicho plan se está desarrollando en las instituciones del sector que conforman la Alianza para la Prevención y Control del Cáncer, que incluye al Foro Nacional de Salud.

En el periodo que se informa se formularon y socializaron los *Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer de cérvix y mama*, que plantean el abordaje integral de la atención al cáncer a través de la prevención primaria con la promoción y educación en salud, la prevención secundaria con la detección mediante pruebas de tamizaje y la atención oportuna de las lesiones premalignas, así como la prevención terciaria con base en tratamientos con cirugía, quimioterapia, radioterapia hasta los cuidados paliativos. Al mismo tiempo se han elaborado y validado de forma participativa interinstitucional los *Lineamientos técnicos para la prevención y atención integral de cánceres priorizados en El Salvador*, que incluye cáncer de estómago, de próstata, de pulmón, colorrectal, leucemias y linfomas, al momento en proceso de oficialización.

En cuanto al Registro de Cáncer, se elaboraron y validaron con participación interinstitucional los *Lineamientos técnicos para el funcionamiento del Registro de Cáncer Hospitalario*, puesto en marcha en los Hospitales de Referencia Nacional, además están en proceso de validación los *Lineamientos técnicos para el funcionamiento del Registro de Cáncer Poblacional*.

Actualmente se encuentra en fase final el estudio denominado *Incidencia de cáncer gástrico en El Salvador. Periodo 2009-2014*, ejecutándose en coordinación con la Universidad de Vanderbilt, ASAPRECAN y MINSAL y se ha dado inicio a la investigación *Caracterización epidemiológica de las mujeres con cáncer de mama en el Hospital Nacional de la Mujer en El Salvador, periodo enero 2014 a mayo 2016*, lo que permitirá medir la magnitud de estas enfermedades en la población para orientar las intervenciones.

Por otra parte, se ha finalizado el proyecto Prevención del Cáncer de Cérvix Mediante la Prueba de VPH, tomando dicha prueba a un promedio de 20 000 mujeres entre 30 y 59 años de edad, en la región Paracentral de Salud; también se encuentra en ejecución el “Proyecto de Creación e Implementación de la Unidad Nacional de Radioterapia”, que conlleva infraestructura, adquisición de mobiliario y equipo médico para la aplicación de radio y braquiterapia, con la cual se brindará un servicio hasta ahora inexistente en la red nacional hospitalaria, como es la radioterapia.

Se oficializó el acuerdo de apoyo entre el Gobierno de China Taiwán y El Salvador con el objetivo de brindar becas para especialización en radio-oncolo-

gía y cirugía oncológica de dos años de duración, en el Centro Médico Chi-Mei en China-Taiwán. A la fecha se encuentran en entrenamiento un médico en la especialidad de cirugía oncológica y tres médicos en la especialidad de radioterapia, quienes ejercerán funciones en la futura Unidad de Radioterapia.

UNIDADES DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (UDCP)

Estas unidades tienen como objetivo la atención de cuidados paliativos a pacientes con patologías hemato-oncológicas y atenciones posquirúrgicas. En ese sentido, se ha fortalecido y ampliado la cobertura en atenciones implementando en espacios físicos específicos unidades de dolor y cuidados paliativos en 6 hospitales nacionales (Bloom, Rosales, Nacional de la Mujer, San Rafael, San Juan de Dios de Santa Ana y San Juan de Dios de San Miguel) dotándolos de medicamentos para el manejo de la escala del dolor en el Listado Oficial de Medicamentos del MINSAL, capacitando al personal en la regulación y control estricto de narcóticos y estupefacientes así como uso racional, mejorando su calidad de vida.

PLAN PILOTO DE DESCONCENTRACIÓN DE PACIENTES CON EPILEPSIA

Se inició en enero de 2016 el plan piloto de desconcentración de pacientes con epilepsia en la Región Central de Salud, que beneficia a 200 pacientes que eran manejados en los hospitales de Chalatenango, Nueva Concepción, San Rafael y Rosales con monoterapia con fármacos disponibles en primer nivel (fenitoína, fenobarbital y carbamazepina) y con ausencia de complicaciones o comorbilidades, refiriéndolos a UCSF cercanas a su lugar de vivienda, donde serán abastecidos con su medicamento, lo que permite dar un mejor seguimiento y además descongestiona la atención dentro de los hospitales, disminuyendo los tiempos de espera. Por otro lado, se ha caracterizado el tipo de epilepsia presente en 362 pacientes, mediante su evaluación neurológica y estudio electroencefalográfico para establecer su plan de manejo integral específico.

CENTRO OFTALMOLÓGICO NACIONAL

El Centro Oftalmológico Nacional fue habilitado en el Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, a par-

tir del 29 de mayo de 2015, con una inversión de \$ 1 087 319.00; es un proyecto que ha realizado 16 398 evaluaciones preoperatorias, 5536 cirugías para corregir catarata y pterigión y 10 580 evaluaciones posoperatorias. En el Centro se desempeñan profesionales cubanos y personal de apoyo salvadoreño.



ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS

En cumplimiento al *Plan Nacional para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas*, se realizó la Campaña Nacional Antiparasitaria en los niños y adolescentes que cursan de parvularia a noveno grado, en los centros escolares del país, beneficiando a un total de 366 050 estudiantes. Además, se proporcionó tratamiento con inmunoglobulina antirrábica asociado a vacuna antirrábica a 10 351 personas que fueron lesionadas por animales transmisores de rabia. El Salvador alcanzó así el noveno año consecutivo sin casos de rabia humana.

En este periodo se identificaron y trataron cinco casos nuevos de lepra, procedentes de los municipios de San Miguel, Ilopango, Aguilares y Masahuat. Se proporcionó tratamiento a 15 pacientes con en-

fermedad de Chagas agudo y 927 de Chagas crónico. En el periodo se reportó un brote de 10 casos importados de paludismo de la zona occidental del país, el cual fue controlado con un cerco sanitario y tratamiento de todos los casos con cloroquina, siendo dados de alta libres de parasitemia.

SALUD URBANA

Los elementos que conforman la determinación de las inequidades sanitarias a nivel urbano incluyen aspectos de gobernanza urbana, contexto socioeconómico y desarrollo. La influencia de todos ellos en la salud puede variar según diversos estratificadores como la clase social, género, edad, educación, bienestar material, etnia y estatus migratorio.

Durante el presente periodo se ha continuado desarrollando el diseño de la estrategia de salud urbana, por medio de la elaboración de un diagnóstico situacional, recopilando acciones que instituciones públicas y PNUD implementan en el desarrollo de la salud urbana en El Salvador. En dicho documento se recopilan las acciones realizadas por diferentes instituciones públicas y privadas que abonan a la mejora de la salud en las grandes urbes, brindando un panorama de cómo el trabajo intersectorial articulado brinda mayor impacto para el abordaje integral de la salud, en este caso en el ámbito urbano.

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA VETERANA DE GUERRA

Para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en el *Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019 El Salvador productivo, educado y seguro*, particularmente a favorecer el “avance en la garantía de los derechos de los grupos poblacionales prioritarios” y “promover los derechos y atender las necesidades de los pueblos originarios, veteranos y veteranas del conflicto armado”, y en congruencia con la reforma, el Ministerio de Salud inició el diseño del marco regulatorio de las acciones a desarrollar con la población veterana de guerra en los diferentes establecimientos de las RISS. Conformándose en el MINSAL, la Unidad de Atención a la Persona Veterana de Guerra, integrada al organigrama del Viceministerio de Servicios de Salud, con los siguientes resultados:

1. Elaboración del Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Atención a la Persona Veterana de Guerra y los Linea-

- mientos Técnicos para la Atención Integral a la Persona Veterana de Guerra (UAVG);
2. Oficialización de la Mesa Nacional de Salud, como un espacio estratégico para la toma de decisiones en salud para este grupo poblacional;
 3. Participación de dos representantes del Ministerio de Salud en la Comisión Administradora de Beneficios de la Ley, que permitirá salvaguardar las prestaciones de salud que la ley establece para los beneficiarios.

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LOS VETERANOS

1. Se han registrado 81 079 atenciones ambulatorias a veteranos de guerra y su grupo familiar en los diferentes establecimientos de la RISS, incrementándose en un 52 % comparado con el año anterior. En respuesta a las necesidades de la población veterana mediante la priorización y reducción de los tiempos de espera en los hospitales de la red nacional, se han brindado 16 656 atenciones odontológicas, 10 814 atenciones y procedimientos de fisioterapia y se han realizado 3238 visitas domiciliarias.
2. Realización de jornadas grupales de psicoterapia, autoayuda, apoyo psicosocial y grupos psicoeducativos, desarrollando más de 17 752 actividades de promoción de la salud, entre consejerías, charlas, entrevistas y sesiones educativas, así como participación del personal de salud del MINSAL en asambleas convocadas por el sector y reuniones de coordinación con los referentes de veteranos.
3. Finalización del Perfil de Salud de los Veteranos, identificando las principales causas de morbilidad que les afectan, entre ellas la hipertensión arterial, diabetes mellitus, trastornos de la salud mental con predominio del alcoholismo crónico, artritis reumatoide, trastornos del cristalino y esclera como catarata y pterigión y alteraciones en la agudeza visual. Esto ha permitido orientar adecuadamente la asignación de recursos para el desarrollo de jornadas enfocadas a la resolución de estos problemas de salud.
4. Inversión de más de US\$ 1 millón en compra de medicamentos y US\$ 300 000.00 en insu-

- mos médicos para los hospitales: Rosales, Zacamil, Saldaña, Psiquiátrico, Hospital Nacional de la Mujer, Usulután, San Juan de Dios de San Miguel y de Santa Ana, San Vicente, San Rafael, Chalatenango y Morazán, compra y suministro de anteojos de diferentes tipos y dioptrías, entregados en las jornadas optométricas con un monto de US\$ 216 140.23.
5. Inversión de US\$ 221 865.41 en equipo, insumos e instrumental odontológico de las UCSF El Coyolito y San Fernando de Chalatenango, UCSF San Marcos de San Salvador, UCSF Meanguera y Ozatlán de Morazán y el Hospital de Suchitoto.
 6. Fortalecimiento en equipamiento y mobiliario para las áreas de salud mental con un monto de US\$ 4136.00, distribuido en las UCSF de Sociedad, Perquín, Nueva Granada, Concepción Batres, Guarjila, Chalatenango, Tomás Pineda, San Miguelito, Popotlán y Suchitoto y Hospital Molina de San Salvador.
 7. Adquisición de 3 torres de videoendoscopia urológica asignadas a los Hospitales Nacionales de Chalatenango, San Vicente y Santa Ana, con un monto de US\$ 405 000.00

Por otra parte, de abril a julio del 2015 se realizaron 165 cirugías de pterigión y cataratas a excombatientes del FMLN en cuatro hospitales de la Red Nacional (Zacamil, Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, San Juan de Dios de San Miguel y Santa Gertrudis de San Vicente) y a partir del 25 de enero de 2016 se inician las Jornadas de evaluación optométrica y suministro de lentes de diferentes tipos y dioptrías, proyectado para atender a 8393 excombatientes del FMLN identificados en el Registro Nacional proporcionado por la Secretaría Técnica de la Presidencia en el 2012, bajo los siguientes criterios de inclusión: identificación de trastornos del cristalino y esclera como catarata y pterigión y alteraciones en la agudeza visual que están entre los 45 y 69 años de edad.

Como resultado de las Jornadas optométricas se han evaluado: 3552 excombatientes, en las Regiones de Occidente, Oriente y Paracentral, de los cuales han sido beneficiados con lentes de diferentes dioptrías a 3235 y referidos a evaluación oftalmológica para cirugía de catarata o pterigión a 560 personas veteranas, quedando en desarrollo para los meses de abril y mayo las jornadas en las Regiones Central y Metropolitana.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Como elemento importante del fortalecimiento del sistema público de salud, se continuó impulsando procesos que mejoren la calidad del cuidado a la salud, entre ellos:

REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RIISS

La estrategia de gestión del tiempo y la demanda tiene por objetivo contribuir a mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud disminuyendo los tiempos de espera de los usuarios y usuarias mediante la implementación y sistematización de la gestión del tiempo y la demanda en la atención en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias y Especializadas de las áreas urbanas del país. Se dio inicio con 37 UCSF y se continuó implementando progresivamente la gestión del tiempo y la demanda, completando 112 UCSF a mayo 2016.

Se evaluó la efectividad del proyecto de gestión del tiempo y la demanda en 38 UCSF Intermedias y Especializadas de la Región Metropolitana de Salud, siendo los principales resultados:

1. Tiempo de espera para la atención médica menor a 2 horas.
2. Encuesta de satisfacción de usuarios de los servicios de salud que reportó: disminución del tiempo de espera para el otorgamiento de la consulta de seguimiento; comodidad en las salas de espera por las readecuaciones realizadas; satisfacción con el tiempo dedicado por el personal de salud para brindar la atención y claridad de la información que recibieron en las UCSF.

CUMPLIMIENTO DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA (CICGP)

En los meses de enero a marzo del 2016, se realizó la 4.ª autoevaluación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública (CICGP). Dicho proceso fue coordinado por la Unidad Nacional de Gestión de Calidad de la RIISS y acompañado por la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia y constituye un ejercicio de análisis que permite a la institución dirigir esfuerzos a la mejora continua de la calidad en los procesos de servicio público relacionados a la salud.

ESTÁNDARES DE CALIDAD

La medición de los estándares de calidad a nivel hospitalario constituye una de las herramientas para la medición de la mejora continua de la calidad en los establecimientos de la RIISS. Este proceso es liderado por los jefes de Unidades Organizativas de la Calidad y realizado con 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 para el cierre de las mismas.

El Ministerio de Salud, como parte del Programa de Gobierno El Salvador Adelante, en la estrategia 14, compromiso 39, y congruente con el proceso de reforma del sector salud, instauró a partir de diciembre del 2015 el reconocimiento interno a las mejores prácticas, en el que los establecimientos de salud de la RIISS presentaron sus proyectos de postulación, los cuales fueron evaluados por una comisión evaluadora, integrada por OPS, INS, Secretaría Técnica de la Presidencia y Oficina ES-Calidad, resultando como las 5 mejores, los siguientes:

1. Proyecto del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Nacional Rosales.
2. Proyecto de Implementación de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Nacional San Pedro, Usulután.
3. Fortalecimiento de la atención odontológica y nutricional a la mujer embarazada atendida en la RIISS de San Vicente para mejorar el control prenatal y reducir el bajo peso al nacer y la prematuridad.
4. Alianza público-privada como estrategia para el abastecimiento sostenible del Banco de Leche Humana en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana con la empresa Fruit of The Loom.
5. Implementación de Centros Recolectores de Leche Humana en las microrredes de la RIISS de la Región de salud metropolitana.

Los proyectos ganadores fueron acompañados técnicamente por la Unidad Nacional de Gestión de Calidad de la RIISS, a fin de postular al reconocimiento de mejores prácticas a nivel nacional en la edición 2016, proceso que es convocado por la oficina ES Calidad.



Laboratorio Nacional de Referencia.

RED NACIONAL DE LABORATORIOS CLÍNICOS

Se elaboró el Diagnóstico de Situación de los Laboratorios Clínicos del MINSAL, dando pie a 4 ejes de trabajo para el desarrollo de los mismos: Categorización de los Laboratorios Clínicos dentro de los establecimientos de Salud, Generación de marco legal y normativo de los laboratorios clínicos dentro de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud (RIIS), Fortalecimiento de las competencias técnicas de los profesionales de laboratorio clínico, y finalmente Monitoreo y supervisión de los laboratorios clínicos del MINSAL.

A la fecha se cuenta con la categorización de los laboratorios clínicos a nivel nacional, que define la cartera de servicios en los diferentes niveles de atención estableciendo el flujograma de referencia y contra referencia de exámenes. Se ha iniciado la elaboración de la Norma técnica para los laboratorios clínicos del MINSAL, con la participación de profesionales multidisciplinares de la RIIS lo que

contribuirá a la estandarización de todos los procesos técnicos y administrativos a nivel nacional.

Se creó un plan de monitoreo y supervisión sistemática para los laboratorios clínicos de la red nacional, diseñando instrumentos de supervisión basados en la norma internacional ISO 15 187, específica para laboratorios clínicos. Estos instrumentos fueron elaborados por niveles de atención, y facilitan la medición de los avances de forma escalonada.

SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM)

Se ha brindado un promedio de 4198 atenciones prehospitalarias mensuales, coordinadas desde el Centro de llamadas del SEM.

Se recibieron 41 975 demandas efectivas, de las cuales 36 663 fueron demandas asistenciales; 3774 demandas informativas y 1538 demandas por traslados. Con esto se ha incidido en la atención de emergencias pre hospitalarias y en la referencia adecuada

de acuerdo con los lineamientos de la RIIS y se ha atendido directamente con recursos del SEM a 11 650 traslados en ambulancias medicalizadas y básicas.

De las demandas atendidas 2475 fueron por accidentes de tránsito a nivel nacional. Las asistencias están divididas en tres tipos de demandas:

1. Las demandas asistenciales: coordinadas con recursos propios con ambulancias SEM, cuerpos de socorro y unidades de la Sistema de Emergencias-911.
2. Demandas informativas: se brindan consejos en salud e información de servicios del Sistema Nacional de Salud.
3. Demandas de transporte: son asistencias brindadas en apoyo a UCSF u hospitales de la Región Metropolitana.

Tabla 4. Referencia de pacientes por el SEM

Centro de traslado de paciente	Frecuencia	%
Hospitales del Tercer Nivel	1128	9.68
Hospitales del Segundo Nivel Región Metropolitana	5077	43.58
Otros hospitales del Segundo Nivel	1775	15.24
Hospitales ISSS	2309	19.82
Unidades médicas ISSS	243	2.09
UCSF/ CAE/FOSALUD	851	7.30
Hospitales privados	267	2.29
Total	11 650	100.00

Fuente: Sistema de Emergencias Médicas, SEM.

El Sistema de Emergencias Médicas tiene como eje fundamental enseñar a salvar vidas, por lo que en el periodo comprendido entre junio 2015 y marzo 2016 se ha capacitado a través del Plan Nacional de Capacitación del SEM en 78 capacitaciones (cursos, charlas y jornadas) a 640 participantes (médicos pre hospitalarios, médicos de las unidades de emergencia, técnico en emergencias médicas (TEM), personal médico y de enfermería del primer nivel de atención, personas de la comunidad)

En 2015, se inició el traslado de neonatos críticos de los hospitales de la RIIS de la Región Metropolitana; durante el presente periodo, el SEM ha trasladado 106 neonatos.

En el presente año se han adquirido 3 nuevas ambulancias con una inversión de US\$ 301 119.84, con lo que ahora son 13 unidades.

MANEJO INTEGRAL DE LA TUBERCULOSIS

Como resultado del éxito del Programa de Tuberculosis en la ejecución y cumplimiento de sus metas y ante la presentación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2016-2020 y el Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis, El Salvador fue invitado por el Fondo Mundial a presentar una nota conceptual de continuidad al apoyo del fondo, que fue aprobada por un monto de US\$9 905 916. Con este financiamiento se ha garantizado el fortalecimiento de establecimientos del sector salud, en beneficio de nuestra población.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2016-2020 incorpora un fuerte componente de organización y movilización comunitaria para detección de personas con sospecha de tuberculosis, detección en grupos vulnerables como personas que viven con el VIH y personas privadas de libertad; confirmación de casos, seguimiento de pacientes y contactos con el respaldo de la red de laboratorios y Unidades Comunitarias de Salud Familiar, así como con el involucramiento de los servicios de salud privados.

Durante este año de trabajo (2015-2016) se han logrado los siguientes resultados:

1. Diagnóstico de 2419 casos nuevos de tuberculosis que permite iniciar tempranamente el tratamiento e interrumpir con ello la cadena de transmisión.
2. Tratamiento exitoso del 92.3 % de los pacientes con TB, superando la meta mundial establecida por la Organización Mundial de la Salud (90 %), con el valioso aporte de las alianzas establecidas con el ISSS y Centros Penales.
3. Aumento del 30 % en la detección de casos en los centros penales a través del diagnóstico con pruebas moleculares, con el apoyo de unidades móviles de Rayos X, que permite realizar toma de muestras y radiografías en cada penal que adelantaron en sesenta días el inicio de los tratamientos en esta población altamente vulnerable.
4. Capacitación de 135 talentos humanos en salud multidisciplinarios, responsables del desarrollo de acciones integrales para el manejo de la tuberculosis en los módulos TAES.

5. Conmemoración del Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis celebrado a nivel nacional, acciones que permiten promover las actividades para la prevención de la TB.
6. Fortalecimiento de la enseñanza del manejo integral de la tuberculosis en las universidades e institutos especializados de educación superior. A finales de 2015 y previo a iniciar su servicio social, 2515 estudiantes de las carreras de medicina, laboratorio clínico y enfermería, realizaron la prueba de conocimientos específica, coordinada por el Comité Nacional de Docencia.
7. Realización de la “Medición del gasto público en tuberculosis en El Salvador, durante los ejercicios fiscales 2013 y 2014”, evidenciando que en El Salvador la lucha contra la tuberculosis implicó recursos financieros que alcanzaron US\$11.2 millones en 2013; y US\$9.9 millones en 2014, equivalentes a 1 % del gasto público en salud del país. El Salvador es el único país de la Región de las Américas que cuenta con un estudio de medición de gastos. Este estudio evidencia también que la realización de las pruebas diagnósticas significó una importante cuantía de recursos, especialmente en 2013 (US\$4.5 millones), re-

presentando en este año en particular el 40 % de los gastos en tuberculosis, y para 2014 los gastos en este concepto representaron el 18 % del total dirigido a esta patología.

MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO E INICIO OPORTUNO DEL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS

Una de las estrategias implementadas por el Programa Nacional de Tuberculosis fue mejorar el diagnóstico de la tuberculosis sensible y fármaco resistente a la Rifampicina, en apenas dos horas, lo que permite el inicio oportuno del tratamiento, previniendo el contagio a más personas; se realizaron 732 pruebas rápidas y se extendió esta tecnología a la Seguridad Social y a centros penitenciarios.

El proyecto “Prevención y Control de la Tuberculosis en Poblaciones Vulnerables de 30 Municipios Priorizados en El Salvador, 2010-2015” (Novena Ronda de Fondo Global) fue finalizado con una calificación A-1 de ejecución financiera y programática, lo cual implica 100 % de las metas alcanzadas en los indicadores trazadores considerados por el donante.

La calificación de recursos humanos permitió dejar capacidad instalada a nivel comunitario, con

Gráfico 7. Tasa notificada de TB en todas las formas vs. meta Novena Ronda, 30 municipios priorizados, años 2010-2015



Fuente: PNTYER El Salvador/MINSAL.

«La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales».

Amartya Sen, premio Nobel de Economía, 1998

la conformación de la red social de apoyo a través de la capacitación de líderes con un enfoque integral, logrando capacitar 255 voluntarios provenientes de los asentamientos urbanos precarios en los municipios priorizados, quienes apoyan en la detección de sintomáticos respiratorios (SR), referencia y actividades de promoción de la salud.

PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, en cumplimiento al desarrollo del “Plan estratégico nacional multi-sectorial de la respuesta al VIH-Sida e ITS 2011-2015” (PENM) es responsable de la atención prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

En el presente apartado se resumen las principales acciones desarrolladas por el programa en el periodo de junio de 2015 a mayo de 2016 en sus diferentes componentes: estrategia de eliminación de la transmisión madre-hijo de VIH y sífilis congénita; prevención del VIH en personas privadas de libertad (PPL); prevención de la transmisión de las ITS y VIH en poblaciones móviles; prevención y atención de

las infecciones de transmisión sexual; atención integral a personas con VIH; laboratorios clínicos de VIH e ITS; monitoreo y evaluación de las acciones del Programa; promoción y educación para el cambio de comportamiento y la adherencia al tratamiento antirretroviral; derechos humanos; atención integral a personas LGBTI; promoción de políticas de VIH en el lugar de trabajo; gestión de apoyo a las acciones institucionales en VIH e ITS.

El Salvador continúa con una tendencia decreciente de nuevos casos, con una oferta sostenida de pruebas de VIH, acercándose a poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales. De 1984 a marzo de 2015 El Salvador registró 32 120 casos acumulados de VIH (Tabla 1), de los cuales 29.3 % (9416) se encuentran en fase de VIH avanzado. Del total de casos acumulados, 20 174 (63 %) son hombres y 11 856 (37 %) mujeres. Es importante mencionar que en el tercer trimestre de 2015 se modificó el sistema de clasificación entre infección por VIH y VIH avanzado, por lo que se evidencia un incremento en el número de casos de VIH avanzado en este año.

Tabla 5. Casos nuevos de VIH en toda la población de El Salvador, 2011-2015

Casos nuevos	2011	2012	2013	2014	2015*
Casos nuevos de VIH	1625	1472	1387	1288	789
Casos nuevos de VIH avanzado	78	67	61	33	402
Total de casos nuevos por año	1703	1539	1448	1281	1191
Población estimada	6 216 142	6 251 494	6 344 069	6 401 240	6 460 271

Fuente: SUMEVE, Ministerio de Salud, DIGESTYC. *El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional 2005-2050*, página 24.

*Este año el Programa de VIH realizó cambios en el formato de registro diagnóstico para obtener datos más sensibles.

PREVENCIÓN

1. Implementación de estrategias de abordaje comunitario para HSH, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales, con enfoque de prevención combinada desarrolladas por el Ministerio de Salud y organizaciones de la sociedad civil en lugares donde hay más casos detectados.
2. Inauguración de cuatro Clínicas de Vigilancia Centinela para la atención integral de la infecciones de transmisión sexual (VICITS), en Usulután, Zacatecoluca, Cojutepeque y Aguilares.
3. 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 periodo informado solo hubo dos niñas infectadas por sus madres, una de las cuales no llevó control prenatal.
4. Con la estrategia de Poblaciones Móviles, mediante la coordinación con las UCSF locales y las oficinas sanitarias internacionales (OSI) de los puntos fronterizos, se realizaron durante el periodo: 65 026 Actividades de IEC sobre VIH, distribuyendo 39 217 condones a poblaciones móviles y brindando 1778 consejerías en prueba de VIH en los 11 puntos intervenidos. Se ha logrado vincular a los servicios de salud al 60 % de personas repatriadas con diagnóstico de VIH.
5. Continuación del proyecto de capacitación a empresas para la elaboración de políticas de VIH en el lugar de trabajo con apoyo de USAID-PASCA.
6. Se continúa la estrategia de Sangre Segura en Bancos de Sangre para el control de la transmisión Sanguínea del VIH a nivel nacional.
7. Se brindó servicio de toma de pruebas para VIH, sífilis, hepatitis B, C y tipeos sanguíneos en las Unidades Móviles de VIH/ITS, así como la oferta de servicios a personas privadas de libertad (PPL) realizando 19 097 pruebas de VIH y 3932 pruebas de detección de sífilis a PPL con sus respectivas pre y post consejerías.
8. Se desarrollaron jornadas de capacitación de la guía de profilaxis pos exposición en los que participaron 330 médicos de los hospitales del MINSAL.

9. Se ha socializado y sensibilizado al personal de los servicios de salud con los Lineamientos para el abordaje en salud de las personas LGBTI.

ATENCIÓN INTEGRAL DEL VIH-SIDA, COINFECCIÓN VIH/TB E ITS

1. Se mantienen los servicios de atención integral a personas con VIH a nivel nacional en 20 hospitales que proporcionan terapia antirretroviral en forma gratuita, en el periodo informado se tienen 8406 personas activas en tratamiento antirretroviral.
2. Se está 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. Para el año 2015 se diagnosticaron 154 embarazadas con VIH de las cuales 97 % fueron vinculadas y 92 % retenidas a la atención en los hospitales que cuentan con atención en VIH, naciendo 2 niñas con VIH cuyas madres fueron diagnosticadas posparto tardío. Se diagnosticaron 25 niños con sífilis congénita gracias al aumento de la búsqueda de casos por parte del personal de salud brindando así oportunidad de tratamiento.
4. Descentralización de pruebas de CD4/CD8 y confirmatorias para sífilis FTA ABS a la Región oriental-Hospital Nacional de San Miguel, el cual realizó 874 pruebas CD4/CD8 y 556 pruebas confirmatorias para sífilis.
5. Realización 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 entre Tb y VIH en los establecimientos de Salud.
7. Con el apoyo de USAID/CAPACITY se continuó trabajando en la red de cuidadores primarios para promover la participación de la sociedad civil y las personas de las comunidades en acciones de atención integral al VIH y otras ITS.
8. En coordinación con un grupo de organizaciones de sociedad civil y CONASIDA se concluyó la formulación de la nueva Ley para la prevención y control del VIH la cual ha sido

presentada como iniciativa de Ley a la Asamblea Legislativa.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

En coordinación con la Dirección de Vigilancia Sanitaria y la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación se ha trabajado ampliamente en fortalecer el registro y monitoreo de la información sobre VIH, incluyendo la consejería previa y posterior a la prueba, así como el mejoramiento del SUMEVE y la actualización de herramientas de análisis que permiten un mejor conocimiento de la epidemia.

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

1. Informe Nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador, año 2015;
2. Medición del Gasto en Sida, 2015 (Informe MEGAS)
3. Informe Global de la Respuesta Mundial a la Lucha Contra el Sida, 2015.
4. Evaluación de VIH cada semestre a las 5 Regiones de Salud.

Con asistencia técnica de Sistema de Administración de la Cadena de Suministros se ha fortalecido el Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB), a fin de poder visualizar en línea los consumos y existencias de medicamentos antirretrovirales. Se ha capacitado a 4063 recursos en temáticas como: transmisión materno infantil, lineamientos LGBTI, profilaxis posexposición, ITS, lineamientos de poblaciones móviles, laboratorio clínico, consejería pre y post prueba, pruebas rápida, carga viral, CD4 y uso del SINAB.

GESTIONES

Se está ejecutando la subvención Innovando servicios, reduciendo riesgos y renovando vidas en El Salvador. Para la atención a población clave para contener la transmisión del VIH, el MINSAL es el receptor principal para el componente de atención en servicios de salud y Plan El Salvador el receptor

principal para las actividades con la sociedad civil. El 14 de abril del presente año se presentó al Fondo Mundial una nueva propuesta de extensión de la subvención actual por US\$ 11 millones a ejecutar en 2017-2018.

El Proyecto de Emergencia para el sida, del presidente de los Estados Unidos (PEPFAR), ha entregado a nuestro país US\$ 1.5 millones para fortalecer el sistema de salud (laboratorio, capacitación de personal, mejora de desempeño de hospitales, clínicas VICITS y vinculación a los servicios de salud de las personas con pruebas de VIH reactivas, apoyo a la estrategia de adherencia a la terapia antirretroviral, generación de información estratégica, investigaciones en salud, mejora en la cadena de suministros y sistema de abastecimientos).

Se cuenta con la asistencia técnica de la OPS/OMS en la estrategia de eliminación de la transmisión de madre-hijo del VIH y la sífilis; se realizó el estudio de línea de base de las hepatitis virales y el estudio resistencia antimicrobiana de la *Neisseria gonorrhoeae* para facilitar la creación e implementación de estrategias y líneas de acción de prevención y atención en estas ITS.

LIDERAZGO INTERNACIONAL

El Salvador tiene un reconocido liderazgo a nivel internacional en su calidad de Presidencia del 54º Consejo Directivo de la OPS, Secretario del Mecanismo de Coordinación Regional (MCR), instancia técnica asesora en VIH para el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA): desde agosto de 2015 preside el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), instancia técnica que aglutina a todos los Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA y hepatitis virales de América Latina y el Caribe hispano, a las principales redes latinoamericanas que trabajan en VIH y agencias de cooperación y asistencia técnica.

A partir de enero de 2014, El Salvador asumió nuevamente como país miembro de América Latina en la Junta Coordinadora de ONUSIDA (PCB por sus siglas en inglés) y será junto con Brasil y Ecuador representante de la región de Latinoamérica en este espacio de coordinación mundial para el periodo 2014-2016.

INVESTIGACIÓN EN SALUD PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN



GENERANDO CONOCIMIENTOS Y CAPACIDADES EN SALUD

El Instituto Nacional de Salud (INS) es la instancia del MINSAL creada para conducir la investigación, lo que ha permitido promover, apoyar e incentivar en el país la cultura investigativa bajo principios bioéticos e incluyentes, con base en las prioridades del Sistema Nacional de Salud, que trascienden del análisis causal de los problemas de salud con perspectiva biomédica hacia un abordaje de determinación social. Cuenta con tres ejes estratégicos: Escuela de Gobierno en Salud, Departamento de Investigaciones en Salud y Departamento de Laboratorios Especializados, los cuales contribuyen a la producción de conocimiento científico, tecnológico y educativo en función de las prioridades en salud del país y del bienestar de la población.

INVESTIGACIONES EN SALUD

En cumplimiento de la misión de generar evidencia en salud que permita la toma de decisiones técnicas y políticas, se han realizado las siguientes investigaciones:

1. ESTUDIO MATERNIDAD Y UNIÓN EN NIÑAS Y ADOLESCENTES, CONSECUENCIAS EN LA VULNERACIÓN DE SUS DERECHOS, EL SALVADOR, 2015

La unión conyugal de niñas y adolescentes es un problema para el desarrollo integral de la persona, situación estrechamente vinculada a la pobreza y a los años de escolaridad. Cada año en El Salvador se registran 25 mil niñas y adolescentes embarazadas, lo cual ha significado una condición de alto riesgo en sus vidas además de limitar o impedir el ejercicio de una diversidad de derechos, como el acceso a la educación formal y a un entorno familiar y social protector.

El propósito de esta investigación fue contribuir a la reflexión sobre el bienestar de niñas y adolescentes a partir del ejercicio de sus derechos a la educación y a su desarrollo humano integral. Incluyó un universo de 12 776 niñas y adolescentes de entre 10 y 17 años que tuvieron parto en 2012, registradas en el Sistema Informático Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud, con una muestra representativa de 785, de las cuales se logró entrevistar a 424.

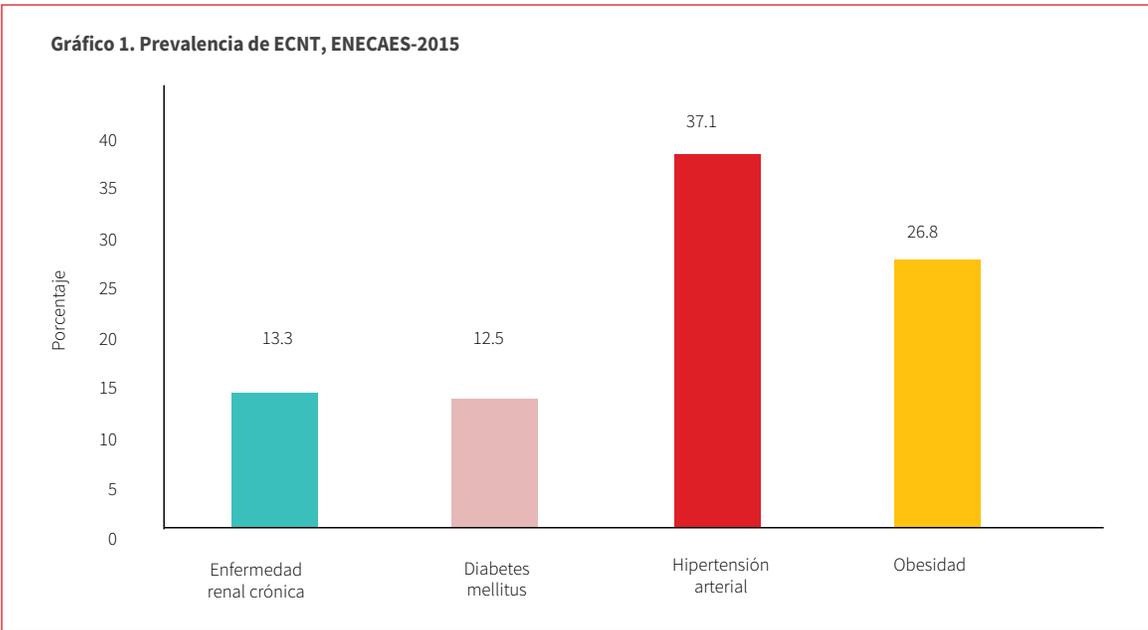
El estudio evidenció que solo un 36 % de las niñas y adolescentes que tuvieron parto en 2012 estaban estudiando al momento de su primer embarazo. De las que estaban estudiando, el 89 % abandonaron los estudios a causa de la maternidad y apenas un 18 % se reintegraron a la escuela después de su primer embarazo. El 47 % de las niñas de entre 10 y 12 años percibieron rechazo al asistir embarazadas a la escuela. También se refleja que el 99 % de las niñas y adolescentes que tuvieron parto en el 2012 recibieron atención prenatal; no obstante, al momento de la encuesta, la mitad de las niñas y adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos y el 29 % ya habían tenido un segundo embarazo.

Otro hallazgo importante fue que una de cada cinco niñas de entre 10 y 12 años tuvo su primera relación sexual con un familiar, lo que significa que según el Código Penal vigente es víctima del delito de violación sexual agravada. Finalmente, como parte de un círculo vicioso, la maternidad temprana como factor limitante de la escolaridad y el desarrollo de las niñas y adolescentes predispone a mayores riesgos de mortalidad infantil y otras complicaciones en la salud de la niñez. La mortalidad infantil es cuatro veces mayor en madres sin escolarización (37.07 por mil nacidos vivos) que en madres universitarias (8.37 por mil nacidos vivos) (Encuesta Nacional de Salud 2014).

Esta investigación aporta datos relevantes que deberían ser tomados en cuenta por los formuladores de políticas de educación y de protección social para contribuir a su responsabilidad como garantes del derecho al bienestar y al desarrollo integral de la niñez y la adolescencia.

2. ENCUESTA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN POBLACIÓN ADULTA EN EL SALVADOR. ENECA-ES 2015

El conocimiento sobre la prevalencia de las enfermedades crónicas es un logro estratégico muy importante para la población mayor de 20 años, ya que representan más de 3.7 millones de personas en El Salvador. La evidencia científica de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en Población Adulta en El Salvador, ENECA-ES 2015, puede contribuir a la toma de decisiones para mejorar la promoción de la salud en la población. En el gráfico 1 puede verificarse que las prevalencias más altas corresponden a la hipertensión arterial, la obesidad, la enfermedad renal crónica y la diabetes mellitus.

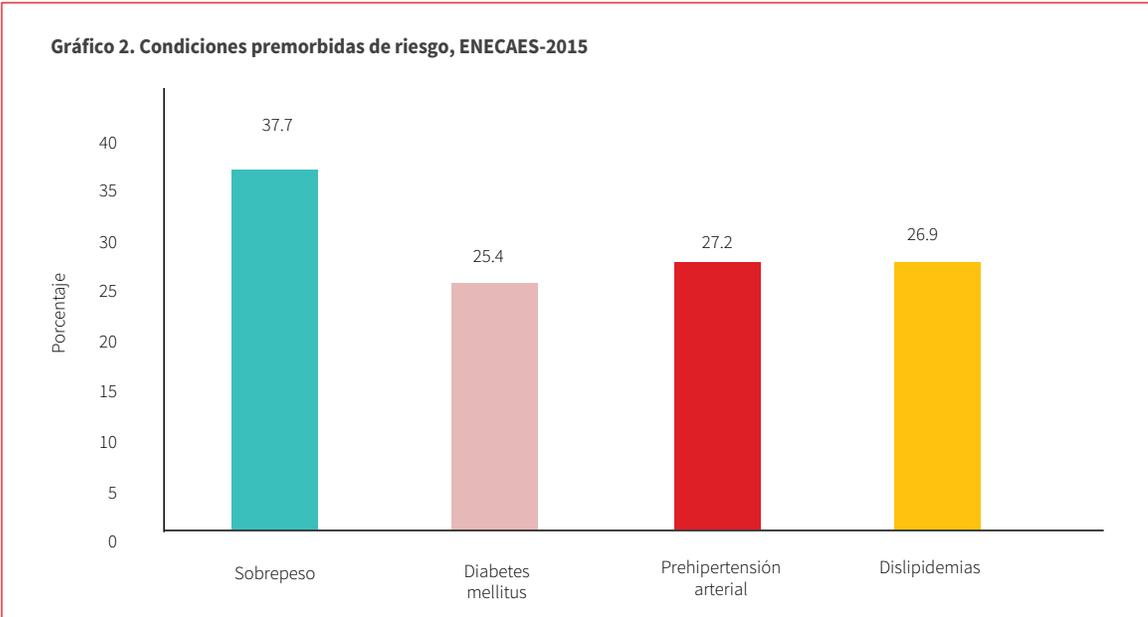


Esta información es de alto beneficio para el fortalecimiento de programas de intervención para disminuir las complicaciones que resultan catastróficas en la calidad de vida de la persona afectada, en la economía familiar y en el sistema de salud por la alta inversión asistencial que representa.

Para fortalecer la promoción de la salud y la atención preventiva se cuenta con la medición de

las prevalencias de la prehipertensión arterial, la prediabetes, el sobrepeso y la enfermedad renal en sus estadios tempranos, para actuar oportunamente y evitar la evolución natural y la incidencia de estas enfermedades e impactar en la reducción de la discapacidad y la mortalidad prematura por estas causas.

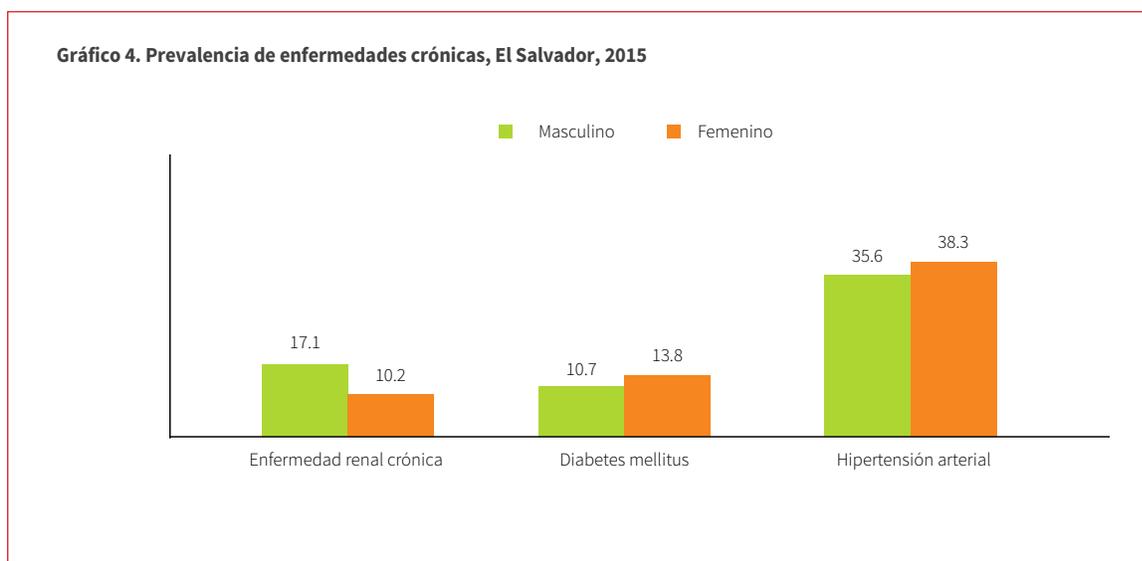
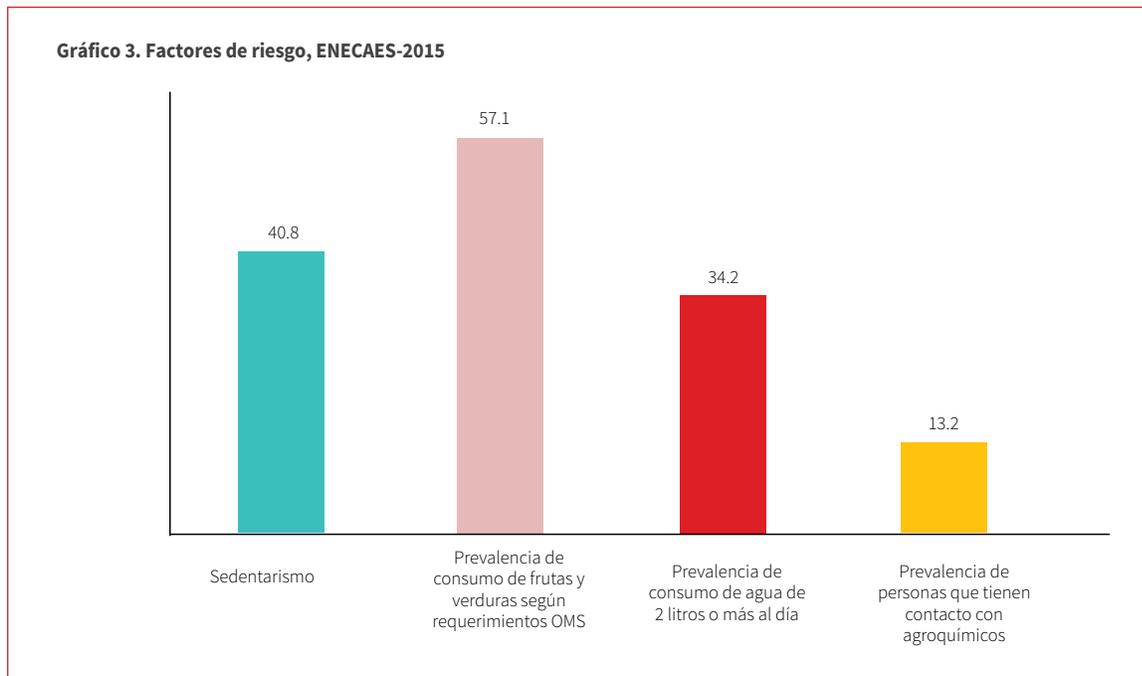
Es importante destacar que la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes mellitus afectan más a la mu-



jer que al hombre y que la enfermedad renal crónica afecta más a los hombres; estos resultados dan la pauta para practicar análisis más específicos que permitan identificar las razones de esta prevalencia por sexo.

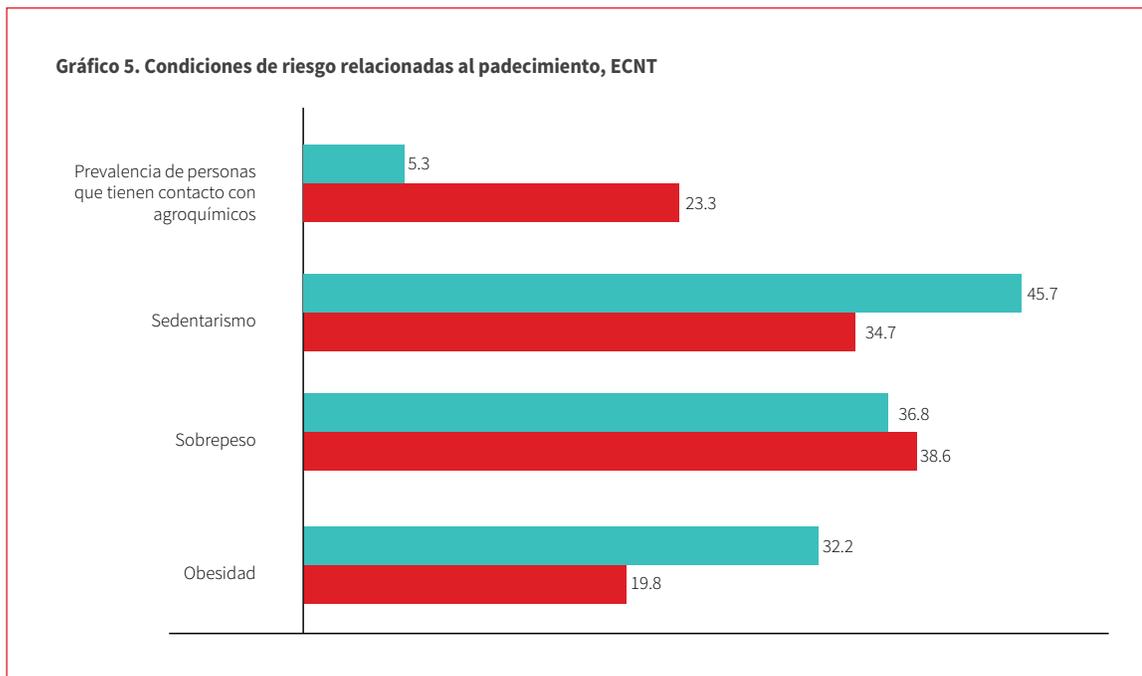
Además se tiene evidencia de condiciones que predisponen a estas ECNT, como el sedentarismo, el bajo consumo de frutas y verduras y otras prácticas

de consumo de bebidas azucaradas y sal, que fundamentan la necesidad de diseñar y ejecutar una estrategia intersectorial en el abordaje de determinación con la industria alimenticia, el sector privado y la responsabilidad social empresarial, los formuladores de política laboral y salud ocupacional, el sector educativo, el sector agrícola y medio ambiente.



Estos resultados demuestran una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica para el sexo masculino e hipertensión arterial y diabetes mellitus para el sexo femenino. Como se aprecia en el

gráfico 5, las condiciones presentes en las personas de sexo femenino son sedentarismo y obesidad; y para el sexo masculino, sobrepeso y contacto con agroquímicos.



3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA POR AGROQUÍMICOS

De acuerdo con las investigaciones desarrolladas por el MINSAL desde el INS, El Salvador enfrenta una doble epidemia de enfermedad renal crónica: la generada por causas tradicionales (diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas) y la generada por agentes agrotóxicos que afecta a las comunidades agrícolas salvadoreñas y se ve potenciada por riesgos ambientales y ocupacionales. Un modo de producción que privilegia monocultivos y uso intensivo de pesticidas para incrementar las cuotas de ganancia a expensas de la salud de la población, evidencia la determinación social de esta epidemia que azota a toda la región centroamericana. Las investi-

gaciones del INS han trascendido al ámbito científico internacional y han sido objeto de publicaciones. Sus evidencias científicas aportan insumos para generar a corto plazo políticas que regulen el uso de los agentes agrotóxicos y modifiquen las prácticas agrícolas que conduzcan a una agricultura más amigable con el ambiente y al desarrollo integral.

Publicaciones que han generado un intenso debate:

- a. *La exposición a plaguicidas en las actividades agrícolas y exfábrica de agroquímicos en una comunidad rural de El Salvador: un estudio transversal* (Pesticide Exposure from Agricultural Activities and Former Agrochemical

Tabla 1. Los eventos de connotación y proyección internacional sujetos de reconocimiento internacional en el sistema de las Naciones Unidas y otros países son:

OPS-OMS	Producción del documento <i>Dengue-Guías para la atención de enfermos en la región de las Américas</i> . Segunda edición, 2015. OPS-OMS.
Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford	Cooperación e intercambio científico con el INS para desarrollar un análisis secundario de la base de datos del estudio clínico multidisciplinario desarrollado en San Miguel y publicado el año 2014 con el objetivo de demostrar la existencia de daño renal a nivel tubular distal.
Sri Lanka	Interés del presidente de Sri Lanka para desarrollar una cooperación triangular entre los países para enfrentar la epidemia de CKDu en Sri Lanka y El Salvador en el marco de consulta internacional, coorganizado por el Grupo de Trabajo Presidencial sobre CKDu de Sri Lanka, la OMS y la Sociedad Internacional de Nefrología.
España	Presentación en la XXII Reunión Científica del Club de Nefropatología y IX Reunión del Grupo de Enfermedades Glomerulares de la Sociedad Española de Nefropatología (GLOSEN), de los resultados de las investigaciones desarrolladas en El Salvador a través del INS-MINSAL.
Universidad de Oxford, Reino Unido	Elaboración del capítulo 21.9.2 “Chronic túbulo interstitial nephritis”, de la 6.ª edición del libro de texto de Medicina de la Universidad de Oxford que será publicado en 2016.
Unión Europea	Presentación del <i>Estudio sobre riesgo de exposición a contaminantes nefrotóxicos en la comunidad Las Brisas, El Salvador</i> , en la 6.ª Conferencia Internacional de Geología Médica Aveiro, Portugal, 26 de julio-1.º de agosto de 2015, y en Congreso de Universidad de Klobenz Landau, Alemania, en septiembre de 2015. En El Salvador, este estudio está por publicarse en la revista <i>CONIA</i> de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Fuente: Elaboración propia.

- Factory in a Salvadoran rural community: a cross-sectional study)
- b. “Características epidemiológicas de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en las mujeres de las comunidades agrícolas de El Salvador” (*Clin Nephrol.* 2015; 83 (7 Suppl. 1): 24-31 (“Epidemiological characteristics of chronic kidney disease of non-traditional causes in women of agricultural communities of El Salvador” (*Clin Nephrol.* 2015; 83 (7 Suppl. 1): 24-31)
 - c. “Enfermedad renal crónica en niños y adolescentes en comunidades agrícolas salvadoreñas”. NEFROSALVA pediátrico, 2009-2011, a ser publicado en *Medic Review* 2016.
 - d. “Chronic kidney disease of undetermined etiology and pesticide exposure: an update on recent data”.
 - e. “Sobrepeso, obesidad y determinantes sociales en niños y niñas de 24 a 60 meses en El Salvador”, 2015, análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud MICS 2014, el cual estima la obesidad utilizando el índice de masa corporal en la niñez.

1. Unidad de Investigación en Salud Ambiental y Ocupacional

El Instituto Nacional de Salud ha desarrollado innovaciones laborales y de sistemas de información, incluyendo la tecnología espacial al servicio de la salud pública para fortalecer la salud ambiental. Estas innovaciones incluyen el mapeo de las redes de servicios y de riesgos territoriales, información sobre clima, calidad de aguas subterráneas, contaminación de subsuelos, ubicación geográfica de enfermedades y riesgos ambientales por contaminantes y otros para el control oportuno e intersectorial de epidemias y condiciones socioambientales. Esto permite orientar y fortalecer con base científica y tecnológica las intervenciones de salud en general, haciendo énfasis en la investigación relacionada con factores ambientales que afectan la salud de las personas y el medio ambiente.

A partir del análisis del estudio sobre *Exposición a plaguicidas de la comunidad Loma del Gallo del municipio San Luis Talpa, Departamento de La Paz* (2014) se develó desconocimiento en el manejo seguro de plaguicidas por parte de los agricultores,

ligado a la ausencia de acompañamiento técnico por parte de los centros de venta y suministro, sin mencionar que en muchas ocasiones las etiquetas e instructivos están en otro idioma. Debido a ello, el INS elaboró, publicó y socializó el manual y material educativo para selección, compra, almacenamiento, preparación, aplicación y disposición de desechos de plaguicidas, contribuyendo a la salud y seguridad ocupacional de la población agrícola del país.

Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención de enfermedades transmitidas por zancudos en una población urbana de Ilopango, departamento de San Salvador, abril-mayo de 2015

Los principales resultados muestran que la mayoría de las viviendas de los encuestados (98.2 %) cuentan con servicio de agua potable; sin embargo, el

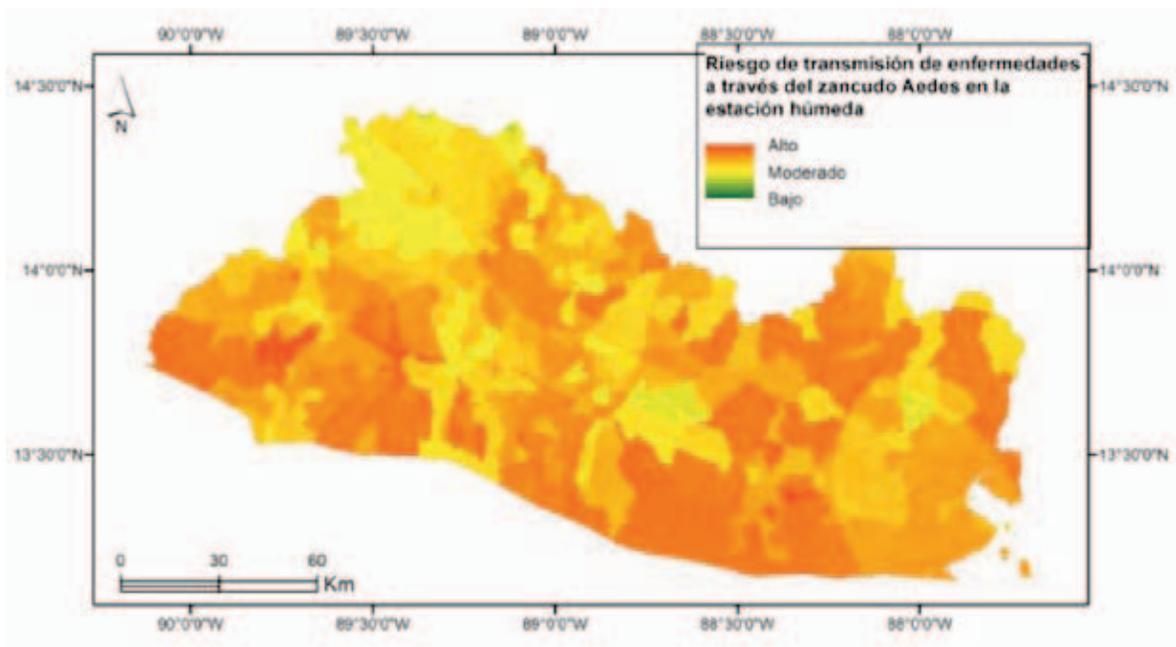
96.4 % tienen un servicio irregular en el suministro. El 75.3 % de los encuestados muestran un conocimiento aceptable y 90.3 % de actitudes favorables.

El 59 % de la población encuestada tienen prácticas aceptables respecto a la prevención de reproducción de zancudos en la vivienda y el 38 % mostró prácticas favorables en la prevención de picaduras de zancudos.

Estudio de cartografía a escala nacional de hábitats de zancudo y de áreas de riesgo potencial de enfermedades transmitidas por zancudos en El Salvador

Los resultados de este estudio muestran que a nivel nacional existe un riesgo alto de contraer alguna enfermedad transmitida por zancudos, ya que en todo el país se cumplen las condiciones ideales para la reproducción de los zancudos, tanto para el género *Aedes aegypti* como para el *Anopheles*.

Figura 1. Mapa de riesgo de transmisión de enfermedades a través de zancudos del género *Aedes aegypti* en la estación húmeda de acuerdo con factores ambientales y socioeconómicos.



Fuente: Estudio de cartografía a escala nacional de hábitats de zancudo y de áreas de riesgo potencial de enfermedades transmitidas por zancudos en El Salvador.

«Necesitamos sistemas de salud públicos de cobertura universal que no solo curen y prevengan, sino que generen el conocimiento que urgimos para enfrentar las inequidades y su determinación, que ejerzan liderazgo en sus sociedades para desarrollar un amplio trabajo intersectorial».

Dr. Eduardo Espinoza, OMS, Ginebra 2012.

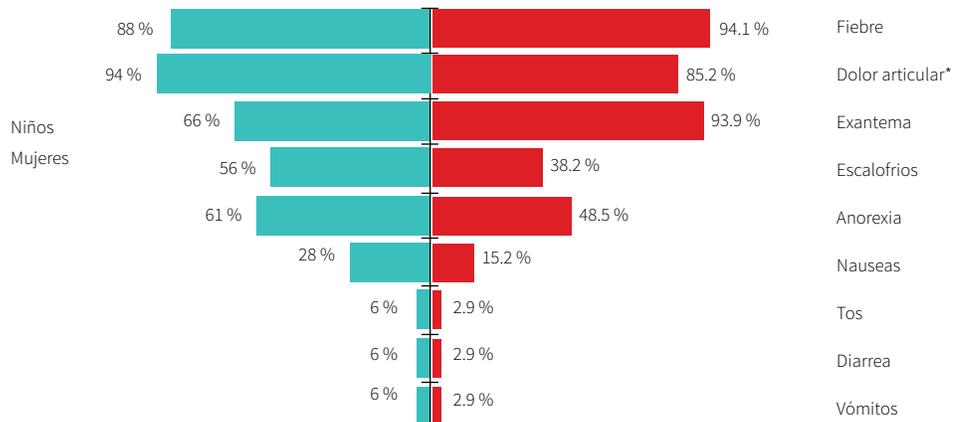
Estudio realizado sobre el reporte de caso “Caracterización clínica y laboratorial de la infección por chikunguña en mujeres embarazadas y niños y niñas menores de 5 años”.

El grupo en estudio comprendió 34 niños y 18 embarazadas a las que se les realizaron pruebas de laboratorio para confirmación y cuestionario clínico para documentar la sintomatología. El estudio indica

que la clasificación clínica aplicada de manera adecuada tiene concordancia con el laboratorio; este conocimiento permite racionalizar el uso pruebas de laboratorio para la confirmación de la enfermedad.

El resultado de la prueba de laboratorio de confirmación RT-PCR para chikunguña obtuvo una positividad en 91.2 % de los niños y en 87.5 % de las mujeres.

Gráfico 6. Síntomas presentes en madres y niños menores de cinco años con diagnóstico de chikunguña



Fuente: “Caracterización clínica y laboratorial de la infección por chikunguña en mujeres embarazadas y niños y niñas menores de 5 años”.

2. Escuela de Gobierno en Salud (EGS)

Para este quinquenio, el INS se plantea establecer alianzas permanentes con diferentes sectores en los planos nacional e internacional para el desarrollo de programas de educación continua con el personal de salud de los sectores público y privado, a través de la Escuela de Gobierno en Salud. En este sentido, la Escuela de Gobierno ha coordinado la realización de distintos cursos con el objeto de for-

talecer las competencias de los recursos humanos del INS-MINSAL-RIISS, con la participación de 360 personas, según el siguiente detalle:

Como parte de la continuidad del desarrollo del recurso humano, se han diseñado los cursos:

1. Metodología de la investigación en salud al sector salud, en coordinación con FOSALUD, la Dirección de Vigilancia Sanitaria y OPS.
2. Manejo de plataformas virtuales para el aprendizaje en salud.

Tabla 2. Cursos impartidos

Curso	N.º de cursos	Participantes	Instituciones
Metodología de la investigación en salud	3	90	INS-MINSAL-RIISS
Primer curso de ética y buenas prácticas de la investigación en salud	1	35	
Elaboración de protocolos paso a paso	1	19	
Curso básico de manejo de SPSS	1	24	
Formadores en ética y buenas prácticas clínicas en la investigación	1	19	
Primer curso de principios del enfoque de género en la investigación en salud	1	30	
Primer curso cuidados neonatales de enfermería en la RIISS	1	27	
Formación de formadores en bioseguridad con apoyo de FIOCRUZ	1	3	INS-RIISS
Curso UISP. Universidad Internacional de Salud de los Pueblos.	1	30	MINSAL, Foro Nacional de Salud
Taller en competencias en salud pública	1	11	Nodo El Salvador
Curso-taller incorporación de recursos y medios virtuales, impartidos a tutores de la UES	1	9	UES-docentes universitarios
Curso regional de tutores virtuales para el aprendizaje en red a miembros del Nodo El Salvador, Campus Virtual de Salud Pública (Nodo ELS-CVSP)	1	13	Red del Nodo El Salvador
Curso básico de salud y seguridad ocupacional	1	21	UES-docentes y universitarios
Prevención de riesgos ocupacionales	1	16	
Metodología de la investigación para el laboratorio	1	10	
Terapia familiar	1	18	RIISS y Nodo El Salvador
Curso de lectura crítica de artículos científicos e interpretación dirigido al personal del INS y la RIISS	1	15	INS

Fuente: Instituto Nacional de Salud/MINSAL.

Igualmente se ha elaborado y actualizado los Estatutos del Nodo ELS, CVSP, y creado el logo del Nodo ELS, CVSP, como parte del desarrollo de la red.

Por último, en el tema de investigaciones de sistemas y servicios de salud, se elaborado:

- a. El registro nacional de investigadores en salud.
- b. Las escalas para medición de actitudes en temas en salud, que también han sido validadas.
- c. El protocolo de Satisfacción del Usuario en la atención de EDA en menores de 5 años.
- d. Un diagnóstico situacional de residencias médicas.

EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE COOPERACIÓN REEMBOLSABLE Y NO REEMBOLSABLE PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL INS Y MINSAL

De junio 2015 a mayo 2016, el INS ha ejecutado US\$ 1 151 491.22 de la cooperación reembolsable y no reembolsable (AECID, AACID, Medicus Mundi y Banco Mundial), que ha contribuido al desarrollo de investigaciones en salud, generando evidencia científica para continuar impulsando la mejora en la calidad de los servicios de salud a la población a nivel país; se ha fortalecido a los laboratorios especializados con equipo de laboratorio e insumos reactivos; se ha fortalecido las competencias del recurso humano del MINSAL; se ha dotado de equipo informático a la RISS y se ha fortalecido al INS con equipo informático y software necesarios para el procesamiento de la información estadística de los diferentes estudios e investigaciones.

Se recibieron y distribuyeron dos embarques de equipo médico para el fortalecimiento de Unidades Comunitarias de Salud Familiar de las regiones de salud paracentral y central afectadas por la tormenta IDA, por medio de donación de fondos USAID, del convenio de cooperación bilateral 519-463 Proyecto Fortalecimiento de la Salud, por un monto de US\$ 274,782.13

LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA (LNR)

El MINSAL, a través del INS garantiza el funcionamiento y equipamiento del Laboratorio Nacional de Referencia, fortaleciendo en este periodo sus capacidades para responder a emergencias sanitarias.

1. Determinaciones físico-químicas, orgánicas e inorgánicas en las muestras de alimentos, agua y ambientales para el otorgamiento de registro sanitario (23 metodologías acreditadas).
2. Se incrementó la acreditación de 6 nuevas metodologías diagnósticas, llegando a un total de 39 metodologías. Con estas seis nuevas pruebas se mide la calidad del agua de consumo humano y alimentos.
3. Se practicaron 633 603 análisis para vigilancia en salud, calidad de alimentos y toxicología, salud ambiental y citología.
4. Mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NTS/ISO 15189:2012 con la acreditación de 33 metodologías analíticas.
5. Dieciocho evaluaciones externas de la calidad con laboratorios internacionales.
6. Control de calidad externo a 29 287 muestras cervicouterinas
7. Implementación de pruebas moleculares y serológicas para zika, dengue y chikunguña para la vigilancia e investigación de grupos de riesgo en el país.
8. Se han reanudado las pruebas para detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) por métodos moleculares para la atención de la población blanco y las pruebas para la genotipificación de VIH para la atención de personas viviendo con VIH.

VIGILANCIA LABORATORIAL EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Prevalencia e intensidad de la infección por geohelminths y prevalencia de malaria en escolares.
2. Confirmación de VIH, hepatitis B, hepatitis C, enfermedad de Chagas y sífilis; análisis especializados PCR- carga viral, citometría de flujo para linfocitos CD4-CD8, genotipificación de VIH, investigación y diagnóstico de otras ITS.
3. Implementación de metodologías de biología molecular para ITS en poblaciones en mayor riesgo.
4. Elaboración de base de datos de genotipos VIH tomando en cuenta resistencia encontrada a los antirretrovirales.

INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD COMO HERRAMIENTAS DE RACIONALIDAD Y CAPACIDAD



Los sistemas de salud, tanto como los países, se enfrentan a una situación creada por el modelo hegemónico de producción que en su afán de lucro y estimulación del consumismo ha encontrado un nuevo nicho en la apropiación del conocimiento sanitario, de su innovación o de la aplicación de nuevas tecnologías al campo de la salud. Esta nueva forma de comercializar la salud se basa en superar y, sobre todo, en desprestigiar y sustituir las tecnologías existentes imponiendo a veces otras con peligrosos efectos colaterales que generan más problemas de los que pretenden tratar.

Muchas de las nuevas tecnologías tienen poco valor agregado, pero amparadas en las reglas de propiedad intelectual obvian el papel del conocimiento humano en los siglos precedentes y se apropian inmisericordemente de este producto de la humanidad, cobrando por el último eslabón de esta cadena de conocimiento precios exagerados, excluyendo por tanto de sus beneficios a millones y lucrándose de los pocos que tienen capacidad para pagar por ellas.

Ante esta realidad, y en concordancia con el *Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: El Salvador productivo, educado y seguro*, el Ministerio de Salud se propone asegurar el acceso oportuno a nuevas tecnologías, incluyendo medicamentos y vacunas, que sean realmente efectivas, para lo cual se hace necesario seguir fortaleciendo el sistema público mediante el desarrollo de capacidades locales en personal, laboratorio y equipamiento que no solo permitan evaluarlas sino también enfatizar en su uso racional.

A tal efecto, el MINSAL ejecuta un plan que describe cuatro líneas de acción: 1) Desarrollar capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos en el Sistema Nacional de Salud; 2) Implementar mecanismos de mejora en los procesos de compra, abastecimiento y distribución de los medicamentos; 3) Aumentar progresivamente el número de farmacias que se especializan en la entrega de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas y 4) Fortalecer las capacidades del sistema de salud para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos.

Para desarrollar capacidad de evaluar las nuevas tecnologías, el MINSAL, en el marco de la Reforma de Salud, ha creado la Dirección de Tecnologías Sanitarias (DIRTECS), compuesta por cinco unidades: 1) Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2) Unidad de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias; 3) Unidad de Fármaco y Tecnovigilancia; 4) Unidad de Aseguramiento de la Calidad y 5) Unidad Reguladora de Radiaciones Ionizantes.

Los avances que contribuyen al cumplimiento de los objetivos, las metas y las líneas estratégicas en cada una de las áreas se describen a continuación.

DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES PARA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

El incremento en el gasto en medicamentos sin mejora en los resultados en salud y las presiones recibidas para la introducción de nuevas moléculas al listado institucional han creado la necesidad de evaluar las tecnologías sanitarias, especialmente en el área de medicamentos, con base en la mejor evidencia disponible sobre su eficacia, seguridad, costo-efectividad, costo utilidad e impacto presupuestario.

La Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) tiene como función brindar el soporte técnico para la toma de decisiones sobre la incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias en los listados institucionales a fin de promover su acceso equitativo y su uso racional, según el *Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019*, para lo cual la DIRTECS se propone las siguientes tareas:

FORMULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Luego de formularse la Política Nacional de Medicamentos y otras tecnologías sanitarias en diciembre de 2015, con el apoyo de la oficina Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la OPS y el acompañamiento de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se diseñó la hoja de ruta para formular la

La Reforma de Salud llena un vacío importante en el sistema con la creación de la DIRTECS.

Las tecnologías sanitarias son el conjunto de conocimientos y habilidades aplicadas en forma de medicamentos, vacunas, procedimientos, sistemas de apoyo, insumos-reactivos de laboratorio diagnóstico (consumibles) y dispositivos médicos que permiten solucionar problemas de salud y mejorar la calidad de vida de la población.

La creación de la Dirección de Tecnologías Sanitarias en el Ministerio de Salud es la respuesta a la necesidad de contar 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, tal como ha sido recomendado por la OPS. Esto convierte a El Salvador en el primer país de Latinoamérica que gestiona y planifica el uso de tecnologías sanitarias siguiendo los estándares internacionales.

«Aun cuando los servicios médicos resulten accesibles y adecuados, hace falta garantizar una gestión adecuada del medicamento. Se trata de un ciclo completo que involucra desde su selección, la programación de requerimientos, la adquisición, el almacenamiento, la distribución y logística y la utilización final del mismo, que incluye la prescripción, la dispensación y el consumo por parte del paciente».

Organización Panamericana de la Salud, 2009

Política Integrada de Uso Racional de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Este importante documento se formuló con apoyo del Proyecto de Bienes Públicos Regionales del BID, ejecutado por la Fundación IFARMA.

EVALUACIÓN DE SOLICITUDES DE INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS

Se revisó y aprobó la inclusión de 51 medicamentos al Listado Institucional de Medicamentos Esenciales y se excluyeron 29 productos que no demostraron utilidad. Todo medicamento es objeto de un seguimiento y evaluación estricta para ratificar su inclusión o excluirse en las nuevas versiones del listado.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

En noviembre de 2015 se desarrolló el IV Curso de Derecho Humano a la Salud y Medicamentos en el municipio de La Palma, Chalaténango, en el que recibieron capacitación 35 recursos de los diferentes niveles del Ministerio de Salud, con financiamiento del convenio BIRF 8076-SV.

Asimismo, están en proceso de contratación los cursos básico y avanzado en Evaluación de Tecnolo-

gías Sanitarias con modalidad semipresencial, mediante la ejecución del convenio BIRF 8076-SV, que permitirá contar con talento humano cualificado en los niveles locales y en el nivel superior del Ministerio de Salud, así como en otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Como parte del fortalecimiento de capacidades en Evaluación de Tecnologías Sanitarias se desarrolló una pasantía en el Comité Nacional de Evaluación de Incorporación de Tecnologías en Salud (CONITEC) del Brasil, con apoyo de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas y OPS, lo que permitió un intercambio entre agencias e instancias gubernamentales de diferentes países, entre ellas:

- El Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina (IECS)
- Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS)
- Ministerio de Salud de Costa Rica
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud de Colombia (IETS)
- Ministerio de Salud de Colombia.

PARTICIPACIÓN EN REDES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

La Dirección de Tecnologías Sanitarias del Ministerio de Salud es miembro de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA) desde 2013.

La RedETSA mantiene un programa de conferencias virtuales con especialistas para capacitar y actualizar en temas de interés colectivo, de las cuales participa el personal de DIRTECS.



En el VII encuentro RedETSA, celebrado en Santiago de Chile en septiembre de 2015, se postuló a El Salvador como sede del VIII encuentro a celebrarse en octubre de 2016, lo que fue aprobado y luego notificado en la reunión extraordinaria realizada en San José, Costa Rica. Este encuentro contará con la participación de 28 agencias y oficinas gubernamentales de evaluación provenientes de 14 países de América. Esta designación es un reconocimiento al proceso de reforma y una oportunidad para fortalecer capacidades institucionales derivadas del intercambio con los expertos que visitarán al país.

La Iniciativa de Promoción de los Bienes Públicos Regionales del BID apoyó un esfuerzo regional en el que participan México, Colombia, Ecuador, El Salvador, Costa Rica, República Dominicana, Perú y Chile para el diseño de una metodología que permite desarrollar 10 informes cortos de Evaluación y 10 informes completos de Evaluación de Tecnología Sanitaria (medicamentos de alto impacto financiero).

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS (CONAMED)

En diciembre de 2015 se creó la Comisión Nacional para el Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias (CONAMED), oficializada y juramentada por la señora ministra de Salud, que tiene como objetivo formular, ejecutar y evaluar el Plan Nacional de Uso Racional de los Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias, definido con amplia participación interinstitucional.

La ejecución de las actividades contempladas en el Plan y las medidas regulatorias de los procesos de selección, prescripción, dispensación y uso de los medicamentos, así como el apoyo y seguimiento a los Comités Farmacoterapéuticos de Hospitales y Regiones, está a cargo de la Unidad de Uso Racional de Tecnologías Sanitarias, que a través del Comité Farmacoterapéutico institucional integrado con representantes de los 30 hospitales y 5 regiones

de salud ha validado ya el Listado de Medicamentos Esenciales, el Formulario Terapéutico Nacional y los Lineamientos de Prescripción y Dispensación.

En el marco del proyecto “Fortalecimiento de capacidades de los servicios farmacéuticos institucionales para el desarrollo de la farmacovigilancia y la promoción del uso racional de medicamentos en El Salvador”, ejecutado con apoyo de la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS) y fondos de la cooperación española a través de Farmamundi, se realizaron a principios de 2016 tres talleres:

- El primero abordó el “Análisis Crítico de la Publicidad Farmacéutica”, dirigido al personal de salud y a los responsables del periodismo investigativo en salud de medios de comunicación masiva.
- El segundo y el tercero desarrollaron temas de patologías crónicas degenerativas, Uso Racional de Medicamentos, Farmacovigilancia y Atención Farmacéutica, dirigidos al personal químico farmacéutico responsable de la entrega y dispensación de los medicamentos en las farmacias especializadas del área metropolitana, oriental y occidental. Los temas fueron impartidos por personal médico del Hospital Nacional Rosales y docentes de la Universidad de Antioquia de Colombia.

Actualmente se está desarrollando el Diplomado en Farmacia Hospitalaria, impartido por la Escuela de Posgrado de la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad de El Salvador, en el que se están capacitando 35 farmacéuticos del MINSAL con apoyo financiero de la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS) y Farmamundi, que ejecutan fondos de la cooperación española.

Un apoyo fundamental para el uso racional de medicamentos ha sido el recibido por parte de la Cooperación luxemburguesa, que apoyó la elaboración del Formulario Terapéutico Nacional y 15 módulos de autoaprendizaje de conceptos básicos de uso racional de medicamentos en el manejo de patologías crónicas como hipertensión, diabetes y otros problemas de salud importantes para reducir la mortalidad materna.

El fortalecimiento institucional ha permitido oficializar el primer Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) con participación de todas las instituciones del SNS y el apoyo técnico de la OPS. Dicho listado es una herramienta para el uso racional de medicamentos y la farmacovigilancia.

FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

ACCIONES DE COORDINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA (FV)

El desarrollo de un Sistema de Farmacovigilancia constituye una prioridad para el MINSAL, que es la institución competente en este tema de acuerdo con la Ley de Medicamentos. Para tal fin se ha iniciado una estrecha coordinación con los miembros del SNS, con quienes se han homologado los formularios de notificación de reacción adversa, falla terapéutica y vigilancia del registro, así como los instructivos de llenado de dichos formularios. Igualmente se ha capacitado a los referentes de farmacovigilancia en dichas Instituciones para efectuar un monitoreo de medicamentos en el sector público y en el privado, con el fin evaluar la efectividad y seguridad de estas tecnologías.

CREACIÓN DEL CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA (CNFV)

El nuevo Centro Nacional de Farmacovigilancia ya ha sido equipado y dotado con personal técnico calificado y actualizado en el tema (una médica internista y un farmacéutico), y cuenta con dos oficinas desconcentradas también con personal idóneo en oriente y occidente, ubicadas en las farmacias especializadas de San Miguel y Santa Ana, respectivamente. Este personal será capacitado y apoyado con la elaboración de manuales de organización y procedimientos del CNFV.

Se ha establecido un convenio entre el MINSAL y la DNM para el intercambio de información en materia de farmacovigilancia, que implica tener acceso a registros de medicamentos y a realizar inspecciones conjuntas entre MINSAL y DNM.

CAPACITACIÓN A PERSONAL DE SALUD DEL MINSAL Y DEL FNS

Como parte de la formación y actualización profesional, se ha diseñado un plan de capacitación que contiene cinco grandes áreas de formación: farmacoepidemiología, evaluación de tecnologías sanitarias, farmacoeconomía, uso racional de medicamentos y atención farmacéutica. Este plan fortalecerá la capacidad rectora del MINSAL en materia de regulación del uso de las tecnologías sanitarias,

incluyendo medicamentos y vacunas. Los cursos de formación están organizados en tres niveles de complejidad para cada una de estas áreas de conocimiento, que serán impartidos de forma virtual y en algunos casos semipresencial por Centros Colaboradores de la Organización Panamericana de la Salud. Los cursos estarán dirigidos a personal de salud ubicado en la Red Nacional de Farmacovigilancia, formada por los comités locales de Farmacoterapia y Farmacovigilancia de hospitales y regiones de salud del MINSAL y demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como el personal del nivel superior del MINSAL involucrado en el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

En este periodo la DIRTECS ha capacitado en farmacovigilancia básica a 98 profesionales de salud entre médicos, farmacéuticos y enfermeras de cuatro Regiones de Salud, Metropolitana, Occidental, Oriental y Paracentral, que con el apoyo de la cooperación española a través de Farmamundi y la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud ha replicado este proceso en los niveles locales con personal de los SIBASI, Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas y especializadas y a líderes comuni-

tarios del Foro Nacional de Salud de las sedes de San Salvador y Usulután.

PROMOCIÓN DE LA FARMACOVIGILANCIA

La detección y notificación de las sospechas de reacciones adversas de carácter grave, fallas de seguridad y eficacia de medicamentos, son importantes para medir la calidad de la atención sanitaria en todos los niveles de atención; permitiendo generar conocimiento para evaluar la pertinencia de nuevos y antiguos medicamentos incorporados al listado oficial de medicamentos, los errores de prescripción y la retroalimentación del proceso de registro de medicamentos por la DNM.

Para ello se ha organizado a los Comités Farmacoterapéuticos Locales en la red de establecimientos de salud del MINSAL, que vigilan la seguridad en el uso de medicamentos y notifican cualquier sospecha de reacción adversa, al tiempo que se inician en la vigilancia de otras tecnologías sanitarias. En 2015 se duplicó con relación a 2014 el número de notificaciones emitidas por los profesionales prestadores de servicios de los establecimientos de salud de la red del MINSAL.



ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICOS JURÍDICOS

Actualmente está en proceso de formulación el Reglamento Técnico Salvadoreño de Farmacovigilancia, que se encuentra en etapa de consulta amplia entre los sectores público y privado, coordinada por el Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica (OSARTEC).

En etapa de oficialización se encuentra el Manual de procedimientos de RAM, FT y ESAVI, validado por el Comité Farmacoterapéutico Institucional de la red nacional de establecimientos de salud del MINSAL.

CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS DE FARMACOVIGILANCIA

Para el desarrollo de un Sistema Nacional de Farmacovigilancia es fundamental llevar un adecuado registro y análisis de la información proveniente de las notificaciones a nivel nacional y acceder a nivel mundial a las bases de datos del Programa de Monitoreo Internacional de Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud, que tiene sede en el Centro de Monitoreo de Uppsala, Suecia, potenciando de este modo el ejercicio de la función rectora del MINSAL en cuanto a la farmacovigilancia.

Asimismo, con la finalidad de establecer las bases para contar con un sistema único de gestión y análisis de los datos de notificaciones de sospechas de reacciones adversas, se han realizado reuniones de coordinación entre el COMISCA y el Sistema Nacional de Salud.

TECNOVIGILANCIA Y REGULACIÓN DE RADIACIONES IONIZANTES

La DIRTECS regula y controla prácticas con radiaciones ionizantes en medicina, industria, agricultura, investigación, exportación e importación. En este periodo se ha realizado:

- 262 autorizaciones (operación, construcción, importación, exportación, modificación, servicios técnicos) emitidas a prácticas con equipos y fuentes radiactivas.
- 180 inspecciones a instalaciones relevantes que realizan prácticas con fuentes radiactivas médicas e industriales (braquiterapia, teleterapia, medicina nuclear, radiología convencional, mamografía, tomografía computarizada, inter-

vencionismo, fluoroscopia, densímetros nucleares, 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, pacientes y público, verificando el cumplimiento de la normativa y requerimientos de seguridad.

Igualmente, la Unidad Reguladora de Radiaciones Ionizantes realiza periódicamente talleres para el fortalecimiento de la cultura de seguridad radiológica, con el objetivo de intercambiar conocimientos y experiencias sobre protección radiológica, calidad diagnóstica y seguridad física de las fuentes radiactivas:

- Taller sobre protección radiológica en radiología digital;
- Taller sobre protección radiológica en medicina nuclear;
- Taller sobre planes de seguridad para la protección física de fuentes radiactivas.

En este periodo se procedió al almacenamiento en condiciones de seguridad radiológica y física de 31 fuentes radiactivas de Cesio-137 en desuso, que fueron utilizadas en la práctica de braquiterapia de baja tasa de dosis en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

CONTROL DE CALIDAD DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Como uno de los ejes fundamentales de la Política Nacional de Medicamentos, la Dirección de Tecnologías Sanitarias ha realizado esfuerzos para verificar la calidad de los medicamentos que se adquieren en las compras centralizadas y locales. En el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2015 se muestrearon y analizaron 2341 lotes de medicamentos e insumos médicos, para lo que se efectuaron 6198 determinaciones físico-químicas y 6991 determinaciones microbiológicas.

Para garantizar la transparencia y capacidad técnica del laboratorio de control de calidad del MINSAL se sometió y aprobó la primera auditoría de vigilancia para el mantenimiento de la acreditación, según la norma ISO/IEC 17025:05 aplicada por personal técnico del OSARTEC, que es parte del Sistema Nacional de Calidad. Este mismo organismo está apoyando al laboratorio para adaptar el sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO/IEC

17025:2005 a la 17020:2012 para acreditar al área de inspección y muestreo.

Se pusieron en práctica recomendaciones para solventar deficiencias e incumplimiento a las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), detectados en almacenes y farmacias de los establecimientos de salud del MINSAL, lo que incluyó capacitación al personal de almacén de las regiones, hospitales nacionales y personal de la Farmacia Especializada Metropolitana.

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

El concepto de Farmacias Especializadas del MINSAL nace del compromiso presidencial de responder a la demanda poblacional de procurar calidad y satisfacción a los usuarios de las farmacias públicas que adolecen de enfermedades crónicas no transmisibles. La iniciativa nace en el Hospital Nacional Rosales y se fundamenta en la dispensación oportuna de medicamentos acompañada de las indicaciones y servicios de atención farmacéutica de calidad; las Farmacias Especializadas tienen como propósito facilitar la dispensación de medicamentos repetitivos de forma pertinente, oportuna y gratuita a los usuarios que se encuentran en condición estable y que provienen de la consulta externa de los hospitales adoleciendo de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedades tiroideas, síndrome convulsivo, entre otras.

El área de consulta externa del Hospital Nacional Rosales atiende una importante cantidad de pacientes con estas enfermedades. A estos pacientes se les dispensaba los medicamentos mediante receta repetitiva, por lo que debían acudir al hospital periódicamente a esperar en largas y lentas filas desde horas muy tempranas para recibir sus medicamentos, situación que se traducía en insatisfacción de los usuarios y aglomeración de pacientes en los pasillos del hospital.

El presidente de la República inauguró en septiembre de 2014 la primera Farmacia Especializada para pacientes con enfermedades crónicas, que requirió una inversión de US\$ 1 488 776.39.

Durante 2015 la Farmacia Especializada de San Salvador aumentó su producción de forma constante, pasando de un promedio de 3950 atenciones en el primer trimestre a 5475 atenciones en el último trimestre del año. Para 2016 esta producción está

siendo superada con un promedio de 5945 atenciones mensuales en el primer trimestre, 50.5 % más con referencia al promedio del primer trimestre del año anterior.

Estas farmacias han innovado en diferentes aspectos:

- Atención especializada, consejería y educación sencilla y comprensible dirigida al usuario sobre las propiedades del medicamento, los efectos esperados, los efectos secundarios y su tratamiento inmediato.
- Adhesión continua al tratamiento para la recuperación y la estabilización del padecimiento crónico para mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones y hospitalizaciones frecuentes.
- Atención por especialistas en química y farmacia debidamente capacitados para brindar un servicio de calidad.

La implementación de la farmacia especializada ha tenido diversos impactos positivos, particularmente en la satisfacción de los usuarios, pero también generando pautas para la desburocratización. Algunos de estos impactos son:

- Reducción de los tiempos de entrega (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 especializados (Rosales, Bloom y Maternidad).
- Información personalizada al usuario respecto a sus medicamentos.
- Adherencia incrementada al tratamiento, facilitando la recuperación y estabilización del paciente.
- Control efectivo de los inventarios de medicamentos.
- Distribución gratuita del 100 % de los medicamentos específicos para enfermedades crónicas degenerativas.
- Reducción del costo del servicio a usuarios con enfermedades crónicas.

Es por todo esto que el concepto de Farmacias Especializadas se ha extrapolado en una segunda fase implementada en mayo de 2016 para atender y brindar servicios especializados en San Miguel y Santa Ana con una inversión de US\$ 239 818.39 y US\$ 291 339.82, respectivamente, para adecuar la



Control de niño sano en una UCSF del Minsal.

infraestructura y equiparla, garantizando un servicio seguro y agradable, brindado por 34 personas (17 en cada farmacia) que ya han sido capacitadas y han asumido un compromiso de excelencia para la prestación de los servicios de atención farmacéutica.

VACUNAS Y PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE ELIMINACIÓN DE SARAMPIÓN/RUBEOLA

El fortalecimiento del Programa Nacional de Vacunación en el marco de la Reforma de Salud ha permitido tener uno de los Cuadros Básicos de Vacunación más completos de la región, reportando coberturas útiles arriba de 90 %. Como parte importante de este esfuerzo, El Salvador ha iniciado su proceso de certificación de la eliminación de sarampión/rubeola y

certificación de la erradicación del virus de la poliomielitis, realizando las siguientes acciones:

1. Capacitación en la reorientación del programa de vacunas dirigida a jefes de los servicios de pediatría y epidemiólogos de los 30 hospitales nacionales y del ISSS.
2. Coordinación con actores clave, como la Asociación de Pediatría de El Salvador, la Asociación de Pediatría de Oriente y Occidente y el Colegio Médico de El Salvador, para implementar acciones de detección y notificación de casos de enfermedades febriles eruptivas atendidas en los consultorios privados.
3. Capacitación al personal médico del Hospital Nacional Especializado de Niños Benjamín Bloom, relacionadas al Esquema Nacional de Vacunación y a los procesos de certificación de la erradicación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola con-

génita y certificación de la erradicación del virus de la poliomielitis.

4. Desarrollo de un simulacro de abordaje de un brote de sarampión (caso importado) en el municipio de San Luis Talpa, departamento de La Paz, con la participación de miembros de la Comisión Nacional de Verificación para la Erradicación de Sarampión, participando personal del nivel central, del nivel regional, de SIBASI y nivel local.
5. Capacitación para la vigilancia y el control de brote de sarampión y rubéola a los equipos de respuesta rápida de nivel regional.
6. Acciones encaminadas al proceso de certificación de erradicación de la poliomielitis:
 - Organización del Comité Nacional para la verificación de la erradicación de polio virus y organización del Comité Técnico Nacional y Regional.
 - Introducción de la vacuna IPV (vacuna inactivada contra la poliomielitis) al Esquema Nacional de Vacunación como primera dosis a partir del 28 de abril de 2016.
 - Capacitación a más de 2000 personas técnico-operativas del MINSAL y del ISSS sobre la introducción de la vacuna IPV.
 - Coordinación con los 30 epidemiólogos de hospitales y los 5 epidemiólogos regionales para la vigilancia de parálisis flácida aguda.
 - Validación con el Comité Nacional, la Comisión Técnica de Erradicación de Poliomielitis y la Dirección de Primer Nivel de Atención sobre el Plan del Switch (cambio de vacuna OPVt a OPVb), Informe Preliminar para la certificación del virus de la poliomielitis.
 - Levantamiento de encuestas sobre contención del virus de la poliomielitis en laboratorios nacionales (190) y en ISSS (21) y construcción del Informe Preliminar

para la certificación del virus de la poliomielitis.

Tabla 1. Coberturas de vacunación, año 2015

Vacuna	Dosis aplicadas	Cobertura
BCG	116 545	100 %
Hepatitis B	84 648	76 %
3.ª dosis de OPV	103 086	92 %
3.ª dosis de Pentavalente	102 195	91 %
2.ª dosis de Rotavirus	103 851	93 %
2.ª dosis de Neumococo	114 280	100 %
SPR 1 dosis	106 423	95 %
Neumococo 1.º refuerzo	109 358	98 %
Pentavalente 1.º refuerzo	103 087	92 %
OPV 1.º refuerzo	105 158	94 %
SPR 2.ª dosis	98 838	88 %
DPT	84 743	75 %
OPV 2.º refuerzo	97 569	86 %
Tdpa (embarazadas)	90 675	75 %
Influenza (embarazadas)	86 991	72 %

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

Estas coberturas son el resultado de los esfuerzos de los equipos de salud de los diferentes niveles, que realizaron distintas estrategias de búsqueda de personas con esquemas incompletos o no vacunadas; de la “Semana de Vacunación de las Américas” (SVA), celebrada en El Salvador el 29 de abril de 2016, denominada “¡Vamos por el oro! ¡Vacúnate!”, con la que arrancan los tres meses dedicados a la 14.ª semana de la vacunación de las Américas. Además se realizó la campaña de vacunación contra la influenza dirigida a grupos de riesgo (niños menores de 3 años, personal de salud y embarazadas).

CAPÍTULO 2 FORTALECIENDO LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

MINISTERIO DE S

WWW.SALUD.GOB.SV



«La Autoridad Sanitaria Nacional, es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Los ministerios desalud son las organizaciones públicas depositarias de la autoridad sanitaria y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial».

OMS, Perfil de los sistemas de salud 2006.



Cooperación brasileña para la red de establecimientos y desarrollo de recursos humanos.

MINISTERIO DE SALUD

CONFIGURANDO UN MARCO LEGAL QUE ASEGURE Y SOSTENGA LOS LOGROS DE LA REFORMA DE SALUD



Consultas regionales para la formulación de la Política Nacional de Salud, 2015.

Para garantizar estándares de eficiencia, eficacia y calidad en toda la normativa técnica y que esta sea armónica y con énfasis en los logros de la Reforma de Salud, el MINSAL cuenta con la Dirección de Regulación y Legislación en Salud (DRLS). Esta instancia es responsable de la coordinación y facilitación de instrumentos técnico-jurídicos (ITJ), entre los cuales se pueden mencionar proyectos de ley, reglamentos, políticas públicas en salud, normativa técnica sanitaria, manuales de organización y procedimientos, guías clínicas y lineamientos técnicos. La DRLS es, a la vez, la instancia delegada por el MINSAL para garantizar y materializar el ejercicio pleno del derecho de participación intersectorial e interinstitucional en el proceso de formulación de políticas y sus herramientas, convocando a los sectores y actores primordiales en el proceso de elaboración de los ITJ.

En el periodo que se informa, la DRLS ha coordinado el proceso de elaboración, hasta su oficialización, de 43 ITJ (tabla 1), cada uno de ellos disponibles en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria¹. A continuación se ejemplifica la construcción de los ITJ, describiendo el proceso de formulación de uno de estos documentos en cada categoría de ITJ.

POLÍTICAS

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

La nueva Política Nacional de Salud responde fundamentalmente a un contexto radicalmente diferente al encontrado en 2009, precisamente como resultado de los efectos positivos generados por la implantación de la Reforma de Salud.

Entre los elementos del contexto y del sistema de salud que han sido impactados por las acciones de la reforma destacan: mejoría notable en la situación de salud, el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y del desarrollo de recursos humanos, la suspensión de las “cuotas voluntarias” en los establecimientos públicos de salud, el cambio del modelo de atención asistencialista a un enfoque de derechos humanos y de atención integral, la transición de un modelo de gestión por niveles de atención aislados a un modelo de gestión en redes integrales e integradas de salud, el desplazamiento de equipos comunitarios de salud en las zonas más excluidas geográfica y económicamente, la accesibilidad y asequibilidad a medicamentos esenciales, el desarrollo de un revolucionario sistema de vigilancia sanitaria basado en un potente Sistema Único de Información en Salud (SUIS), una deliberada y agresiva inclusión de amplios sectores tradicionalmente marginados que ha permitido trascender en el análisis, apertura de espacios, contenidos y mecanismos para una real participación social.

Estos logros han sido reconocidos tanto por la población salvadoreña como por representantes de organismos internacionales especializados en salud, como la doctora Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien en septiembre de 2014 declaró estar impresionada por “la implementación de buena calidad y [por] cómo la Reforma de Salud ha mejorado el acceso y la cobertura universal de la salud, con muy buenos

resultados”.² Por tanto, y siguiendo la directriz de la CEPAL respecto de actualizar una política pública si esta da buenos resultados en su implementación, este gobierno se planteó actualizar la política para profundizar los elementos exitosos e incorporar aquellos derivados del nuevo contexto de logros.

El MINSAL, en cumplimiento del mandato constitucional (Art. 65, Inc. 2) respecto de establecer la Política Nacional de Salud, precepto reafirmado por el Código de Salud (Art. 40) y el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo (Art. 42 número 1), determinó impulsar el proceso de actualización de la política; sin embargo, su formulación no solo atiende un mandato legal o recomendaciones internacionales, responde más bien a un proceso de amplia participación social que demanda salud para toda la población.

Para la discusión de esta nueva política se desarrollaron talleres de consultas regionales y sectoriales en todo el territorio nacional en los que participaron más de 1100 actores relevantes, entre ellos líderes comunitarios, personal que labora en el sector salud, alcaldes de los diferentes partidos políticos, gobernadores departamentales, organizaciones no gubernamentales, instituciones de Gobierno, organismos internacionales de cooperación técnica y financiera, universidades, institutos especializados, empresas privadas, colegios de profesionales, sindicatos, gremios, juntas de vigilancia de profesionales de la salud, veteranos de guerra, ambientalistas, personas discapacitadas, cuerpos de socorro, así como la valiosa representación del Foro Nacional de Salud. Este proceso de amplia consulta generó iniciativas adicionales de organizaciones gremiales, sindicales y empresariales para sistematizar y enriquecer aún más sus aportes a la Política Nacional de Salud. Por otra parte, se recibieron aportes en línea por medio del sitio web institucional (<http://www.salud.gob.sv>) como medida para eliminar barreras geográficas y otras limitaciones que algunos actores tuvieron para acudir a los eventos territoriales.

En el diseño metodológico de la actualización se nombró un Comité Técnico ministerial, encargado de dar seguimiento a la dinamización del proceso de construcción participativa del documento base y de

1. <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

2. Jovel, K. (2016). Organización Panamericana de la Salud reconoce logros de la reforma de salud en El Salvador. [online] Paho.org. Available at: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=944:organizacion-panamericana-de-la-salud-reconoce-logros-de-la-reforma-de-salud-en-el-salvador&Itemid=291 [Accessed 19 Apr. 2016]

los diferentes borradores hasta culminar el documento definitivo de política. Se conformó además un Comité Consultivo integrado por 50 representantes de diversos sectores sociales: movimiento social, Foro Nacional de Salud, instituciones del SNS, instituciones formadoras de talento humano, empresa privada, agencias de cooperación y organizaciones no gubernamentales, el MINSAL y otras instituciones de Gobierno. Este comité tuvo la misión de garantizar que los diferentes aportes fueran incorporados en los sucesivos borradores, es decir, que el documento base se fuera enriqueciendo con los aportes de las consultas territoriales y sectoriales.

La nueva Política Nacional de Salud debe cumplir el propósito de garantizar el derecho a la salud de todas las personas por medio de un Sistema Nacional de Salud integrado, robusto, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, para sumar esfuerzos hacia la cobertura y el acceso universales de salud, con un abordaje de determinación social y de identificación de las inequidades en salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención integral y la rehabilitación. El documento integra y actualiza los ejes que desarrollaron la política anterior e incorpora dos: 1) salud ambiental y 2) violencia y salud, con lo cual se conforma de 10 ejes estratégicos.

POLÍTICA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

Esta política se basa en el *Diagnóstico situacional del cáncer en El Salvador* (2015), que reconoce esta enfermedad como una de las que afectan cada vez con mayor frecuencia y de manera contundente a la población salvadoreña y una de las que generan mayor carga de morbilidad y mortalidad; vale recordar que el cáncer es la segunda causa de muerte en el país y el mundo.

La política establece que en las intervenciones de salud realizadas por el Sistema Nacional de Salud debe prestarse especial atención a las causas de la enfermedad y a su determinación social, es decir, que debe ponerse mayor énfasis en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud. Como toda política pública en salud, rescata y destaca la salud como derecho humano y social, conquista impostergable para el pueblo salvadoreño e indelegable para el Estado. Todo lo anterior, sin descuidar la detección y diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno, la rehabilitación, los cuida-

dos paliativos y la investigación en cáncer. Asimismo, otorga al MINSAL el papel de ente regulador y al Sistema Nacional de Salud (SNS) el ejercicio de la rectoría. Tanto el diagnóstico como la formulación de esta política siguieron un proceso participativo similar al descrito para la Política Nacional de Salud.

PLANES

El Plan estratégico nacional multisectorial para el control de la tuberculosis (TB) en El Salvador (2016-2020) identifica con un abordaje de determinación social, enfoque de derechos y equidad las metas y estrategias para controlar la tuberculosis en todos los ámbitos: nacional, departamental, municipal y comunitario, durante todo el ciclo de vida. Este plan es resultado de un diálogo nacional en el que participaron diversos sectores de gobierno, sociedad civil, personas afectadas, comunidad, proveedores, socios, cooperación externa; establece macroestrategias que deberán ejecutarse durante los próximos cinco años a fin de contribuir a la detección precoz de los casos y a la disminución de la mortalidad por tuberculosis y por la coinfección TB-VIH.

ESTRATEGIAS

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC/CC) PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN EL ABORDAJE DEL DENGUE, CHIKUNGUÑA Y ZIKA

El objetivo de la estrategia IEC/CC para el abordaje del dengue, chikunguña y zika es facilitar al personal de las RIISS y del SNS las actividades de prevención y control integral con participación social e intersectorial, tomando en cuenta su determinación social. La IEC/CC proporciona las herramientas técnicas para el diseño de planes operativos a implementar en los ámbitos personal, familiar y comunitario, en las áreas urbana y rural y en todos los ámbitos de la RIISS, así como la corresponsabilidad, el compromiso social y la sostenibilidad financiera.

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN SALUD BUCAL

El documento describe los procesos sistemáticos para la promoción de comportamientos saludables que contribuyen al buen estado de salud bucodental



Ministra de salud en la consulta de la Política para la Prevención y Control del Cáncer.

que pueden ser adaptados y adoptados según el perfil epidemiológico local, las prioridades de salud, el talento humano, los recursos materiales y financieros disponibles y las características de cada una de las instituciones que conforman el SNS y que integran el Comité Interinstitucional de Salud Bucal (CISB).

LEYES

Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana.

El presidente de la nación, haciendo uso de su iniciativa de ley, presentó por medio del MINSAL a la Asamblea Legislativa el anteproyecto de *Ley de respuesta integral a la epidemia del VIH*. Este nuevo proyecto tiene por objetivo la promoción y protección de los derechos humanos relativos al VIH y el desarrollo de políticas que garanticen la prevención, atención integral y control de la infección im-

plementando estrategias de coordinación interinstitucionales en diferentes ámbitos.

Esta nueva propuesta se hace para responder al estado actual de la epidemia radicalmente modificada por 15 años de trabajo intersectorial y 6 años de reforma que demandan nuevos enfoques y acciones para continuar avanzando en el control de la epidemia.

La actual *Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana* se enfoca eminentemente en el sector salud y hacia las personas con VIH. Esta ley no determina responsabilidades a otras instituciones y sectores del país ni a la población en general. Su objetivo específico no responde al enfoque de derechos fomentado, tanto por el actual gobierno como por los tratados y convenciones ratificados por El Salvador, ya que el abordaje de la epidemia requiere ser integral y demanda una intervención equitativa de parte de todos los sectores del país.

REGLAMENTOS

REGLAMENTO DE LA LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Este reglamento tiene por objeto desarrollar lo dispuesto en la ley, estableciendo las medidas necesarias

para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y la lactancia prolongada hasta los dos años, asegurando los beneficios y el aporte indispensable para la nutrición, crecimiento y desarrollo integral del lactante, e igualmente establecer la normativa necesaria para la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

Tabla 1. Listado de ITJ elaborados en el periodo que se informa, adicionalmente a los cinco anteriormente ejemplificados

N.º	Categoría / Nombre del ITJ	Objeto del instrumento	Rubro de actuación
Proyectos de ley			
1	Anteproyecto de <i>Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana.</i>	Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto la promoción y protección de los Derechos Humanos relativos al VIH y el desarrollo de políticas que garanticen a los habitantes de la república la prevención, la atención integral y el control de la infección causada por el VIH, tanto en el sector público como privado, mediante la implementación de estrategias de coordinación interinstitucional, en los ámbitos educativo, laboral, penitenciario, salud e investigación.	VIH
2	Anteproyecto de Decreto Legislativo de Creación de la Comisión Nacional de Respuesta Integral al VIH.	CONAVIH será la entidad rectora del Sistema de Protección Integral ante el VIH y, como tal, velará por el cumplimiento, aplicación y evaluación de la <i>Ley de respuesta integral a la epidemia del VIH.</i>	VIH
3	Aportes al anteproyecto de <i>Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.</i>	Establece los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, así como de los prestadores, definiendo su régimen sancionatorio.	Derecho a la salud
Reglamentos			
4	Reglamento de la <i>Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.</i>	Desarrollar lo dispuesto en la ley correspondiente, estableciendo las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y la lactancia prolongada hasta los dos años, asegurando los beneficios y el aporte indispensable para la nutrición, el crecimiento y el desarrollo integral del lactante.	Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna
5	Reglamento de la <i>Ley para el control del tabaco.</i>	Desarrollar las disposiciones y procedimientos de la ley correspondiente, con el fin de proteger la salud de la persona, la familia y la comunidad de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo del tabaco.	Prevención y control del consumo del tabaco y de la exposición al humo del tabaco
Reglamentos técnicos salvadoreños			
6	Reglamento técnico salvadoreño 13.02.04:14 Vigilancia sanitaria de piscinas y balnearios	Establecer los requisitos sanitarios para la instalación y funcionamiento de piscinas públicas y privadas de uso colectivo, con o sin sistema de recirculación y de balnearios.	Saneamiento ambiental
7	Reglamento técnico salvadoreño 13.03.01:14 Manejo de los desechos bioinfecciosos.	Establecer los requisitos sanitarios que se deben cumplir para el manejo de los desechos bioinfecciosos a nivel nacional.	Saneamiento ambiental

El contexto de salud es radicalmente distinto y en virtud de ello su normativa ha sido superada por una realidad que ya no responde a los supuestos legislativos plasmados en sus leyes habilitantes. La creación de los Ecos, la superación de los cobros en el sistema público, la modernización hospitalaria, la creación y actuación de la DNM, el nuevo modelo integrado del sistema nacional, el enfoque para el desarrollo de los RRHHS, demandan una profunda actualización de todo o de gran parte del marco legal vigente.

N.º	Categoría / Nombre del ITJ	Objeto del instrumento	Rubro de actuación
Proyectos de ley			
Normativa técnica sanitaria			
8	Norma técnica para la gestión segura de desechos radiactivos.	Establecer la regulación técnica sanitaria y requisitos relativos a cada una de las etapas de la gestión de los desechos radiactivos, garantizando la protección y seguridad de las personas, los bienes y el medio ambiente de los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes.	Regulación y protección radiológica
Manuales de organización y funcionamiento			
9	Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez" de Chalatenango, de fecha 1 de julio de 2015.	Establecer la estructura orgánica del hospital, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
10	Manual de Organización y Funciones de la Unidad de Nutrición, de fecha 28 de julio de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la unidad, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
11	Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, de fecha 31 de julio de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la dirección, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
12	Manual de Organización y Funciones de la Unidad de Editorial, de fecha 14 de agosto de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la Dirección, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
13	Manual de Organización y Funciones de la Unidad de Género, del 19 de agosto de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la Unidad, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
14	Manual de Organización y Funciones de la Unidad Financiera Institucional, del 20 de agosto de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la Unidad, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
15	Manual de Organización y Funciones de la Región de Salud, del 26 de agosto de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la región, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional

N.º	Categoría / Nombre del ITJ	Objeto del instrumento	Rubro de actuación
Proyectos de ley			
16	Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Tecnologías Sanitarias, del 2 de octubre de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la dirección, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
17	Manual de Organización y Funciones de la Unidad por el Derecho a la Salud, del 30 de octubre de 2015.	Establecer la estructura orgánica de la dirección, delimitando su dependencia jerárquica, funcionamiento y relaciones de trabajo.	Organización institucional
Manuales de procedimiento			
18	Manual de procedimientos para emisión de dictamen para el manejo y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas, del 21 de agosto de 2015.	Definir los procedimientos para que el MINSAL emita su dictamen referente al manejo y almacenamiento de las sustancias químicas peligrosas.	Funcionamiento institucional
Guías clínicas			
19	Guía clínica para la atención odontológica de la niñez con enfermedades sistémicas y congénitas.	Unificar las disposiciones para la prestación de los servicios de atención estomatológica, tanto preventivos como curativos, a la población infantil con enfermedades sistémicas y congénitas en establecimientos del tercer nivel de atención.	Salud bucal
Lineamientos técnicos			
20	Lineamientos técnicos para el desarrollo de la epidemiología hospitalaria.	Establecer la estandarización del desarrollo de la vigilancia epidemiológica en los diferentes hospitales del Ministerio de Salud.	Vigilancia de la salud
21	Lineamientos técnicos para la implementación del código rojo.	Establecer las orientaciones que permitan dar respuesta de forma rápida y oportuna a las mujeres que presenten complicaciones por hemorragia durante el período posparto con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna en El Salvador.	Reducción de la mortalidad materna
22	Lineamientos técnicos para la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.	Proporcionar las directrices para la ejecución de las acciones del personal de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacuna establecidas en el Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones.	Vacunación e inmunización
23	Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico-uterino y de mama.	Establecer las disposiciones a cumplir para el abordaje integral de la prevención y control del cáncer cérvico-uterino y de mama en las redes integrales e integradas de servicios de salud, con eficiencia y eficacia, en beneficio de la población salvadoreña.	Prevención y control del cáncer cérvico-uterino y de mama
24	Lineamientos técnicos para prevención y control de la tuberculosis.	Proporcionar a todos los proveedores de servicios del Sistema Nacional de Salud las directrices que faciliten la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de tuberculosis y de los contactos, tanto a las personas que demanden atención en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, como a nivel comunitario y población en general, para contribuir en la disminución de la morbilidad.	Prevención y control de la tuberculosis
25	Lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y contención de resistencia bacteriana a los antimicrobianos.	Establecer las disposiciones que el personal de salud debe cumplir para la prevención, vigilancia y contención de la resistencia bacteriana a los antimicrobianos en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).	Prevención y control de la resistencia bacteriana

N.º	Categoría / Nombre del ITJ	Objeto del instrumento	Rubro de actuación
Proyectos de ley			
26	Lineamientos técnicos de tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito.	Definir las directrices para la realización del tamizaje en los neonatos en los establecimientos que conforman la RIISS, para detectar oportunamente el hipotiroidismo congénito e iniciar un tratamiento temprano e integral, que prevenga la discapacidad irreversible que ocasiona.	Reducción de mortalidad infantil
27	Lineamientos técnicos para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.	Definir las medidas orientadas a la prevención de riesgos para el paciente y el personal de salud de contraer las infecciones asociadas a la atención sanitaria en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.	Prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria
28	Lineamientos técnicos para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis por microscopía directa.	Establecer los criterios estandarizados para la realización de baciloscopías por el método de Ziehl Neelsen, utilizado en los laboratorios clínicos de las RIISS, a fin de contribuir al diagnóstico, control y tratamiento oportuno de la tuberculosis.	Prevención y control de la tuberculosis
29	Lineamientos técnicos para el desarrollo de círculos educativos con adolescentes embarazadas.	Establecer las directrices para la organización de los “Círculos educativos para adolescentes embarazadas” para que conozcan y se apropien de sus derechos, construyan un plan de vida y tomen decisiones responsables e independientes en relación a su cuerpo y maternidad.	Atención integral en salud de adolescentes
30	Lineamientos técnicos para la administración del activo fijo	Establecer los procedimientos a aplicar por el MINSAL para la administración del activo fijo institucional.	Funcionamiento institucional
31	Lineamientos técnicos para las buenas prácticas de almacenamiento y gestión de suministros en almacenes del Ministerio de Salud.	Establecer los procedimientos a aplicar en los almacenes del MINSAL para una adecuada y eficaz gestión de los suministros institucionales.	Funcionamiento institucional
32	Lineamientos técnicos para prevención y control de la lepra.	Proporcionar al personal de salud las disposiciones técnicas y de atención en salud que faciliten la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de los casos y contactos de la lepra.	Prevención y control de la lepra
33	Lineamientos técnicos para la evaluación de resultados en salud en las RIISS.	Fortalecer la integración y funcionamiento de las RIISS a través de la implementación de un sistema participativo de evaluación de resultados.	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
34	Lineamientos técnicos para la casa del agua saludable Ne Cal At Yejc.	Proporcionar al personal de las RIISS los materiales educativos que les permitan desarrollar las actividades relacionadas con el agua, saneamiento básico y promoción de la higiene, con la finalidad de propiciar, con la participación social e intersectorial, la creación de espacios familiares y comunitarios saludables.	Saneamiento ambiental
Políticas públicas en salud			
35	Política Nacional de Salud		Salud
36	La Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer.	Establecer las intervenciones requeridas para la prevención y control del cáncer para disminuir la carga de la enfermedad en la población salvadoreña y mejorar su calidad de vida, implementando intervenciones de promoción de la salud, prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación, cuidados paliativos e investigación.	Prevención y control del cáncer
Planes estratégicos			
37	Plan Estratégico 2014-2019, del 22 de septiembre de 2015.	Establecer las líneas estratégicas institucionales para el cumplimiento del derecho a la salud	Funcionamiento institucional

N.º	Categoría / Nombre del ITJ	Objeto del instrumento	Rubro de actuación
Proyectos de ley			
38	Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis en El Salvador 2016-2020.	Establecer retos, brechas programáticas, metas para la detección precoz de la tuberculosis, disminuir la mortalidad e iniciar el proceso de control avanzado de la tuberculosis como problema de salud pública en El Salvador, con el apoyo e involucramiento multisectorial.	Prevención y control de la tuberculosis
Estrategias			
39	Estrategia de información, educación y comunicación para el abordaje del dengue, chikunguña y zika.	Establecer las líneas de acción para la prevención y control integral con participación social e intersectorial, tomando en cuenta su determinación social y ambiental, para la prevención de estas enfermedades transmitidas por vectores.	Prevención del dengue, chikunguña y zika
40	Estrategia de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento en salud bucal.	Definir las acciones de información, educación y comunicación para el cambio de comportamientos en salud bucal, que faciliten al personal de salud de las instituciones que conforman el Comité Intersectorial de Salud Bucal, el desarrollo de actividades que contribuyan a los cambios de comportamiento en la población, incidiendo en la mejora de la salud bucal.	Salud bucal
Acuerdos ministeriales			
41	Comisión Técnica de Tabaco: Constituida mediante Acuerdo Ministerial 1239, del 31 de agosto de 2015.	Conformar la Comisión asesora y de apoyo sobre las situaciones que puedan surgir de la aplicación de la <i>Ley para el control del tabaco</i> .	Prevención y control del consumo del tabaco y de la exposición al humo del tabaco
42	Comisión Nacional para el Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias, Constituida mediante Acuerdo Ministerial 1418, del 1 de octubre de 2015.	Creación de la comisión encargada de asesorar y apoyar sobre el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias dentro del MINSAL.	Tecnologías Sanitarias
43	Acuerdo 1777 Bis, del 2 de diciembre de 2015, mediante el cual se prohíbe la visita médica a establecimientos de salud de la red perteneciente al Ministerio de Salud. De igual forma, recomienda a los miembros del Sistema Nacional de Salud, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, establecer la mencionada prohibición dentro de sus establecimientos.	Acuerdo mediante el cual se prohíbe la visita médica en los establecimientos del MINSAL.	Derecho a la salud

Fuente: MINSAL/ Dirección de Regulación y Legislación en Salud.

El marco regulatorio de la salud era ya anacrónico previo a la implementación de la Reforma de Salud; sin embargo, nuevas leyes han sido aprobadas en materia de derechos y deberes: control del tabaco, alcoholes, salud ambiental, vacunas, lactancia materna. Ello evidencia la dispersión normativa sanitaria, pese a la existencia de una codificación sanitaria, lo que es un hecho jurídico contradictorio que por sí solo evidencia la necesidad de emprender un proceso de reformas sustanciales a todo el andamiaje legal nacional en materia de salud. Sin embargo, el proceso de actualización emprendido no es por simple exquisitez jurídica, sino que los avances en el proceso de reforma de salud demandan certeza jurídica. Un sistema de salud público ahora estratégicamente fortalecido y en armonía con los principios de gratuidad, solidaridad, transparencia, equidad, compromiso, participación social, intersectorialidad y universalidad, pero además funcionando mediante redes integradas e integrales de salud, no puede seguir avanzando con amarras legales que le imposibilitan un mayor y continuo fortalecimiento.

REGLAMENTO DE LA LEY PARA EL CONTROL DEL TABACO

Su propósito es desarrollar las disposiciones y procedimientos de la *Ley para el control del tabaco*, así como su correcta aplicación en coherencia con lo establecido en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, con el fin de proteger la salud de la persona, la familia y la comunidad de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo del tabaco.

Dicho reglamento desarrolla los procedimientos y define los mecanismos necesarios para regular lo referente a la importación, promoción, publicidad, patrocinio, comercialización, consumo del tabaco, sus productos y derivados, así como la protección contra la exposición al humo del tabaco.

ACTUALIZACIÓN DE LA LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD

Como un elemento de sostenibilidad jurídica a los cambios generados por el proceso de Reforma de Salud, el MINSAL, con apoyo de la OPS, se encuentra desarrollando una serie de talleres sobre los ajustes necesarios que requiere el marco jurídico en salud, en coherencia con la resolución CD54/14 “Estrategia sobre legislación relacionada con la salud” de la 67.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (octubre 2015), cuya visión es que los Estados miembros cuenten con marcos jurídicos y

reglamentarios adecuados y fortalecidos para promover la salud desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr.

El MINSAL ha iniciado la revisión de la Ley del Sistema Nacional de Salud y La Ley del Sistema Básico de Salud Integral con apoyo de especialistas de OPS, teniendo como actores de primer orden a los departamentos y unidades jurídicas de cada una de las distintas instituciones que integran el SNS. Además, han participado los titulares del ramo, trabajadores en salud, directores regionales y los referentes del SIBASI, universidades, Consejo Superior de Salud Pública y Foro Nacional de Salud.

Uno de los ámbitos en los que se ha profundizado es el relacionado a los diferentes campos del talento humano: educación, ejercicio profesional y trabajo en salud. La docencia pública y privada de educación superior requiere actualización de su currícula y coordinación para los espacios de aprendizaje.

Un proceso de discusión intrasectorial e intersectorial como el planteado no solo producirá propuestas de alto valor técnico en cuanto a la dogmática jurídica, su estructura orgánica y procedimental, sino también robustecerá de legitimidad dichas propuestas para facilitar su aprobación e implementación, pues se tiene como horizonte único la salud como bien común y derecho humano fundamental para las presentes y futuras generaciones.

A LA VANGUARDIA EN INTELIGENCIA SANITARIA



Módulo de imagenología digital del SIAP/SUIS, Hospital Nacional San Rafael.

SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD (SUIS)

El SUIS constituye un elemento catalizador de la innovación y actualización permanente para sí y para el resto de actores del Sistema de Salud y su red de servicios. Es una herramienta fundamental para la vinculación y el desarrollo de los otros ejes estratégicos de la Reforma de Salud y del Sistema Nacional de Salud (SNS) en su conjunto, y es objeto, igualmente, de una creciente atención a través de delegaciones interesadas en conocerlo, procedentes de los países vecinos y del resto de la región latinoamericana.

En la medida en que el proceso de reforma se profundiza, la implementación de los diferentes módulos del SUIS se ha acelerado, especialmente en el periodo 2015-2016, fundamentalmente en aquellos relacionados con la atención de las personas que usan nuestros servicios con el fin de incrementar la calidad y oportunidad provista.

El carácter transversal de este eje de la Reforma de Salud se ha seguido enfatizando sin perder de vista la función esencial que desempeña en la mejora de la eficiencia administrativa de la institución, pues es gracias al uso apropiado de tecnologías de información y las comunicaciones (TIC) que se ha multiplicado la capacidad de nuestro trabajo sin afectar significativamente el presupuesto disponible.

Esto hace del SUIS es una herramienta estremadamente útil, crítica e imprescindible para la vinculación y el desarrollo de los otros ejes estratégicos de la Reforma de Salud y del SNS en su conjunto. Asimismo, dados sus alcances, bajos costos y perspectivas de sostenibilidad y términos de licenciamiento libres y gratuitos, nos permite compartirlo solidariamente con otros actores de la Reforma de Salud e instituciones públicas nacionales e internacionales.



«El Salvador, Brasil y México cuentan con los mejores sistemas de vigilancia sanitaria de la región».

Dra. Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud. Visita de preparación y respuesta ante el virus del Ébola, El Salvador, 17-10-2014.

«Vamos a aprender de la experiencia de El Salvador para utilizarlo como ejemplo para otros países frente al zika, un virus nuevo que presenta desafíos para todos».

Dr. Carlos Roberto Garzón, representante de OPS/OMS en El Salvador.



«Queremos destacar que se cuenta con un sistema de información unificado basado en software libre que integra varios subsistemas y es accesible a diferentes niveles. Asimismo, la presencia de un buen sistema de vigilancia, integrado, de cobertura universal, que ha permitido detectar oportunamente la ocurrencia de casos. Gracias a ello la información se comparte de manera transparente y se utiliza en la toma de decisiones; por ejemplo, en la definición de alertas estratificadas para los 262 municipios que se articulan con el Sistema Nacional de Protección Civil».

Dra. Ximena Aguilera, jefa de Misión Internacional de OPS/OMS a las Américas, preparación y respuesta nacional ante las complicaciones del zika. 10-03-2016.

«Nos encontramos impresionados por el nivel tan sofisticado de análisis estadístico y epidemiológico que han desarrollado para estratificar y posicionar geográficamente sus áreas de intervención para las arbovirosis».

Alice Payne Merrit MPH, directora de Programas, Universidad John Hopkins, EE. UU., misión de expertos sobre virus zika en El Salvador. 18-03-2016.



«Quiero hacer un reconocimiento especial al MINSAL y su equipo técnico, primero por mantenernos informados cada semana con el Boletín Epidemiológico que nos envían, al igual que a otras muchas instituciones; luego quiero agradecer por tener plenamente identificado el problema (sobre dengue y chikunguña), por el nivel tan depurado de análisis, que integra fenómenos que parecen no estar relacionados, como las sequías —aunque ustedes han demostrado que sí lo están, con evidencia clara— y por traernos propuestas concretas para solucionarlos (alerta nacional estratificada y una segunda jornada nacional contra el dengue. No creo que otras carteras de Estado cuenten con este nivel de análisis ni de información). Nuevamente muchas gracias y felicidades».

Dra. Francia Brevé, representante propietaria de la Asociación Nacional de la Empresa Privada, Comisión Intersectorial de Salud Ejecutiva, 29-07-2015.

«Es impresionante el nivel de análisis que transmiten en su Boletín Semanal, definitivamente será una herramienta valiosa para el Pacific Disaster Center en la construcción de modelos matemáticos predictivos como los que ya realizan ustedes, que nos permitan tener una mejor comprensión de las epidemias y desastres naturales».

Todd Bosse, PhD, especialista en manejo de desastres, Pacific Disaster Center, Comando Sur de Estados Unidos, 05-10-2015.



TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD

Las TIC se concretan en una selección específica de equipamiento informático, redes de datos y software, los cuales deben ser cuidadosamente elegidos según el contexto en el que se aplican. En primer lugar, se considera la labor específica en la que se emplearán, que en nuestro caso consiste en la informatización de los datos relativos a la caracterización de la determinación social de la salud, la atención sanitaria y el apoyo a los procesos administrativos. En segundo lugar, debe tomarse en cuenta el contexto económico para la inversión inicial, así como la sostenibilidad y soberanía sobre dichas herramientas. Por tanto, con el fin de cumplir con los requisitos mencionados, el SUIS es y se basa en software libre, según el acuerdo ministerial 219 del 19 de marzo de 2010 y los lineamientos técnicos vigentes para el mantenimiento, administración y desarrollo de tecnologías de información y comunicaciones del MINSAL. Desde un punto de vista económico, al evitar la adquisición de licencias de software privativo se obtienen economías muy importantes que permiten al MINSAL incrementar con los mismos fondos hasta en un 40 % la adquisición de equipo informático. Igualmente, la soberanía en el desarrollo de nuestros propios módulos nos permite realizar con total independencia actualizaciones pertinentes al proceso de profundización de la reforma y para dar una respuesta ágil y eficaz ante necesidades emergentes.

En cuanto a resultados más relevantes en el segundo año de esta gestión podemos citar:

1. Con financiamiento del “Programa Integrado de Salud, PRIDES” (Proyecto de préstamo ES-L1027 de fondos BID) y del préstamo BIRF 8076 (Fondos Banco Mundial), se ha finalizado la adquisición del equipamiento de servidores para el respaldo de la plataforma informática del MINSAL.
2. Con la misma fuente se concluyó la remodelación y equipamiento del aula de capacitaciones en informática.
3. La reciente promulgación de la Ley de Firma Electrónica y el convenio establecido con el Registro Nacional de las Personas Naturales para la consulta directa de los datos del DUI de expediente clínico electrónico del SUIS brinda el sustento jurídico y técnico para la

conformación y operativización de nuevas potencialidades técnicas del SUIS de las que no hay antecedentes en la región:

- a. Inicio en el presente 2016 del expediente único electrónico.
- b. Desarrollo de recetas electrónicas.
- c. Geoposicionamiento de enfermedades y valiosa información que caracterizan la determinación social de las condiciones de vida, desarrollo y enfermedades que afectan a la población.
- d. Desarrollo integral del funcionamiento en redes.
- e. Interconexiones entre los diferentes ejes de la Reforma de Salud para la toma de decisiones.
- f. Implementación en tiempo real de un sofisticado sistema de costos de todas las intervenciones desarrolladas.

Todas estas innovaciones contribuirán adicionalmente a la toma oportuna y pertinente de decisiones a todo nivel y ámbitos, así como a una mejor atención en salud y uso más eficiente de los recursos. Gracias a la absorción del personal técnico informático a partir del año pasado, quedó plenamente garantizado el desarrollo y mantenimiento del innovador y vanguardista núcleo de software del SUIS, incluyendo la ampliación y creación de nuevas aplicaciones, la administración y monitoreo de servidores y telecomunicaciones, así como la provisión ágil y experta de las necesidades de soporte técnico, como capacitaciones, instalación y mantenimiento preventivo y correctivo a todo el equipamiento informático adquirido (llegando a 12 000 asistencias brindadas que supera en más de 1000 a las impartidas el año anterior). Igualmente se ha continuado la instalación de redes locales de datos en establecimientos sanitarios y dependencias administrativas (571 puntos en 2015, cuyos materiales son fundamentalmente financiados por el Fondo Global a través del Programa Nacional de Atención de ITS/VIH), así como la configuración de nuevo equipo de red con la protección física y eléctrica requerida en diferentes establecimientos sanitarios.

Otra iniciativa destacable consiste en la implementación de la ficha familiar georreferenciada en tabletas informáticas en 579 Ecos familiares, aplicación desarrollada por el personal de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC), cuyos prototipos en Rosario de Mora y San Jacinto, apoyados

por el equipamiento donado por UNICEF en el 2015, fueron totalmente exitosos y para lo cual se comenzó la distribución de casi 1800 tabletas procedentes de fondos Grant Japón, BIRF 8076, Salud Mesoamérica 2015, Fondos FOCAP y la donación de Huawei.

En cuanto a apoyos externos recibidos, ha continuado exitosamente la relación de apoyo mutuo establecida con la Escuela de Ingeniería de Sistemas Informáticos de la Universidad de El Salvador, aportando mediante trabajos de tesis de grado componentes del Sistema de Información de Salud Ambiental, el módulo de gestión de banco de sangre del SIAP y la aplicación de mapeo de actividades preventivas y de intervención de los Ecos familiares. También se destacan los primeros aportes de estudiantes de la Licenciatura en Informática de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), desarrollando las aplicaciones de mapa sanitario y gestión de inventario para los Ecos familiares, así como el sistema de gestión del Programa Editorial del MINSAL.

La conectividad entre establecimientos se ha seguido fortaleciendo en este año:

- a. 91 establecimientos adicionales en la intranet institucional, sumando 285 de un total de 813 establecimientos, casi el 40 % de establecimientos con enlace privado de ancho de banda mayor a 1 Mbps, mejorando de esta manera la velocidad de conexión, flujo y protección de datos.
- b. Inició el proceso de construcción de radiofrecuencia propia con fondos BIRF y autorización de la SIGET, que habilitará amplios anchos de banda para 17 establecimientos y dependencias del MINSAL en el área metropolitana y en nuestro sitio alterno de servidores (El Coyolito, Tejutla, Chalatenango).
- c. El programa de responsabilidad social de Telemóvil S. A. de C. V. proporcionó el enlace de respaldo para los 8 establecimientos más críticos del ministerio durante 2015, apoyo que continuará durante el presente año.

En cuanto a la implementación del SIAP, a abril de 2016, veintisiete de los treinta hospitales cuentan con el módulo de identificación del paciente, de los cuales veintidós tienen adicionalmente módulo de citas, trece cuentan con módulo de farmacia, uno posee módulo de laboratorio clínico y dos cuentan con 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 57 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) y la clínica de empleados, de las cuales doce ya tienen el módulo de citas, once poseen el módulo de laboratorio clínico, ocho cuentan con el módulo de farmacia y trece tienen la atención en la clínica de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual, estas últimas gracias al aporte de la iniciativa TEPHINET/CDC y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

En relación con la cualificación de recursos humanos, destacamos la consolidación de la plataforma de conferencias en línea en el marco del programa Telesalud, que en el último periodo tuvo en promedio una sesión cada 15 días, además de cubrir diferentes actividades educativas en formato de cursos, talleres y congresos.

En este periodo es destacable el esfuerzo hecho en el componente del SUIS del Sistema Integrado de Servicios de Salud Ambiental (SISAM), iniciando la implementación del Módulo de Registro de Empresas, realizando el desarrollo de Módulo de Registro Sanitario de Alimentos y Bebidas y complementando la migración de datos del sistema anterior, con la aportación de documentación digitalizada de 3700 expedientes de productos alimenticios y 435 expedientes de empresas de alcoholes, que será puesto en marcha tan pronto como se habilite la conexión con el Sistema de Importación y Exportación del Banco Central de Reserva y el pago en línea, previsto para inicios del segundo semestre de 2016. También se ha trabajado en la interconexión informática con el Sistema Regional para el reconocimiento sanitario de alimentos y bebidas, el cual entrará en funcionamiento en la medida en que los demás países concluyan su proceso.

El desarrollo de nuestro Sistema Único de Información en Salud ha sido objeto de estudio y emulación nacional e internacional por su alto nivel de precisión, cobertura, profundidad de análisis y perspectivas de alcance propias de entornos con posibilidades económicas muy superiores a las de nuestra institución. En este sentido, el SUIS podría estar llegando a la completitud en su implementación de no haberse recordado por una fracción en la Asamblea Legislativa los fondos procedentes del préstamo del Banco Mundial BIRF 8076, que se habían destinado para su desarrollo en el diseño inicial del proyecto de inversión.

Tabla 1. Módulos principales del Sistema Único de Información en Salud

Arquitectura del Sistema Único de Información en Salud (SUIS)		
Estructura o unidad apoyada por el SUIS	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. Acceso público a estadísticas sobre el impacto del despliegue de los ECOS familiares. Base de datos para identificar y medir inequidades de salud en la población y sus estratificadores.
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 27 hospitales y 57 UCSF. Integra los módulos: archivo, selección, citas, historia clínica general, vigilancia de las ITS, farmacia, laboratorio clínico, imagenología médica. En el presente 2016 se está enfocando el esfuerzo de desarrollo del SIAP en las pruebas e implementación del expediente único.
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. Preservación de la confidencialidad de los datos.
Dirección de Vigilancia de la Salud / SNS / Unidad de Gestión de Desastres	Sistema de Información de Morbimortalidad en Web - 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 familiares desde las comunidades y detección de subregistros en las estadísticas vitales.
	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.
	VIGEPES Desastres	<ul style="list-style-type: none"> Produce información sobre vigilancia sanitaria intensificada para toma de decisiones durante periodos extraordinarios, desastres y periodos vacacionales.
MINSAL en su conjunto	Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS)	<ul style="list-style-type: none"> Genera información sobre la producción de atenciones sanitarias, a partir de los tabuladores de actividades en los diferentes niveles de atención del MINSAL.
Unidad de Abastecimiento y UACI institucional	Sistema Nacional de Abastecimiento - SINAB -	<ul style="list-style-type: none"> Gestión eficaz y eficiente de la logística de adquisición de bienes y servicios de la UACI hasta almacenes, incluyendo medicamentos, insumos médicos y otros elementos.
Dirección General de Hospitales y Dirección de Planificación	Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de los servicios hospitalarios - SPME -	<ul style="list-style-type: none"> Facilita el análisis de situación y formulación de planes operativos para mejorar la gestión de la oferta de servicios hospitalarios y enfrentar la demanda creciente de la población.

Arquitectura del Sistema Único de Información en Salud (SUIS)		
Estructura o unidad apoyada por el SUIS	Módulo o sistema informático	Características y resultados
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 RR HH. Construirá y aplicará criterios idóneos y objetivos para determinar brechas de personal sanitario de acuerdo con la categorización de los establecimientos.
	Módulo de Servicio Social	<ul style="list-style-type: none"> Gestiona el proceso de asignación y ubicación de plazas de servicio social de los estudiantes en servicio social que se incorporan como fuerza laboral.
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 SUIS 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.
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 determinantes sociales de salud y otros indicadores contenidos en el SIIG.
Dirección de Salud Ambiental	Sistema Integrado de Servicios de Salud Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> Implementado el módulo de registro de empresas. En proceso de desarrollo e implementación. módulo de registro sanitario de alimentos y bebidas; interconexión con SIEX-BCR y pago en línea. Módulo de control, monitoreo y vigilancia de los desechos bioinfecciosos del MINSAL y SNS. Integración con el sistema de reconocimiento mutuo.
Dirección de RR. HH., RIIS, unidades del nivel central	Plataforma de Educación Virtual y conferencias en línea múltiples	<ul style="list-style-type: none"> Complemento a Programas de Formación y Capacitación continuadas. Facilitación de Planificación institucional y seguimiento a planes de trabajo mediante webconferencias en tiempo real a nivel nacional e internacional.
MINSAL todas sus dependencias	Sistema de Gestión de Costos con avance del 50 % a mayo de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> Genera costos de servicios sanitarios, procedimientos, consultas médicas, ingresos hospitalarios, insumos médicos, tecnologías sanitarias, entre otras, para la toma de decisiones.
Unidad de Gestión de Desastres	Sistema de Gestión de Emergencias y Desastres	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de información oportuna en emergencias y desastres, albergues y acciones realizadas.
Programa Nacional de ITS/VIH	SUMEVE	<ul style="list-style-type: none"> Registro de morbilidad, mortalidad, laboratorio y estadísticas de personas con VIH.
DISAM/ Unidad Nacional del Vectores	Sistema de Dengue Vectores	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de información de acciones realizadas por personal de salud sobre actividades antivectoriales, integración de información intersectorial sobre alertas nacionales estratificadas y Jornadas Nacionales contra arbovirosis.
DEI	Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> Genera información sobre biológicos, dosis aplicadas en los diferentes niveles de atención de MINSAL y coberturas poblacionales.

Fuente: Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

AVANCES EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD 2016

No menos importante es la obtención y análisis expedito de la información para facilitar una toma oportuna, eficaz y eficiente de decisiones en todo nivel, ello gracias a que se posibilita el acceso, procesamiento, análisis, presentación y divulgación de la información captada, así como la aplicación idónea de las políticas de salud.

Durante el último año, se continuó el trabajo coordinado de las tres unidades que conforman la Dirección de Vigilancia Sanitaria. Se ha consolidado el flujo de información y se han optimizado las funciones para complementarlas, con el fin de obtener mejores resultados en el quehacer de la vigilancia sanitaria nacional. Debe mencionarse el importante salto de calidad que se ha dado en el análisis de los sistemas de información, trabajando prontamente en las necesidades que se presentaron para dar respuesta a enfermedades emergentes como el zika y reemergentes como el síndrome de Guillain Barré; al mismo tiempo, la captura de información de otros eventos, como las microcefalias y otras anomalías congénitas, fuertemente asociadas a zika.

Se destaca la importancia del uso de la información que se hizo de los sistemas de vigilancia y la obtenida a partir de las investigaciones operativas de los equipos de epidemiología de campo, las cuales fueron cruciales en el abordaje del zika y sus complicaciones potenciales.

Se aplicó análisis de alto nivel con la generación de modelos matemáticos predictivos a partir del análisis de series temporales de datos del SUI y geoposicionamiento por áreas pequeñas de modelos estadísticos de casos como insumo importante para el abordaje exitoso de las arbovirosis¹. La transparencia como principio sigue siendo una característica de la vigilancia en el marco de la Reforma de Salud, pues se informan los hallazgos al país, sin ocultar o manipular la información; consecuentemente, este esfuerzo le ha dado al país reconocimientos internacionales por parte de múltiples organismos de cooperación internacional y el Sistema de Naciones Unidas, considerando a El Salvador como patrón de referencia regional para la vigilancia en salud tal como se citó anteriormente.

1. Enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*.



Se fortaleció y amplió el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador, VIGEPES, SIMMOW, SEPS, Dengue Vectores, incrementándose los usuarios regulares del sistema de 3286 a 5250 actualmente. Esta masa crítica de usuarios tuvo entonces a disposición los recursos para detectar y estratificar el daño poblacional, calcular indicadores locales, nacionales e internacionales, realizar monitoreo, evaluación y seguimiento de casos de vigilancia rutinaria y especial, que orientó las acciones requeridas para la prevención y el control sanitario. Con ello, los usuarios han recibido información de calidad, oportuna y representativa que contribuyó al monitoreo, gestión y planificación en los diferentes niveles de atención, fortaleciendo las coordinaciones entre los diferentes actores y mejorando la captura, flujo de información y análisis de los datos.

Se consiguió incluir oportunamente enfermedades emergentes como el zika (semana 47 de 2015), así como la detección y reporte de otras, como el síndrome de Guillain Barré (semana 49 de 2015), que tuvieron cambios importantes en los sistemas de información epidemiológica. Esto da cuenta de la flexibilidad y adaptabilidad de los sistemas basados en software libre y la disponibilidad de recurso humano cualificado propio para su desarrollo y mejoras, pues en poco tiempo se pudo generar información útil, oportuna y analizable para la toma de decisiones en la prevención y control de dichas enfermedades. La misma situación posibilitó un trabajo similar con el seguimiento de la microcefalia potencialmente asociada a zika y otras anomalías congénitas.

Otro logro fue la aplicación de modelos matemáticos predictivos, estimados a partir del histórico de un lustro de datos de vigilancia semanal, permitiendo predecir con un alto nivel de precisión las alzas y descensos de casos, así como su magnitud esperada, para la movilización del sistema, previsión logística, priorización de recursos, entre otros. En coordinación con el Ministerio de Medio Ambiente y en respuesta al Plan Nacional de Cambio Climático, se inició el trabajo de generación de modelos predictivos multivariantes (temperatura de vientos, resequedad de suelos y hojas) como indicadores de alerta temprana para incrementar la precisión de los análisis de la información. Gracias a todo este esfuerzo pudo intervenir oportunamente para lograr un descenso importante en las enfermedades que se tienen bajo vigilancia epidemiológica.

Cada semana se emitió un boletín epidemiológico cuyo contenido incluyó monografías de diferentes tópicos de interés en salud pública: alertas epidemiológicas, lineamientos, reportes de situaciones epidemiológicas de temas particulares, revisiones conceptuales, investigaciones institucionales de otras direcciones o programas, situación epidemiológica internacional, entre otros. De ser un boletín meramente enfocado en recuento de cifras, evolucionó hacia un documento de alta calidad científico-analítica.

Se participó activamente en la revisión técnica para la adopción de alternativas de control biológico contra el zancudo *Aedes aegypti*, vector de las arbovirosis; esta medida consistió en la colocación de alevines que se alimentan de larvas de zancudo en pilas y barriles; esta forma de control biológico no provoca daño ambiental conocido y es aceptado por la población. Ha sido a partir del análisis de la determinación social de la salud de nuestra población que llegamos a este planteamiento como una alternativa ecológicamente sustentable e inocua, lo cual hemos podido verificar con nuestro sistema Dengue-Vectores, que brinda información semanal sobre la tendencia de los índices entomológicos y del impacto de esta alternativa biológica.

Se rediseñó el enfoque de sala situacional para ser un punto de encuentro y análisis de los coordinadores y personal técnico que da vida a los 6 ejes de la estrategia de gestión integrada de arbovirosis, desde donde se emiten recomendaciones basadas en criterios técnicos y epidemiológicos.

El abordaje de la determinación social de la salud y la generación de la información descrita permitieron construir perfiles de salud en diferentes niveles geográficos, temporales y poblacionales; con esta evidencia se construyeron indicadores de impacto, proceso y resultados, útiles para definir tendencias, estratificación de afectaciones y coberturas, así como el monitoreo de algunos componentes estratégicos de la Reforma de Salud, en camino hacia la equidad sanitaria.

Investigación epidemiológica y epidemiología de campo

A dos años de haber sido conformada, la Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo (UNIEC) ha desarrollado un notable avance en la formación y capacitación de recursos humanos en epidemiología, investigaciones epidemiológicas de interés en

«El abordaje de la determinación social de la salud y la generación de la información descrita permitieron construir perfiles de salud en diferentes niveles geográficos, temporales y poblacionales; con esta evidencia se construyeron indicadores de impacto, proceso y resultados, útiles para definir tendencias, estratificación de afectaciones y coberturas».

salud pública, así como en la creación, desarrollo y conducción técnica de los Equipos de Respuesta Rápida para Investigación y Control (ERRIC), integrados por personal de salud comprometido para intervenir de forma inmediata y dar seguimiento a las enfermedades con alto potencial infeccioso y de transmisibilidad, las cuales están sujetas a vigilancia en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (ébola, Marburg, cólera, fiebre del Nilo, influenza pandémica, SARS, rotavirus, malaria).

En relación con la formación y capacitación de recursos humanos en epidemiología, se han desarrollado cursos en diferentes niveles académicos bajo el programa de epidemiología de campo, impartándose un curso básico del mismo programa de formación a más de 50 recursos de la RIIS, fortaleciendo con ello las actividades de vigilancia e investigación en epidemiología, además del diplomado de Epidemiología de Campo, que aportó 26 profesionales de salud de nivel intermedio con habilidades y conocimientos en Epidemiología de Campo para mejorar la capacidad de análisis y respuesta en los niveles locales.

Investigación de brotes

Durante la semana epidemiológica (SE) 45 de 2015, se desarrolló una investigación de campo sobre un brote de casos de enfermedades exantemáticas que no se ajustaban al cuadro clínico típico de chikunguña o dengue, por lo que se enviaron 10 muestras procedentes de todo el país que por primera vez cumplían la definición de caso para zika al Centro de Referencia Internacional de OPS en Fort Collins, Colorado, EE. UU. En ninguno de los casos se logró establecer nexo epidemiológico; de las 10 muestras enviadas, 3 fueron positivas a zika, con lo cual se evidenció y oficializó la circulación viral en el país en

la SE 47 (última semana de noviembre), a partir de la cual se habilitó en el Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES) la notificación individual de casos por fiebre del Zika.

En diciembre de 2015 se reportó un incremento inusual de casos de síndrome de Guillain Barré en el Hospital General de ISSS y el Hospital Nacional Rosales, por lo cual se activó al ERRIC y se realizó una investigación científica de los casos que concluyó en la segunda semana de enero del 2016 y permitió intensificar las medidas de prevención y vigilancia sobre arbovirosis, incorporar en el VIGEPES la vigilancia de síndrome de Guillain Barré (SGB), caracterizar los casos, su seguimiento, elaborar lineamientos de vigilancia y atención de SGB, articulando el sistema nacional de salud para la notificación, tratamiento y seguimiento de los casos. Adicionalmente el apareamiento de estos casos tres semanas después de haberse iniciado la circulación viral de zika en el país (es decir, en el periodo esperado), demostró una vez más la confiabilidad y alta sensibilidad de nuestro sistema de vigilancia.

Como parte del fortalecimiento de la capacidad de respuesta oportuna de los ERRIC nacional y regionales, durante el último trimestre de 2015, se desarrollaron actividades de capacitación ante la amenaza de un brote de sarampión en las Américas. Además, en coordinación con el personal del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se desarrolló exitosamente el sistema ante un simulacro de brote de sarampión en el país, demostrando que a pesar de ser una enfermedad erradicada en el país desde 1996, se tiene claridad en el diagnóstico y tratamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad y de las medidas para contener y prevenir la diseminación de nuevos casos.

En los meses de julio a diciembre del 2015 se coordinó con la Unidad de Vectores de Nivel Su-

terior la asistencia técnica al equipo del SIBASI de La Unión sobre el abordaje integral de los casos de Chagas crónicos detectados mediante un tamizaje de sangre realizado en los municipios de Nueva Esparta, Polorós y Lislique, fronterizos con la República de Honduras, donde se detectaron 45 reactivos a Chagas de 50 tamizajes, lo cual permitió estructurar y ejecutar un plan de intervenciones integrales multisectoriales para el control del vector transmisor en el área delimitada de 7 caseríos, donde se identificó un índice de infestación de triatominos del 7.5 % y de dispersión del 50.0 %, lo que indicó un alto riesgo de transmisión de la enfermedad, por lo que se procedió a rociar 584 viviendas del lugar. Así también a las personas que resultaron reactivas a Chagas se refirieron al Hospital de La Unión y Santa Rosa de Lima para el respectivo seguimiento del especialista.

El 1 de febrero de 2016, El Salvador, junto a Francia, Estados Unidos y Brasil, fue invitado a participar en la sesión extraordinaria del Comité de emergencias de OMS, ejerciendo abogacía junto a los otros países invitados para declarar al zika como una ESPII. En ese mismo mes se recibió la visita del Comité Internacional de expertos de OPS para compartir las experiencias sobre el abordaje, respuesta e investigación en arbovirosis, fundamentalmente sobre zika, lo que permitió la participación de la UNIEC en el primer Encuentro Internacional para Armonización de Protocolos de Investigación sobre Zika, desarrollado en Pernambuco, Brasil, en marzo, experiencia relevante que pudo visibilizar las investigaciones en desarrollo sobre dicho tema de nuestro país.

Estadística e información en salud

La Unidad de Estadística e Información en Salud de la Dirección de Vigilancia Sanitaria, en cumplimiento de su misión de garantizar procesos estadísticos de información en salud que cumplan criterios de calidad, coordina la aportación de datos con instituciones nacionales e internacionales, lo cual favorece la toma de decisiones para mejorar la atención de salud de la población. En este sentido, se han desarrollado acciones para el fortalecimiento del sistema de estadísticas vitales, clasificación de enfermedades y registro de información.

En un esfuerzo realizado por una comisión conformada por diferentes direcciones del MINSAL, se logró implementar de forma estandarizada la vigilancia activa de la mortalidad materna a través de la estrategia de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM); se emitió un instrumento guía para operativizar los procesos técnicos y estadísticos de sistematización de la investigación, sustentada con metodología de encuesta modificada de mortalidad por edad reproductiva (RAMOS por sus siglas en inglés) y la realización de cambios en el SIMMOW para la identificación informatizada del listado de mujeres en edad fértil que cumplan el criterio de ser clasificadas como altamente sospechosas de muerte materna. Estos cambios permitirán contribuir a la generación confiable de información sobre el número y causas reales de mortalidad, para establecer medidas de prevención que permitan focalizar acciones encaminadas a alcanzar nuevos niveles en la disminución de la mortalidad materna.

Se continuó con los avances en la incorporación de otras instituciones del SNS en la unificación de información en estadísticas vitales del SIMMOW, logrando el registro en su totalidad de los nacidos vivos y la incorporación de los nacidos muertos de las 12 maternidades del ISSS, contribuyendo a mejorar la oportunidad, representatividad y calidad de los indicadores de mortalidad materna e infantil.

Con el propósito de contar con datos unificados y disminuir la doble digitación, se dio inicio al proceso de migración de datos de mortalidad registrados en egresos hospitalarios a estadísticas vitales en el SIMMOW.

Para fortalecer la atención integral de la niñez y la escuela promotora de la salud, se contribuyó a la creación del tabulador y registro en el sistema de información de la campaña anual de desparasitación escolar, junto a la Dirección de Enfermedades Infecciosas.

Como parte del desarrollo de la *Política nacional de atención a las personas con cáncer* se elaboró el registro de cáncer hospitalario, a implementarse en los hospitales de Tercer Nivel de Atención.

En el fortalecimiento de la clasificación de enfermedades, se participó en el taller de actualización del CIE-10, para enfermedades renales crónicas.

EL TALENTO HUMANO COMO COMO PIEDRA ANGULAR DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Desde la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*, la OMS suscitó un interés sin precedentes en torno a los recursos humanos para la salud (RRHHS) y estableció las líneas de actuación en las cuestiones relativas al personal sanitario. El informe propuso dedicar diez años a llevar adelante medidas relativas a los RRHHS y fue el motor que puso en marcha numerosas iniciativas de política¹. Por otra parte, la reunión regional de observatorios de recursos humanos celebrada en Toronto, Canadá, en 2005, considerando el análisis aplicado para las Américas, fue el marco para establecer el Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015), que define cinco desafíos y busca movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, a construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud que ayuden al logro de los

1. OMS, *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030*; documento de consulta, 15 de junio de 2015.

«El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud».

Llamado a la Acción de Toronto, OPS, 2005

Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y contribuyan al acceso a de servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para 2015².

En septiembre del 2007, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R7, Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, que tiene por objeto brindar apoyo a la formulación de planes de acción nacionales en materia de recursos humanos para la salud encaminados a fortalecer la atención primaria de salud. Se estableció un conjunto de 20 metas organizadas en torno a los cinco desafíos de recursos humanos y retomadas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017³.

A 2015, la mayoría de países han llevado a cabo el monitoreo de las 20 metas establecidas en aquella ocasión; América Central y República Dominicana han efectuado el monitoreo intermedio y la medición final en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2015; además, la Comisión Técnica de Recursos Humanos de la región ha participado en la revisión del documento de consulta *Estrategia mundial de recursos humanos en salud: el personal de salud de aquí al 2030*. Tanto los resultados de la medición final de las metas, como el contenido del documento de consulta de la OMS, serán la base para definir la agenda de RRHH para la región de 2015 en adelante.

2. OPS/OMS, Llamado a la acción de Toronto. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Canadá, 2005.

3. OPS/OMS. En la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana se aprobó la resolución CSP27.R7, Washington, 2007.

En tal sentido, en el proceso de profundización de la Reforma de Salud, en este segundo periodo de gestión, el talento humano continúa siendo la piedra angular del Sistema Nacional de Salud.

MONITOREO DE LAS METAS DE RECURSOS HUMANOS 2007-2015

Sobre la base del contexto internacional y el profundo proceso de transformación del Sistema de Nacional de Salud, El Salvador, desde el inicio del primer *gobierno del cambio* en 2009, modificó la visión de los recursos humanos y transitó de la sola administración al desarrollo integral del talento humano, lo que ha pasado por la implementación de una serie de decisiones político-técnicas. Para el caso del Ministerio de Salud, por ejemplo, se creó la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, mientras que a nivel de Sistema Nacional de Salud se definió la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, se efectuó el monitoreo de las 20 metas de recursos humanos y se creó la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos. Todas estas acciones han generado gobernanza en este ámbito y han contribuido de forma significativa a avanzar hacia la cobertura y el acceso universales a la salud en el marco del enfoque de derechos humanos. El Salvador, uno de los países que más han avanzado en el cumplimiento de las metas en América Central, publicó los resultados de la línea base en el Informe de labores 2010-2011. De la medición final, estos son los principales logros y desafíos.

DESAFÍO1. DEFINIR POLÍTICAS Y PLANES DE LARGO ALCANCE CON RESPECTO A LOS RECURSOS HUMANOS

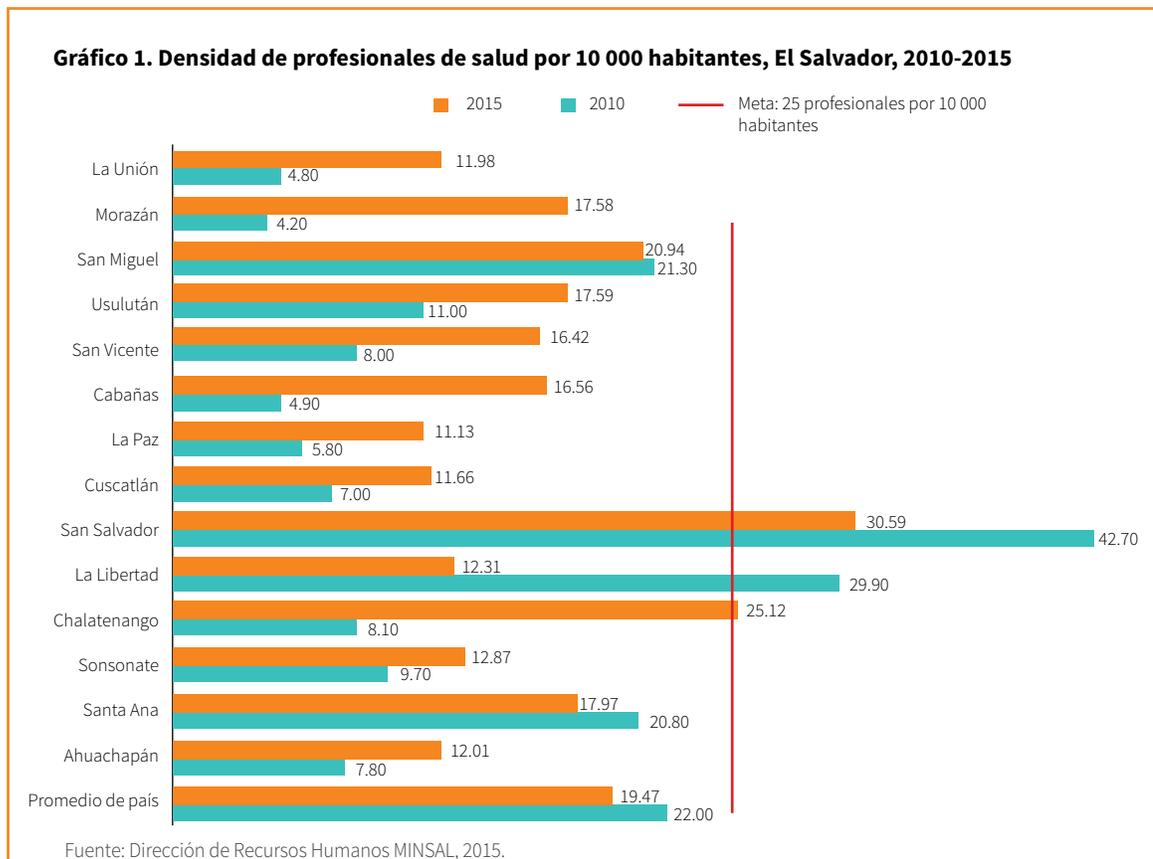
Con la finalidad de implementar el modelo de atención en salud familiar y comunitaria, basado en la atención primaria en salud, se han aumentado las contrataciones de profesionales de la salud en función de continuar avanzando significativamente en la dotación y distribución de los recursos humanos. Comparando con la medición de la línea base 2010, hay departamentos que a pesar de no cumplir la meta establecida (25 recursos por 10 000 habitantes) han triplicado sus recursos a 2015, entre ellos La Unión, Morazán, Cabañas y Chalatenango. Los resultados también reflejan que aún no se ha logrado una distribución equitativa del personal de salud en las áreas de medicina, enfermería y salud materno-infantil (gráfico 1).

En América Central estamos a nivel intermedio del logro de esta meta, aún con una brecha nacional de 6.57 recursos por 10 000 habitantes (18.4 de 25.0 recursos humanos por 10 000 habitantes); es impor-

tante señalar que el 40.8 % del total de médicos del SNS se desempeña en el Primer Nivel de Atención, mejorando el acceso de la población a recursos calificados.

DESAFÍO 2. COLOCAR A LAS PERSONAS INDICADAS EN LOS LUGARES ADECUADOS

Para lograr el acceso y la cobertura universales en salud y contribuir a responder de manera integral a la garantía del derecho humano a la salud, una de las principales metas en este desafío es acercar a la población el personal de salud; en ese sentido se ha avanzado de forma significativa, pasando de una densidad rural de 1.6 recursos por 10 000 habitantes en 2010 a 4.4 en 2015. La meta es bajar la brecha rural-urbana en un 50 %, que para el 2010 fue de 32.6 recursos por 10 000 habitantes, y la medición final de 2015 reflejó una brecha rural-urbana de 22.79 recursos, lo que implica un avance de un 27 %; por tanto, aun con los aciertos y los avances, siguen siendo un desafío continuar ubicando a las personas en los lugares más alejados a los centros urbanos.



«Servidores de salud más humanos».

Patricia Ponce, curso UISP, noviembre 2015.

También en este desafío se ha cumplido la meta relacionada con las competencias de los recursos humanos para abordar la salud pública. Para 2010, únicamente se tenía un logro del 44.4 %, a 2015 se ha cumplido el 88.8 %, pero aún falta por definir personal para identificar, comprender y abordar las inequidades en salud desde un análisis de su determinación social.

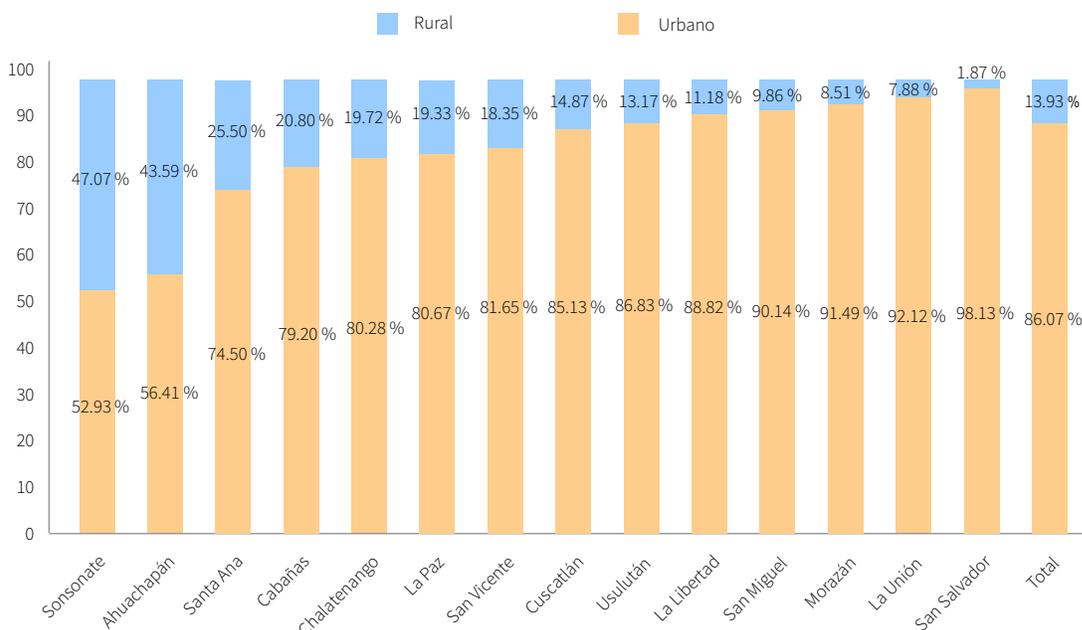
A pesar de los esfuerzos de contratación realizados por este ministerio, aún persisten brechas significativas entre lo urbano y lo rural, lo cual sigue constituyendo un desafío para la gestión de los recursos humanos y el logro de la cobertura y el acceso universal y la equidad en salud. Un indicador de este desafío es la distribución de personal de salud. El gráfico 2 evidencia una distribución urbano/rural más equitativa del personal en los departamentos de Sonsonate y Ahuachapán y destaca la inequidad más alta en el departamento de San Salvador.

DESAFÍO 3. REGULAR LOS DESPLAZAMIENTOS Y MIGRACIONES DE LOS TRABAJADORES DE SALUD DE MANERA QUE PERMITAN GARANTIZAR ATENCIÓN A LA SALUD PARA TODA LA POBLACIÓN

Uno de los resultados más relevantes en este desafío es el avance en la implementación de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, específicamente en lo relacionado a la planificación de recursos humanos entre las instituciones del SNS y las instituciones formadoras. La medición final en 2015 refleja un avance en su cumplimiento del 60 % con relación al 0 % encontrado en la línea base en 2010. A diferencia de otros países que reportan déficit en la formación de recursos humanos, El Salvador tiene una mayor oferta en la producción, especialmente de personal médico y de enfermería.

El Salvador no ha adoptado el Código Global de Práctica para el reclutamiento internacional de tra-

Gráfico 2. Distribución urbano/rural de personal de salud según porcentaje, MINSAL, 2015



Fuente: Estudio de Fuerza Laboral en Salud, El Salvador, MINSAL, 2015.

bajadores de la salud, tal como se define en la meta 10 de este desafío. En cambio, este proceso se facilita por la existencia de procesos de reconocimiento de titulaciones en el extranjero por parte del Ministerio de Educación (MINED) con países que tienen suscritos convenios de cooperación; por otra parte, El Salvador es el único país de la región que ha realizado un análisis técnico-jurídico de dicho código, elaborado por el MINSAL y Ministerio de Trabajo y Previsión Social⁴.

DESAFÍO 4. GENERAR AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES QUE PROPICIEN EL COMPROMISO CON LA MISIÓN INSTITUCIONAL DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BUENA CALIDAD PARA TODA LA POBLACIÓN

En este desafío hay avances importantes con relación a la línea base 2010, especialmente en la salud de los trabajadores, el manejo de las relaciones laborales y el trabajo precario. En cuanto a la salud de los trabajadores, en 2010 se había logrado cumplir la meta hasta el 16.7 %, mientras que en la medición final 2015 se determinó un avance hasta el 50 % estableciendo mecanismos para fortalecer la salud de los trabajadores; sin embargo, no se dispone de financiamiento para cumplir con la Ley Nacional de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.

En referencia a la meta de disminuir al 50 % el trabajo precario, partiendo del 28.1 % como línea base del 2010, la meta a la medición final 2015 era reducir a la mitad este porcentaje; lo que se logró superó con creces las expectativas, pues se redujo hasta el 5.27 % el personal en condición de trabajo precario en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, lo que equivale a un cumplimiento del 150 %.

DESAFÍO 5. CREAR MECANISMOS DE COOPERACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y DE SERVICIOS DE SALUD PARA PRODUCIR PROFESIONALES SANITARIOS SENSIBLES A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y CALIFICADOS

La Reforma de Salud está diseñada para responder mejor a la salud de la población. Este desafío se cumple en la medida en que se fortalece o transforma el currículo educativo con una orientación hacia la comunidad, basado en la estrategia de la atención

primaria en salud y con enfoque de determinación social de la salud, que permita que los egresados tengan capacidades para el abordaje integral de la salud. Este desafío valora por un lado la reorientación curricular hacia la atención primaria, realizada por las instituciones formadoras; la existencia de programas para atraer y formar estudiantes de poblaciones subatendidas; las tasas de abandono escolar y la acreditación institucional. Los resultados de la línea base de 2010 muestran bajo nivel de avance en todos estos aspectos, situación que influye de forma directa en la calidad de la formación. Aunque en la medición final 2015 se muestran logros cualitativos en cuanto a la reorientación curricular, esta no se refleja en las competencias de salida de los egresados; la descentralización de facultades y escuelas de ciencias de la salud ha favorecido el acceso a la educación de poblaciones subatendidas y en cuanto a la acreditación de las instituciones educativas se ha calificado con un nivel de logro del 45.5 %.

Lo anterior demuestra que hay brechas que alcanzar en la educación de profesionales de la salud para responder al sistema de salud reformado, por tanto, es necesario profundizar en el análisis de la calidad de la educación de los futuros profesionales, cuestión que no compete exclusivamente al sector educativo si no que requiere de una estrecha colaboración con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente existen mecanismos de buena comunicación entre las instituciones formadoras y el MINSAL que deben reflejarse en cambios curriculares y en un mejor desempeño de los recursos humanos formados. En el marco de una carta de entendimiento entre KOICA, OPS y MINSAL se ha realizado un análisis de los espacios de aprendizaje con los que cuenta el país, con la conciencia de que únicamente la inserción temprana de los estudiantes en las comunidades y servicios de salud de base comunitaria pueden garantizar un escenario propicio para la formación en salud que el país requiere. Este estudio establece claramente la necesidad de reglamentar los espacios de aprendizaje abriendo un diálogo intersectorial e interinstitucional que establezca un instrumento jurídico consensuado para organizar las relaciones educación-trabajo como base estructural del tipo de profesionales que el país requiere. Si bien el desarrollo de estos esfuerzos institucionales y de estudios nacionales realizados contribuyen al conocimiento de la situación, la ga-

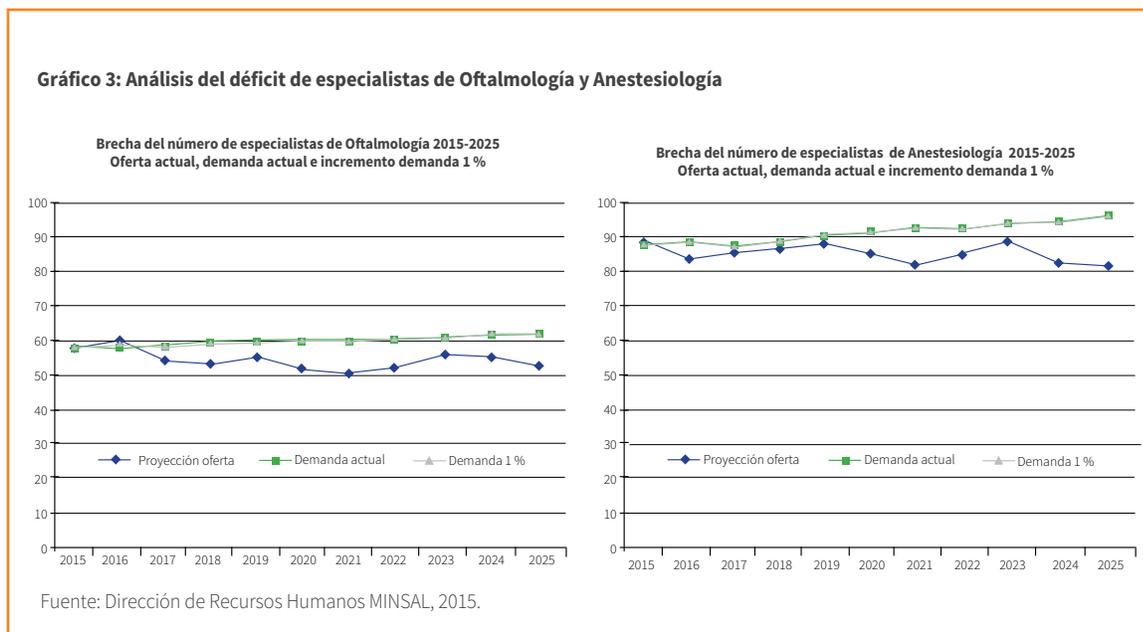
4. Amani Siyam y Dal Poz, Mario Roberto, Migration of Health Workers, OMS, 2014. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/migration_book/en/

rantía de la calidad exige la construcción de marcos regulatorios vinculantes que propicien los cambios requeridos; es en este sentido que, como parte del apuntalamiento jurídico de la reforma, se impulsa una línea de acción en regulación del RRHHS que deberá arribar a nuevos marcos de acción que respondan realmente a las necesidades del país.

PLANIFICACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA MEJORAR EL ACCESO AL CUIDADO ESPECIALIZADO

En septiembre de 2015 se realizó el proceso de planificación estratégica de médicos especialistas, con la participación de representantes del MINSAL, del ISSS, de la Universidad de El Salvador, del Colegio Médico

y especialistas de Anestesiología, Ortopedia, Radiología, Oftalmología y Neonatología (gráfico 3). A partir de los resultados se acordó la elaboración de un convenio de cooperación tripartito entre la Universidad de El Salvador, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el MINSAL que tiene como objetivo mejorar la calidad de la formación de los especialistas, así como ampliar los espacios de aprendizaje entre ambas instituciones de salud y fortalecer la docencia de posgrado de la UES. Por otra parte, se ha iniciado el diseño curricular de tres de las subespecialidades identificadas con déficit crítico (Anestesiología, Neumología y Cirugía Pediátrica); como resultado de este proceso, el país cuenta con un modelo de planificación estratégica que permitirá seguir avanzando en la planificación de otras especialidades.



Como puede verse en ambas figuras, de no formar médicos de las especialidades antes citadas el país no contaría con este recurso para responder a las necesidades que plantea la población al SNS.

Esta experiencia de planificación y el innovador proceso de formación en APS de los Ecos familiares y especializados fue compartida en la reunión de la Red Iberoamericana de Personal de Salud, celebrada en Guatemala en febrero de 2016; también en octubre del 2015 se recibió la visita de personal de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Honduras, para conocer la experiencia en el terreno.

Por otra parte, el Comité Académico Ministerial ha continuado avanzando en temas de las Residencias Médicas, estableciendo en conjunto con las universidades parámetros de ingreso que contribuyan a la mejora de formación de los especialistas. Este proceso enfrenta dificultades tanto en las instituciones de educación superior (IES) como del MINSAL: por parte de las IES, el limitado acompañamiento de los docentes y su escaso involucramiento en la formación integral de los residentes; por parte del MINSAL, visualizar la necesidad de articular la formación con la universidad, cuya labor le compete.

DISTRIBUCIÓN DEL TALENTO HUMANO, CLAVE PARA GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD

Para garantizar el derecho humano a la salud, el sistema público debe contar con una adecuada dotación y distribución del talento humano. Hasta marzo de 2016, el MINSAL contaba con 29 380 plazas (90 plazas más que en 2015), distribuidas así: 4.24 % a nivel de las direcciones y unidades conductoras de la Secretaría de Estado, 52.97 % en los 30 hospitales y 42.75 % en establecimientos del Primer Nivel de Atención. En cuanto a la distribución por género, se

tiene una fuerza laboral mayoritariamente femenina, representando por un 61.90 % (tabla 1).

Con la finalidad de continuar mejorando las condiciones de trabajo, se gestionaron con el Ministerio de Hacienda la creación de 106 plazas, resolviendo de esta manera la estabilidad laboral del personal que según el informe del año anterior estaba en condición de contratación precaria (FOCAD).

En el ciclo laboral, hay un momento en el cual los trabajadores finalizan su permanencia en el sistema; en 2016, 461 personas se apegaron al decreto de retiro voluntario.

Tabla 1: Distribución del talento humano por disciplinas, MINSAL, marzo de 2016

Corr.	Disciplinas	Hospitales		Regiones		Secretaría		Total general
		F	M	F	M	F	M	
1	Administrativos	2188	1935	1241	1277	334	481	7456
2	Anestesiastas	207	156					363
3	Atención al medio ambiente	6	15	175	645	3	9	853
4	Auxiliares de enfermería	2407	284	1087	104	9	2	3893
5	Enfermeras	1917	90	1055	70	33	3	3168
6	Estudiantes de Odontología en servicio social			95	29			124
7	Fisioterapistas	93	10	37	9			149
8	Laboratoristas	419	155	265	58	66	28	991
9	Médicos en servicio social			166	131			297
10	Médicos especialistas	601	1127	149	135	13	18	2043
11	Médicos generales y residentes	586	786	678	620	64	50	2784
12	Odontólogos	35	19	299	126	3	1	483
13	Paramédicos/Técnicos en salud	1305	630	550	168	34	11	2698
14	Practicantes internos	259	177					436
15	Promotores de salud	114	20	1594	1767	19	12	3526
16	Química y farmacia	15	7	22	8	44	20	116
	Total general	10 152	5 411	7 413	5 147	622	635	29 380

Fuente: Unidad de Administración de Recursos Humanos, MINSAL, 2016.

MEJORANDO LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO

Para continuar avanzando en la mejora de la calidad del cuidado integral a la salud, en los establecimientos de la RISS se han desarrollado diversos procesos formativos para fortalecer las competencias y habilidades de los trabajadores de la salud a través de la educación permanente, invirtiendo \$1 273 038.36. Sus fuentes de financiación provienen de préstamos y de organismos de cooperación internacional,

entre ellos OPS, OMS, UNFPA, Save the Children, Enfants du Monde, Médicos del Mundo.

Por otra parte, se han desarrollado cursos presenciales y virtuales, siendo el más relevante el diplomado en Atención Primaria en Salud, desarrollado por la Universidad de El Salvador, graduando a 1517 profesionales de los Ecos familiares y especializados, lo que sienta las bases para continuar su desarrollo profesional en salud familiar. Además, se desarrolló el curso de actualización jurídica para los abogados del MINSAL a nivel nacional, en el que participaron 56 profesionales.

CURSO UISP

El desafío en términos de formación de cuadros estratégicos en salud ha sido cubierto con la formación de los líderes en salud que han sido graduados del “Curso de Políticas y Derecho humano a la Salud”, que se viene desarrollando desde 2011. A la fecha se han formado 167 líderes, entre profesionales de la salud, otras disciplinas y líderes del FNS. En este periodo se han formado dos generaciones que se suman a este contingente, cuyo compromiso es contribuir a la profundización de la Reforma de Salud. Estos cursos son una realidad gracias al acompañamiento de la Universidad Internacional de la Salud de los Pueblos y agencias de cooperación identificadas con los objetivos de la Reforma, haciendo posible la participación de autoridades y actores locales así como los mejores expertos en salud pública y Medicina Social tanto nacionales como internacionales procedentes de España, Suiza, Ecuador, Argentina, Venezuela, México, Estados Unidos, Colombia y otros países.



Curso de políticas y derecho humano a la salud en coordinación con la UISP.

Para hacer avanzar el modelo de atención en salud familiar y con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y KOICA, se realizó en el mes de septiembre de 2015, el taller de Formación en Salud Familiar denominado “Como construir una estrategia nacional”, con el objetivo de fundamentar la importancia de la salud familiar, para garantizar la calidad y la oportunidad en la atención a la población de acuerdo con los postulados de la Reforma de Salud en El Salvador, que permitió identificar un conjunto de opciones factibles para la formación en salud familiar para el país; los ponentes fueron profesores expertos de universidades de ámbito internacional, con potencialidad para iniciar trabajo colaborativo. En el encuentro participaron delegados de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Salud Global, Universidad de Laval de Canadá, Universidad Autónoma de México, Universidad Federal de Minas Gerais/Universidad Federal de Pelotas Brasil, Universidad de Costa Rica y de diferentes Ministerios de Salud de la región; así como de los distintos niveles de atención del Ministerio de Salud de El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y las instituciones formadoras de recursos humanos.

Para dar continuidad a las conclusiones de dicho taller se ha conformado un equipo de país en el que participan el MINSAL, ISSS y la Universidad de El Salvador, con acompañamiento de OPS y financiamiento de KOICA, avanzando este año con el diseño de una estrategia nacional para impulsar el trabajo y la formación en salud familiar.

Con el objetivo de promover el intercambio de experiencias, para la implementación curricular en los diferentes escenarios de aprendizaje entre la Universidad de León y la Universidad de El Salvador, se realizó una pasantía en la Universidad de León, Nicaragua, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015, apoyado por OPS/OMS y la Cooperación Coreana KOICA, con la participación de referentes del MINSAL y docentes de la Universidad de El Salvador; dicho intercambio permitió conocer la experiencia de la vinculación docente-asistencial para la formación de los estudiantes, así como los mecanismos de gestión para la implementación de la Atención Primaria en Salud, que se ha desarrollado en Nicaragua. Se continuará trabajando para mejorar espacios de formación en los establecimientos de la RIIS, para ello se tienen ya los resultados de la investigación sobre condiciones de los espacios de aprendizaje, que va a sentar las bases para su regulación.



EL MINSAL APOYA EL DESARROLLO ACADÉMICO DE LOS TRABAJADORES

El talento humano es la piedra angular del Sistema Nacional de Salud y esencial para seguir profundizando la Reforma de Salud; por lo tanto, en coordinación con el Ministerio de Educación se realizó la sexta prueba de suficiencia a los trabajadores del MINSAL que tienen grados académicos menores al nivel de Educación Media y que fueron inscritos en el programa de nivelación educativa. Así, el Ministerio de Educación entregó certificados de aprobación de grado a 12 personas, que se suman a 16 certificados otorgados en 2015. Esta modalidad flexible tiene como objetivo facilitar el acceso a los trabajadores y trabajadoras que desean alcanzar un nivel educativo más alto y tener mayores posibilidades de movilización en la carrera administrativa.

ESTABLECIMIENTOS DE LA RIIS: ESPACIO PARA QUE LOS EGRESADOS DE LAS CARRERAS DE SALUD FORTALEZCAN SUS COMPETENCIAS EN EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

En el MINSAL se continúan realizando dos procesos de distribución de estudiantes en servicio social de 15 carreras de salud. Gracias a este proceso, estrechamente coordinado con las universidades e institutos especializados, se han mejorado las

«La Movilización de los Pueblos del mundo (Bangladesh 2000, Cuenca 2005, Foros de Mumbai, India y Toronto, Canadá) plantean un camino para la lucha por la salud mundial que debe ser apoyada y profundizada en la concepción de salud global; ser parte de esta movilización es una obligación de los trabajadores de la salud que de espectadores debemos convertirnos en actores».

María Isabel Rodríguez

condiciones para que los estudiantes refuercen las competencias de salida de su carrera. Para 2015, el número de egresados fue de 2631 mujeres y 710 hombres; mientras que en enero 2016 fue de 2189 mujeres y 609 hombres.

AVANZANDO HACIA UN MODELO MÁS INTEGRAL DE GESTIÓN DEL TRABAJO

ESTUDIO SALARIAL INTERNO

Este año se ha realizado un diagnóstico salarial interno que incluye diferentes escenarios y factores que inciden en la situación y distribución de salarios actuales de la fuerza laboral, así como el establecimiento de inequidades salariales entre disciplinas y al interior de las mismas incluyendo la proyección del escalafón del MINSAL hasta el año 2020. Lo anterior tiene por objeto establecer las estrategias para avanzar hacia mejores condiciones de trabajo digno. Sus resultados sentarán las bases para formular una política retributiva que permita también la construcción de una escala salarial con remuneraciones adecuadas para los trabajadores, coherentes con la complejidad de la función que desempeñan y con el nivel de valoración del puesto que ocupan. La escala salarial actual no se modifica desde 1994, por tanto ya no es coherente con la realidad del país.

MEJORANDO LA GESTIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

En septiembre y noviembre de 2015 se realizaron visitas de monitoreo de la aplicación del *Manual general de descripción de puestos de trabajo* en ca-

torce establecimientos de salud (dos Regiones de salud y doce hospitales nacionales) con el propósito de verificar su cumplimiento en el proceso de reclutamiento y selección de personal; en el proceso se encontró que su aplicación está contribuyendo de manera significativa con el ordenamiento de puestos de trabajo, lo que garantiza que el personal contratado esté desempeñando las funciones para las cuales se le contrata; además, es un mecanismo que garantiza que se contrate a las personas adecuadas para los puestos de trabajo, proceso que está en coherencia con lo establecido en los lineamientos de gestión del trabajo de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia.

Por otra parte, se ha iniciado con participación de los trabajadores la actualización de los puestos de diferentes disciplinas (Activo Fijo, Salud Ambiental, Promotores de Salud, Unidad por el Derecho a la Salud, Sistema de Emergencias Médicas, Química y Farmacia) para hacerlo coherente con las necesidades institucionales.

SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

Para obtener mejores resultados en salud es importante que el talento humano esté saludable y además se desempeñe en lugares de trabajo libre de todo tipo de riesgo; en ese sentido se continúa fortaleciendo a los Comités de Seguridad y Salud Ocupacional (CSSO). A la fecha se han constituido 277 nuevos comités en los niveles superior, hospitalario, regional y local, en los que participan como miembros 1278 personas, quienes tienen como principal función promover, investigar, verificar y vigilar aspectos específicos sobre



seguridad y salud ocupacional en sus establecimientos. De ellos, el 70 % ha implementado su Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales, con el acompañamiento y asesoría de la Unidad de Gestión del Trabajo, lo que ha contribuido a mejorar los ambientes laborales libres de riesgos.

Se ha conmemorado por segunda vez el Día Nacional de la Salud Ocupacional y el 2.º Foro Nacional,

en que las autoridades del Ministerio de Trabajo y OPS reconocen los avances que el Ministerio de Salud ha logrado en este ámbito. Se reconocieron las mejores prácticas de SSO que están implementando el Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez el Hospital Nacional Rosales, el Hospital Nacional General Santa Gertrudis de San Vicente, el Hospital Nacional San Rafael, el Hospital Nacional Regional

San Juan de Dios de San Miguel, el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de Santa Ana, el Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo, el Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán y el Hospital Nacional General Dr. Jorge Mazzini Villacorta de Sonsonate y las Regiones de Salud Metropolitana y Paracentral. En su inauguración participaron autoridades de Salud y de Trabajo.

PRESTACIONES SOCIALES Y LABORALES

Se ha continuado, por sexto año consecutivo, la prestación de uniforme para el personal de salud, específicamente para 9692 empleados de las Regiones de Salud y la Secretaría de Estado, invirtiendo en 2015 \$ 330 250.76. A ello se suma la inversión que cada hospital hace en su personal.

CARRERA SANITARIA

En el marco de la Ley de Servicio Civil, la Ley de Creación del Escalafón del Ministerio de Salud, la Política Nacional de Salud y la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos ha implementado estrategias para el diseño de una propuesta técnica de Carrera Sanitaria para el Sistema Nacional de Salud (SNS) con el propósito de aportar una herramienta fundamental para la gestión del talento humano. La carrera sanitaria se concibe como el conjunto de normas, disposiciones e instrumentos para ordenar el trabajo de los recursos humanos en salud, destacando los principios de equidad, transparencia e igualdad de oportunidades para el acceso a los puestos de trabajo, prestaciones e incentivos, oportunidades de ascenso, promoción, formación-capacitación y desarrollo profesional, en ambientes de trabajo saludables, para el mejor desempeño y satisfacción de los trabajadores.

El Sistema de Carrera Sanitaria permitirá alinear los intereses de la fuerza laboral en salud con los intereses de la organización para beneficio mutuo, creando un sistema de gestión moderno e integral de la fuerza laboral de salud basado en el respeto al derecho a la salud de la población y caracterizado por la calidad y la calidez en la prestación de los servicios.

Se ha avanzado con el desarrollo de talleres, con referentes del Sistema Nacional de Salud y la asistencia técnica de un experto del Sistema de Salud de Andalucía, España, y se conformó una Comisión Técnica de Carrera Sanitaria para darle continuidad a este proceso.

LAS RELACIONES LABORALES EN EL MINSAL

No es posible hablar de derechos laborales si no hay una relación de trabajo previamente constituida, es decir, aquel vínculo entre una persona que presta sus servicios a otra a cambio de una remuneración económica y bajo ciertas condiciones, tales como: lugar para prestar el servicio, horario de trabajo, directrices y otros. Para el caso del sector público, una persona que ofrece su fuerza de trabajo se denomina servidor público⁵. Por tanto, las relaciones laborales armoniosas con las personas trabajadoras son esenciales. En febrero de 2015 se conformó una comisión interinstitucional con el objetivo de verificar el cumplimiento del Art. 6 del Convenio 149 de la OIT relacionado con el trabajo de enfermería, participando ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, ISRI, ANES, MINSAL y el sindicato SIGPTEES. Este proceso generó el informe del cumplimiento de todos los aspectos relacionados con las prestaciones sociales de las enfermeras y enfermeros, firmado por todos los representantes de las instituciones de salud. La comisión define en su informe el cumplimiento del mencionado convenio.

Por otra parte, con la finalidad de regular los espacios y mecanismos de participación de los trabajadores, el 19 de agosto 2015 se creó el instructivo que regula el funcionamiento de las Mesas de Relaciones Laborales, según Acuerdo Ministerial 1162, que contiene los mecanismos de conformación de la Mesa Nacional de Relaciones Laborales, Mesas Regionales y Mesas de Relaciones Laborales en cada hospital de la red pública de servicios de salud. Se han conformado 37 Mesas de Relaciones Laborales, con participación de representantes de los sindicatos, de empleados no afiliados ni agremiados y representantes de las instituciones empleadoras.

5. Secretaría de Asuntos Estratégico de la Presidencia de la República. *Guía sobre derechos y deberes laborales de las servidoras y los servidores públicos, El Salvador, 2013.*

UN RETO PARA LA INTEGRALIDAD: DESAFÍOS AMBIENTALES



Zonas urbanas marginales en el cerro San Jacinto.

La modernidad trajo consigo un modelo de producción que concentró las ganancias en manos privadas y repartió los daños en el entorno público y el ambiente social; los efectos adversos del cambio climático a nivel planetario, la crisis hídrica a nivel nacional y epidemias como las arbovirosis y la enfermedad renal por agrotóxicos dan cuenta de ello. En dicho contexto, la aplicación del marco jurídico en materia de salud ambiental le corresponde al MINSAL, para lo cual es necesario el abordaje de la determinación social de la salud para superar las restricciones que condiciona el enfoque biomédico. Este abordaje permite adoptar una nueva concepción de la salud, comprendida como fenómeno multidimensional que abarca los procesos generales de la sociedad, dentro de los cuales se encuentran las relaciones entre humanidad y naturaleza, concepto que permite entender y enfrentar la crisis global a que nos ha conducido el modelo de desarrollo hegemónico. En tal sentido, los resultados en este ámbito que se describen en este informe de labores cobrarán una nueva dimensión en el marco de la Política Nacional de Salud actualizada (2014-2019), que ha desarrollado un nuevo eje estratégico denominado Salud Ambiental.

CAMBIO CLIMÁTICO E INTERSECTORIALIDAD

El abordaje del cambio climático por su complejidad inherente y múltiples efectos no debe ser relegado a una sola cartera de Estado: trasciende incluso al sector gubernamental; por tanto, y en el marco del fortalecimiento del trabajo con las instituciones públicas y privadas, la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) elaboró el Plan Operativo Intersectorial de Cambio Climático, que tiene como objetivo impulsar acciones de salud a nivel intersectorial e interinstitucional, a fin de contribuir a la mitigación y adaptación en el marco del primer Plan Nacional de Cambio Climático, pero también a identificar inequidades y afectaciones diferenciadas en los diversos estratos de la población de manera que se trascienda el enfoque de la adaptación y confronte el falso modelo de desarrollo.

El plan establece las líneas de intervención relativas al fortalecimiento de las capacidades institucionales e intersectoriales en materia de cambio climático y salud siguientes:

- estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) para el abordaje de mitigación, adaptación y restauración ante el cambio climático;
- vigilancia epidemiológica y ambiental y los efectos del cambio climático en la salud;
- fortalecimiento de la investigación en salud y cambio climático que favorezca la toma de decisiones en materia de mitigación, adaptación y restauración;
- implementación de acciones intersectoriales e interinstitucionales a fin de fortalecer de forma conjunta la soberanía alimentaria y la seguridad nutricional de la población ante eventos relacionados al cambio climático.

AGUA Y SALUD AMBIENTAL

El agua tiene una doble dimensión, es fuente de vida, pero a su vez constituye una fuente de exposición a contaminantes fundamentalmente microbianos y químicos que pueden perjudicar la salud. Por ello, el MINSAL ejecuta diversos programas y acciones a fin de contribuir a que la población cuente con agua segura para consumo humano y servicios integrales de saneamiento básico y ambiental, entre ellos el *Programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano*, cuyos resultados para

el periodo julio 2015 a marzo 2016 se expresan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Resultados de análisis de agua para consumo humano 2015

Tipo de Análisis	Total de muestras realizadas	Total dentro de norma	Porcentaje dentro de norma
Bacteriológico	8,410	7,895	93.88 %
Físico – Químico	727	323	44.43
Traza de Metales	376	340	90.43

Fuente: LNR-MINSAL.

Los resultados de cada prueba se notifican a las UCSF y estas a los interesados; con respecto a las muestras cuyo resultado están fuera de norma, el MINSAL realiza un seguimiento particular que busca identificar o establecer sus causas para emitir las recomendaciones necesarias y su respectivo cronograma de cumplimiento, todo hasta verificar *in situ* que la fuente de agua para consumo humano se encuentre dentro de norma.

El espectro de vigilancia incluye la calidad de agua envasada, dado que el país cuenta con 50 plantas envasadoras con permiso de funcionamiento. Los resultados de dicha vigilancia en el periodo que se informan se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Resumen de muestras realizadas para la vigilancia de agua envasada

Periodo 2015	N.º de muestras	N.º resultados fuera de norma	% fuera de norma
Análisis bacteriológico	731	34	4.65
Análisis físico-químico	17	6	35.29
Total	748	40	5.35

* Fuente: MINSAL.

Cuando el sistema de vigilancia laboral reporta resultados fuera de norma se inicia un proceso para superar los problemas encontrados, pues estamos ante un bien que es comercializado amparado en una calidad que en muchas ocasiones no posee; la competencia ministerial en este aspecto

llega hasta coordinar acciones de seguimiento y remuestreo con el fin de comprobar la superación de las condiciones sanitarias deficientes. 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 para en un segundo momento homologarlos a nivel regional.

El MINSAL también implementa un programa de vigilancia de las aguas de ríos, lagos, lagunas, embalses y piscinas. La tabla 3 refleja el cumplimiento del 75 % de la vigilancia del *Vibrio cholerae* para aguas superficiales, de los cuales el 45 % y el 51 % estaban dentro de norma, respectivamente (presencia de coliformes fecales dentro de los límites admisibles); para el caso de las piscinas, de las muestras programadas el 81 % están dentro de la norma.

Tabla 3. Resumen de muestras de agua superficiales y piscinas

Componente de vigilancia	número realizado	% dentro de la norma
Aguas superficiales (ríos, lagos y lagunas. <i>Vibrio cholerae</i>)	105	45
Aguas superficiales (microbiológico)	56	51
Piscinas (físico-químico, microbiológico)	368	81
TOTAL	529	177

Fuente: MINSAL.

Como parte del programa de vigilancia de sustancias químicas, el MINSAL realizó el Censo Nacional de Empresas bajo Vigilancia por Sustancias Químicas, lo que permitirá contar con información actualizada para la toma de decisiones y facilitará el seguimiento y vigilancia, especialmente con aquellas que a la fecha no cuentan con autorización sanitaria.

Tabla 4. Censo Nacional 2015 de empresas bajo vigilancia por almacenamiento de sustancias químicas peligrosas

Región de Salud	Departamento	Municipios con vigilancia	Nº de empresas	Tiene permiso	
				Sí	No
Metropolitana	San Salvador	21	124	67	57
Central	La Libertad	13	100	54	46
	Chalatenango	20	75	13	62
Occidental	Santa Ana	17	76	63	13
	Ahuachapán	8	35	18	17
	Sonsonate	9	47	41	6
Oriental	San Miguel	8	19	4	15
	Usulután	3	6	2	4
	Morazán	1	1	0	1
	La Unión	3	5	1	4
Paracentral	La Paz	5	13	1	12
	Cuscatlán	3	8	5	3
	Cabañas	2	2	0	2
	San Vicente	1	2	1	1
TOTAL		114	513	270	243

Fuente: MINSAL.

INSPECTORÍAS EN SALUD AMBIENTAL

Como muestra del deber de corresponsabilidad en materia ambiental y en cumplimiento de la ley, el MINSAL realiza inspectorías en salud ambiental de cada establecimiento de salud. En el periodo reportado se ha efectuado monitoreo de las condiciones de saneamiento ambiental a 14 hospitales y 176 UCSF de la Región Metropolitana y de la Central de Salud.

Además, se han llevado a cabo a nivel nacional 613 inspecciones sanitarias a 81 instalaciones donde funcionan focos de atención ambiental, como: rellenos sanitarios, composteras y sitios de transferencia (tabla 9). Dichas inspectorías han dado resultados en materia de saneamiento básico, como la eliminación de criaderos de vectores, vacunación contra el tétano al personal que labora en dichos lugares, además de capacitaciones en higiene, aseo y disposición adecuada de los desechos sólidos.

GESTIÓN DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS

Los desechos de la atención sanitaria contienen microorganismos que pueden ser dañinos e infectar a los

usuarios de la red de servicios, al personal sanitario y a la población en general. Consciente de lo anterior, el MINSAL ha realizado una importante inversión para el fortalecimiento de la gestión del manejo interno de los desechos bioinfecciosos, mediante la adquisición de insumos básicos, con una inversión de US\$ 13 622.95, beneficiando así a hospitales nacionales, UCSF y el LNR del MINSAL. Por otra parte, se invirtieron US\$ 239 936.75 en concepto de disposición final de 137.47 toneladas de desechos bioinfecciosos generados por los establecimientos de salud del MINSAL, cumpliendo el 100 % de los estándares de calidad establecidos en el Reglamento Técnico Salvadoreño 13.03.01:14 Manejo de los desechos bioinfecciosos.

GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS

Como parte de la responsabilidad y la contribución a un ambiente saludable se implementó en los treinta hospitales nacionales la estrategia de recuperación de 15 tipos de residuos de acuerdo con su clasificación: papel, plástico, aluminio, cartón, placas radiológicas, hierro, vidrio, plata, cartuchos de tinta, baterías automotriz, baterías ups, bronce,

«La contaminación del agua y del aire, el cambio de clima brusco, la disminución de la capa de ozono, la energía nuclear y los desechos, los químicos tóxicos y los pesticidas, la pérdida de biodiversidad, la deforestación y la erosión del suelo tienen amplias consecuencias en la salud. Esta destrucción tiene que ser enfrentada y revertida inmediata y efectivamente».

Declaración Para la Salud de los Pueblos, Bangladesh, 2000.

aceite quemado, periódico, hule, a fin de prevenir la contaminación en el establecimiento y su entorno, con una inversión de US\$ 15 480.00.

VIGILANCIA DE VECTORES

Con el fin de abordar los aspectos de la determinación social de la salud, el MINSAL ejecutó acciones intersectoriales de control enmarcadas en la Estrategia de Gestión Integrada, que contempló tres jornadas nacionales contra el dengue y la fiebre chikunguña y recientemente el zika, diseñadas en diferentes fases: escolar, institucional, empresa privada, comunitaria, municipal y domiciliar. En estas jornadas se llevaron a cabo actividades de promoción, educación y eliminación de criaderos del vector (abatización, uso de técnica de “la untadita”, tapado hermético, colocación bajo techo de potenciales criaderos, recolección y destrucción de inservibles). Adicionalmente, se realizaron fumigaciones para el control del zancudo adulto.

El trabajo operativo en el periodo 2015 y las primeras 17 semanas epidemiológicas de 2016 dieron como resultado 4 734 752 visitas en viviendas, de las cuales el 5.2 % (272 163) no se intervinieron por estar cerradas o deshabitadas o porque sus habitantes se negaron a abrir, lo cual representa un alto riesgo en tanto que limita el impacto de las acciones ejecutadas. En las 4 462 589 viviendas inspeccionadas, se encontraron 19 922 998 depósitos potenciales de ser criaderos del zancudo, de los cuales al 44.4 % (8 842 362) se les aplicó tratamiento, el 18.1

% (3 607 659) se eliminaron y el 19 % (3 801 250) ya tenían alguna medida de prevención. Para el control del vector en estadio adulto se realizaron 3 411 155 aplicaciones de insecticida en viviendas para el control del vector adulto (fumigaciones).

De cara al control biológico del mosquito *Aedes aegypti*, desde 2010 se han estado utilizando actividades preventivas integrales para el control del dengue y recientemente del chikunguña y el zika, tales como: educación, intersectorialidad, manejo clínico, vigilancia epidemiológica, laboratorial y entomológica. En cuanto al control larvario del vector *Aedes aegypti*, se ha utilizado larvicida químico temephos granulado al 1 %; sin embargo, en los últimos años se ha recomendado a nivel mundial el uso de métodos biológicos como una alternativa importante para sustituir progresivamente el uso de insecticidas de tipo químico, teniendo como objetivo restaurar y mantener el equilibrio biológico que el hombre ha alterado mediante el uso indiscriminado de agentes químicos. En tal sentido, se está utilizando de forma progresiva alevines, que son inocuos a la salud humana, ya que no producen intoxicaciones en la población ni en el personal sanitario que lo aplica. Por esta razón, se está impulsando y extendiendo la estrategia de uso de alevines en la región central (La Libertad, Zaragoza, Colón, Nuevo Cuscatlán, San Pablo Tacachico, Chalatenango y Tejutla), paracentral (Zacatecoluca y San Pedro Masahuat), región oriental (San Miguel y Usulután). Dichas estrategia es desarrollada en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería por medio de CENDEPESCA,



Marielos Sosa, promotora salud del MINSAL y pionera en la reproducción de alevines, San Diego Playa, La Libertad.

que ha aportado los alevines, y la ONG Plan Internacional, que ha financiado la construcción de centros de transferencia de alevines en los municipios de La Libertad, San Pablo Tacachico y Tejutla. Todo este esfuerzo ha contribuido a reducir notablemente sus índices larvarios por debajo del 4 %, así como el número de casos de enfermedades transmitidas por este.

Malaria

El abordaje del vector transmisor de la malaria requiere de un trabajo integral e intersectorial permanente debido a las condiciones geográficas, ambientales y sociales del país. En tal sentido, el MINSAL, con el fin de cumplir los objetivos de la preeliminación de la malaria, ha fortalecido la vigilancia epidemiológica, entomológica y laboratorial. En 2015 se registraron 9 casos de malaria causados por el *Plasmodium vivax* y en el primer semestre se registran 6 nuevos casos por el mismo agente, haciendo un total de 15 casos, de los cuales 5 son autóctonos y 10 importados de Guatemala, los cuales fueron abordados de manera integral, tratándolos clínicamente y ofreciéndoles un esquema de 14 días (cura radical) con cloroquina y primaquina.

Este bajo número de casos es producto del constante trabajo de los diferentes niveles de atención del MINSAL y los demás integrantes del SNS, así

como de la participación permanente de 2 707 líderes comunitarios, conocidos como *Colaboradores voluntarios de malaria*, ubicados en las diferentes áreas con riesgo de transmisión o de reintroducción de la enfermedad a nivel nacional.

Como parte de las actividades preventivas contra la malaria, se realizó rociado residual en 843 viviendas y 43 155 aplicaciones con equipo de fumigación térmica y ultra bajo volumen (ULV) portátil y pesada. Se estima que la población migrante que entra anualmente en El Salvador por vía terrestre asciende a 20 988 personas y vía aérea unas 42 750 adicionales, para un total de 63 738 al año.

Por los resultados obtenidos, la OPS/OMS y el Fondo Mundial han decidido fortalecer sus aportes técnicos y financieros al país con un monto de US\$ 3.8 millones en el periodo 2016-2019, que serán destinados para que el programa pase de la fase de control a la fase de eliminación.

CONTROL DE ZONOSIS

Rabia en El Salvador

Gracias al constante fortalecimiento institucional, producto de la implementación de la Reforma de Salud, por séptimo año consecutivo El Salvador no registra casos de rabia en humanos. Además, el periodo que se informa representa el primer año sin

rabia en animales. El fortalecimiento en esta área comprendió:

1. Aumento en la producción de 38 lotes de vacuna tipo CRL de 30 000 dosis cada uno, equivalente a 1 140 000 dosis por parte del Laboratorio de Productos Biológicos perteneciente al MINSAL.
2. El éxito de la Campaña Nacional de Vacunación Canina y Felina se expresa en la vacunación de 1 017 835 animales, alcanzando una cobertura del 79 %, con una inversión total de US\$ 2 035 670.

OTRAS ENFERMEDADES DE ORIGEN ZONÓTICO

Leptospirosis

Para 2015, el LNR reporta el procesamiento de 388 muestras para diagnóstico de leptospirosis a nivel nacional, confirmando 10 casos de leptospirosis humana con una positividad del 3 %. Durante los meses de julio de 2015 a marzo de 2016, se realizaron a nivel nacional 51 366 inspecciones en viviendas y 10 562 en establecimientos, desratizando 47 783 viviendas y 6902 establecimientos, utilizando un total de 10 128.74 kg rodenticida a un costo de \$ 69 787.02.

Durante 2015, en el marco de la Comisión Nacional de Zoonosis, el MAG notificó 10 casos confirmados en animales por su laboratorio; los casos fueron remitidos desde el nivel local, a través de las Regiones de Salud, quienes implementaron las siguientes medidas sanitarias: búsqueda de pacientes febriles, identificación de factores de riesgo (agua de consumo, almacenamiento de alimentos, disposición de desechos sólidos, identificación de aguas estancadas, presencia de especies domésticas y roedores), además, educación y promoción de la salud.

Durante la segunda semana de mayo del 2016, se difundieron rumores infundados sobre una supuesta epidemia de leptospirosis; sin embargo, apoyados en los datos generados por el SUIS, el MINSAL demostró que de los 233 casos sospechosos solo 5 resultaron positivos, razón de positividad equivalente al 2.14 %, lo cual corresponde al número de casos esperados, pues para 2015 la razón de positividad fue de 2.10 %. Digno de mencionar es que los casos con resultado de laboratorio positivo no tienen nexo epidemiológico ni geográfico, por lo que no puede considerarse brote epidémico. Final-

mente, la población debe estar confiada en que el MINSAL, en este como en otros casos, siempre dará respuesta oportuna realizando los controles de foco necesarios, investigando posibles fuentes de infección y factores de riesgo y acompañando acciones de educación y promoción de la salud.

Ántrax

En 2015 el MAG registró y notificó al MINSAL 3 casos de ántrax animal, un porcino y un bovino, en el municipio de Texistepeque, Santa Ana, y un bovino en el municipio de El Paraíso, Chalatenango, que desencadenó intervenciones interinstitucionales para prevenir su contagio en humanos: visitas periódicas (seguimiento) a las haciendas ganaderas afectadas para prevenir el apareamiento de casos en humanos, brindar charlas educativas y promover la vacunación de animales.

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES BÁSICAS EN LAS OFICINAS SANITARIAS INTERNACIONALES

En el marco del fortalecimiento institucional impulsado por la Reforma de Salud, una de las iniciativas vinculadas a la vigilancia epidemiológica y ambiental en la región es la instalación de oficinas sanitarias internacionales en 10 puntos de tránsito de personas y de mercancías (6 terrestres, 2 aéreas y 2 marítimas) con involucramiento intersectorial (MINSAL, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Economía, Ministerio de Seguridad y Ministerio de Agricultura y Ganadería, entre otras), como compromiso de nación para el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (SRI), lo cual ha posibilitado en junio de 2015 alcanzar un promedio del 93 % de cumplimiento, conforme al “Cuestionario de seguimiento del progreso de las capacidades básicas requeridas por el RSI en los Estados partes”.

El fortalecimiento de las OSI y del Sistema de Vigilancia Sanitaria con base en un potente sistema de información como el SUIS desarrolló en el país las capacidades necesarias para dar respuesta y contener la epidemia que generó la introducción del virus del Zika en el país. Tal como se describe en el capítulo Manejo integrado e intersectorial de arbovirosis en El Salvador, 2016, la circulación del virus fue demostrada en noviembre de 2015. Esta información facilitó la toma de decisiones e intervenciones oportunas que merecieron el reconocimien-



Vacunación canina y felina.

to internacional por parte de las autoridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes invitaron a especialistas del ministerio a que formaran parte del Comité Internacional de Expertos.

En la segunda semana de marzo 2016 se recibió la visita de una misión internacional de la OMS, compuesta por expertos en diferentes disciplinas como epidemiología, laboratorio de virología, neurología y síndrome de Guillain Barré, para intercambiar experiencias en el abordaje de la enfermedad del Zika.

Para medir las capacidades de respuesta del sistema de salud, se realizó a finales de abril de 2016 un ejercicio de simulación y simulacro en el Aeropuerto Internacional de El Salvador *Monseñor Óscar Arnulfo Romero y Galdámez* sobre un evento de importancia en salud pública en el cual hubo participación interinstitucional y evaluadores de organismos inter-

nacionales de OPS/OMS y CDC. El objetivo de este ejercicio fue aplicar el *Plan de contingencia ante un evento de salud pública*, el cual resultó exitoso y demostró que el personal de salud que trabaja en las OSI y el personal de la red de servicios cuentan con las capacidades requeridas para ofrecer respuesta.

En septiembre del 2007, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27. R7, *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*, que tiene por objeto brindar apoyo a la formulación de planes de acción nacionales en materia de recursos humanos para la salud encaminados a fortalecer la atención primaria de salud. Se estableció un conjunto de 20 metas organizadas en torno a los cinco desafíos de recursos humanos y retomadas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.³

APOYO INTERNACIONAL PARA PROFUNDIZAR LA REFORMA



China Taiwan apoya control biológico del *Aedes Aegypti*.

La Reforma de Salud ha generado procesos y resultados innovadores que son objeto de reconocimiento y estudio por parte de la comunidad internacional. En consecuencia, la participación de los titulares del Ministerio de Salud en foros internacionales ha impactado en la agenda de salud regional y global.

El apoyo técnico y financiero no reembolsable de la cooperación internacional ha posibilitado continuar profundizando la Reforma de Salud, pues ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la gestión institucional, a la actualización y capacitación de los recursos humanos, a la investigación científica en diversas áreas, así como a construir, ampliar, remodelar y mejorar la infraestructura sanitaria, a dotar tecnología de última generación a la red hospitalaria del país y a proveer de otros equipos e insumos médicos.

La credibilidad y reconocimiento del MINSAL en la implementación y logros de la Reforma de Salud han servido como carta de presentación a nivel internacional para gestionar una fuente importante de financiamiento, que ha contribuido y seguirá contribuyendo al fortalecimiento institucional y a la profundización de la Reforma. En el periodo objeto de este informe, el apoyo de la cooperación

internacional se acerca a los US\$ 18 millones, lo cual ha implicado la firma de proyectos de cooperación, como se enuncia a continuación.

- Se aprobó la nota conceptual de la subvención para tuberculosis por el Fondo Mundial para la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria para ser implementado a nivel nacional en coordinación con el Mecanismo de País, formado por diversos sectores de la sociedad civil. Fue firmado en enero de 2016, por un monto de US\$ 10 millones.
- El otorgamiento de un canje de deuda por salud por parte del Gobierno de Alemania, que será ejecutado con intermediación del Fondo Mundial, por US\$ 10.7 millones de euros, destinado en su mayoría para implementar el proyecto de

“Reubicación y adecuación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de El Salvador”. Este apoyo financiero permitirá que el LNR cuente con una infraestructura tecnológica y científica segura y apta para desarrollar procesos de bioseguridad enmarcados en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y brindar respuesta a los problemas de salud desde una visión integral, incluyendo la sustentación del diagnóstico, el seguimiento y el control del VIH, de la tuberculosis y de la malaria, lo cual es de vital importancia para la población salvadoreña y para el fortalecimiento institucional.

Instrumentos de cooperación internacional más relevantes suscritos por el Minsal, 2015-2016.

Tabla 1. Instrumentos de cooperación internacional más relevantes suscritos por el Ministerio de Salud, 2015-2016

N°	Convenio	Beneficios e impacto a la población	Fecha	Monto en US\$
1	Convenio Específico de Colaboración para la ejecución del proyecto denominado “Mejoramiento de la Atención, Seguridad y Calidad de Medicina Perinatal en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, El Salvador” entre el Ministerio de Salud de El Salvador y la Asociación de Ayuda Médica para América Central -AMCA-	Con este convenio se amparará la ejecución de la construcción y ampliación física de infraestructura de la unidad de cuidados intensivos neonatales -UCIN- y unidades de apoyo del Hospital de Santa Ana, mejorándose los ambientes de reanimación neonatal, cuidados intermedios, área de prematuros y recién nacidos y consulta externa, entre otros. Firma de convenio	Diciembre de 2015	445 280.00
2	“Convenio Marco de Cooperación entre el Ministerio de Salud y Cruz Roja Salvadoreña- Cruz Roja Suiza”	Con este convenio se ampararan las acciones de colaboración y coordinación para el desarrollo de temas de Atención Primaria en Salud, orientados a la sostenibilidad de programas de Salud Comunitaria, Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Riesgos en Salud entre otros, en los municipios de San Vicente y Jiquilisco. Se espera que el MINSAL participe en la elaboración de un sistema de monitoreo local, con los principales indicadores de salud y que puedan ser afectados por el cambio climático, mientras que la Cruz Roja facilitará procesos de estructuración, organización y capacitación en salud comunitaria y salud en emergencia a los comités locales de salud	Febrero de 2016.	
3	Aprobación del Documento de Proyecto “Mejoramiento de la Seguridad y Calidad Transfusional en Bolivia, El Salvador y Guatemala”	Este se ampara en el Acuerdo General de Cooperación entre el Gobierno de El Salvador y el Gobierno de Italia. Con el desarrollo del proyecto se apoyarán acciones en la promoción de donación voluntaria, repetitiva y no remunerada de sangre.	Diciembre 2015.	276 000.00

4	Firma del Acuerdo de Aportación entre el Gobierno de la República de El Salvador por medio del Ministerio de Salud y el Programa Mundial de Alimentos, con el propósito de atender las actividades descritas en el “Proyecto de prevención para atender la inseguridad alimentaria y nutricional de familias afectadas por sequía recurrente para evitar un desastre”.	Con este acuerdo se beneficiara a 19 751 familias de 11 municipios priorizados en los departamentos de Ahuachapán, Santa Ana, Usulután y Morazán. Los montos del proyecto Proviene del Fondo de Protección Civil, para la Prevención y Mitigación de Desastres -FOPRO-MID-.	Marzo de 2016	1 400 000.00
5	Firma de carta de intención: “Acuerdo de Cooperación de Tratamiento Médico entre el Hospital Chi-Mei de la República de China (Taiwán) y Hospital Nacional Rosales de la República de El Salvador”.	En el marco del desarrollo y fortalecimiento del recursos humanos, este acuerdo busca promover el intercambio y cooperación técnica y científica en medicina clínica y de la salud pública, para mejorar la calidad en la atención de salud a la población que es atendida en el Hospital Nacional Rosales.	Septiembre 2015.	
6	Firma de Carta de Intención: “Carta de Intención entre el Hospital Chi-Mei de la República de China (Taiwán) y el Ministerio de de Salud de la República de El Salvador”,	Desarrollo y especialización de médicos de diferentes hospitales para la prevención, atención y cuidado médico en el área de oncología y de esta forma fortalecer las capacidades técnicas de los médicos para el abordaje integral de los pacientes.	Diciembre de 2015.	
7	“Fortalecimiento del Programa de Vacunación e Inmunización -PVI- en 45 Municipios de El Salvador”, financiado por China (Taiwan) a través de SETEFE.	El proyecto contribuirá a mejorar la salud de la población más vulnerable de los 45 municipios seleccionados, y aumentar su expectativa de vida saludable, así como el goce del derecho a la salud y al acceso a los servicios proveídos por el MINSAL, específicamente en cuanto al fortalecimiento del Programa Nacional de Vacunación e Inmunizaciones.	Diciembre de 2015	1 000 000. 00
8	Proyecto de “Fortalecimiento de las capacidades para la atención de emergencias médicas en el ámbito pre-hospitalario”.	En este proyecto se incluye a todos las organizaciones gubernamentales MINSAL, FOSALUD, y no gubernamentales Cruz Roja, Cruz Verde, Comandos de Salvamento, que prestan servicios de atención a emergencias prehospitalarias que incluye la capacitación y educación continua a los prestadores de servicios prehospitalarios, incluyendo a las comunidades, a través de los Ecos familiares. Además de la elaboración de manuales y guías de atención prehospitalaria y de atención de emergencias médicas, diseño de un Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Asistencia prehospitalaria y la formación del Comité que planificará la implementación y estandarización de los conocimientos necesarios para brindar la atención prehospitalaria.	Marzo de 2016	1 000 000.00
9	Minuta de Acuerdo entre Asociación de Desarrollo Comunal Dios Nos Guie Cantón Potrero Adentro, Alcaldía Municipal de San Simón, Morazán, Ministerio de Salud y la Embajada del Japón para el Proyecto de Construcción de la Infraestructura de UCSF Básica en cantón Potrero Adentro.	Mediante el desarrollo de este proyecto se busca el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria para garantizar el adecuado funcionamiento y prestación de servicios en un ambiente idóneo, beneficiando a 1857 habitantes del cantón Potrero Adentro del municipio de San Simón, Morazán.	Noviembre de 2015.	95 914.00

10	Minuta de Acuerdo entre el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, Ministerio de Salud y la Embajada del Japón, para el Proyecto “Mejoramiento de la Infraestructura del Banco de Sangre del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana”.	Con el que se pretende mejorar la infraestructura del Banco de Sangre del Hospital San Juan de Dios de Santa, beneficiando a la población de la Región pues el Hospital suministra sangre a los demás hospitales de la RIISS de la región occidental.	Enero de 2016.	86 187.00
11	“Convenio Marco de Cooperación Técnica y Funcionamiento entre el Ministerio de Salud y la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España”.	Este convenio ampara la ejecución 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”, cuyo objetivo general es la mejora del acceso al derecho humano a la salud de la población salvadoreña a través del fortalecimiento y consolidación del proceso de Reforma del Sector Salud.	Octubre de 2015.	3 424 200.00
12	Convenio de Sub-Subvención entre Population Services International -PSI- y el Ministerio de Salud,	Apoyo al logro de los objetivos y resultados del Programa de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española -EMMIE-, en el marco de la cooperación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria al Ministerio de Salud.	Octubre de 2015.	200 000.00
13	Acuerdo Marco entre el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria -FM- y la República de El Salvador.	Con el cual se ampara la ejecución e implementación de los programas que se ejecutan con el apoyo del FM, en lo relativo a sus cláusulas generales, subvenciones, notificaciones, impuestos, entre otros.	Diciembre de 2015	10 000 000.00
14	Aprobación de la Nota Conceptual de la Subvención para Tuberculosis por el Fondo Mundial para la lucha contra el VIH, la tuberculosis y Malaria.	Para ser implementado al nivel nacional en coordinación con el Mecanismo de País formado por diversos sectores de la sociedad civil.	Enero de 2016.	

PROYECTOS EN EJECUCIÓN

En materia de cooperación internacional, estos son los proyectos que se ejecutan bajo diversas modalidades en este periodo:

Centro Oftalmológico Nacional. La misión de médicos oftalmólogos cubanos, instalados en Hospital Nacional Santa Gertrudis, de San Vicente, brindan servicios de atención quirúrgica a la ceguera por cataratas y pterigión a toda la población que lo requiera. La misión cubana practicó en este periodo más de 4000 operaciones a pacientes de diferentes zonas del país, además de evaluaciones pre y posoperatorias.

Construcción y Equipamiento de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Soyapango. Con apoyo

de la Agencia de Cooperación Internacional de Corea, KOICA, el proyecto se encuentra en etapa de diseño final de la infraestructura, obras interiores y exteriores, construcción de instalaciones, permisos y factibilidad de servicios básicos, estudios de suelo, etc., así como en la definición del equipamiento médico y no médico de todas las instalaciones. Asimismo, se está desarrollando el componente de capacitación al recurso humano en temas de atención integral en salud comunitaria en coordinación con la Universidad de El Salvador.

Con apoyo técnico de la OPS, Corea ha brindado el financiamiento para fortalecer el modelo de atención de la RIISS, basada en APS y con enfoque de salud familiar para profesionalizar progresivamente al personal de salud en el nuevo modelo de atención.

Mejoramiento de la seguridad y calidad transfusional en Bolivia, El Salvador y Guatemala, con apoyo del Instituto Ítalo Latinoamericano (IILA) y la Asociación de Voluntarios Italianos Donantes de Sangre (AVIS). Este proyecto incluye, entre otras actividades, la capacitación en asociación, gestión, fidelización y promoción de los donantes voluntarios de sangre en El Salvador. Además, promueve encuentros entre la Red Nacional de Bancos de Sangre y la Asociación de Voluntarios Donantes de Sangre, a fin de implementar trabajos conjuntos en favor de la promoción de la donación voluntaria no remunerada y repetitiva de sangre segura. Incluye pasantías de personal de salud en Italia en temas de inmunohematología, así como la dotación de equipo médico, insumos y vehículos.

Apoyo técnico para la consolidación de la Red de Bancos de Leche Humana. Con apoyo del Gobierno de Brasil bajo la modalidad Sur-Sur, en este periodo se han formado a 10 técnicos en tutoría especializada para cursos de procesamiento y control de la calidad de leche humana, quienes elaborarán las guías prácticas para los cursos al personal de los nuevos centros recolectores y brindarán consejería en lactancia materna, recepción, prealmacenaje y transporte de leche materna.

El Salvador recibió de la Red Global de Bancos de Leche Humana un reconocimiento por el esfuerzo realizado y los avances logrados en la instalación y fortalecimiento de los tres Bancos de Leche Humana, que contribuye a disminuir la morbimortalidad neonatal; a la fecha el país es uno de los que más ha avanzado en términos de leche materna a nivel internacional, superado solamente por Cuba.

Construcción, remodelación y equipamiento de los laboratorios de patología de los hospitales nacionales Rosales, Santa Ana y Unidades de Citología de la red pública y Construcción, remodelación y equipamiento de los laboratorios de patología de los hospitales nacionales Benjamín Bloom y Dr. Juan José Fernández, Zacamil. Con el apoyo del Gobierno de China (Taiwán), estos proyectos, además de mejorar y ampliar la infraestructura hospitalaria, contribuyen a mejorar los servicios prestados en la red de hospitales nacionales e incluyen la dotación de equipo de laboratorio, así como de insumos y material médicos y de laboratorio.

Fortalecimiento del Programa de Vacunación e Inmunización (PVI) priorizado en 45 municipios de El Salvador, que a partir de 2016 protege a unas 65 mil

personas de distintas edades en edades: desde recién nacidos hasta un año, niños y niñas menores de 4 años, mujeres embarazadas y adultos mayores.

El Gobierno de Japón apoya al MINSAL por medio de la Agencia para la Cooperación Internacional de Japón (JICA) y el Programa de Asistencia Financiera no Reembolsable para Proyectos de Seguridad Humana (APCS). El Acuerdo para el Suministro de Equipos Médicos ha contribuido con la dotación de tres aparatos de Rayos X digitales para los hospitales San Rafael (La Libertad), Sensuntepeque e Ilobasco (Cabañas); dos equipos de ultrasonografía para los hospitales de Jiquilisco (Usulután) y Santa Gertrudis (San Vicente) y dos tomógrafos para los hospitales de Sonsonate y Zacamil. Asimismo, este esfuerzo incluye la instalación, la capacitación especializada de médicos y técnicos biomédicos y la dotación de materiales e insumos necesarios para su operación y mantenimiento.

- A través de APCS, Japón apoya el proceso de Reforma de Salud para acercar los servicios de calidad a la población ampliando la infraestructura sanitaria mediante el desarrollo de los proyectos: Ampliación y mejoramiento del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Nacional de Cojutepeque (Cuscatlán); Ampliación y mejoramiento de la infraestructura de la UCSF Intermedia El Porvenir (Santa Ana); Construcción de UCSF Básica en el caserío Sombrerito, cantón Carpintero, Polorós (La Unión) y Reconstrucción de la infraestructura de la UCSF Intermedia de Yoloaiquín (Morazán).
- El Programa de Voluntarios Japoneses brinda asistencia técnica en las áreas de investigación y prevención de la enfermedad de Chagas, fisioterapia y rehabilitación, salud pública, obstetricia y atención materno-infantil. Sus siete voluntarios se encuentran asignados en la Región Occidental de Salud, la UCSF Especializada de Perquín (Morazán), el SIBASI de Chalatenango, el Hospital Nacional de Ahuachapán, la UCSF Intermedia de Ahuachapán, la UCSF de La Palma y la UCSF de Nueva Concepción, ambas del departamento de Chalatenango.

La Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID) ha continuado apoyando al Instituto Nacional de Salud (INS) mediante el fortalecimiento del Laboratorio Nacional de Referencia y las redes de laboratorio a nivel nacional, y el funciona-



Japón aporta a la Reforma de Salud tecnología de punta para el Hospital Nacional de Sonsonate.

miento de la Escuela de Gobierno para el desarrollo y capacitación continua del personal profesional y técnico en salud. También impulsa la realización de investigaciones y estudios en temas prioritarios de salud como el embarazo en niñas y adolescentes, enfermedades crónicas no transmisibles y la determinación social de la salud, entre otros.

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* con el apoyo de la Agencia Andaluza de Cooperación para el Desarrollo (AACID), mediante el que se realizan estudios, asistencia técnica, pasantías y cursos de capacitación desarrollados por la Escuela Andaluza de Salud Pública para fortalecer las capacidades de respuesta del personal profesional y técnico del MINSAL.

Médicos del Mundo. Con el apoyo financiero de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), ha contribuido en el fortalecimiento de la Reforma de Salud en diez municipios del Departamento de la Paz, desarrollando actividades de promoción y educación en salud a nivel local, con enfoque de género y de derechos humanos. De igual forma ha contribuido al desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura del Primer Ni-

vel de Atención, mediante la adecuación y equipamiento de algunas Unidades Comunitarias de Salud Familiar de los municipios beneficiados.

Medicus Mundi. Ejecución 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, que contribuye a mejorar el acceso al derecho humano a la salud de la población a través del fortalecimiento y consolidación del proceso de la Reforma del Sector Salud. Sus principales acciones se orientan al fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud mediante la creación y desarrollo de estructuras para la formación sanitaria en áreas estratégicas; la promoción de la participación comunitaria, transparencia y rendición de cuentas; así como el fortalecimiento de las capacidades técnicas y del sistema de información de los Equipos Comunitarios de Salud familiar.

Apoyo del personal médico y de enfermería de la Universidad de Cambridge y de la Sociedad Adembrook al personal de salud de 30 maternidades del MINSAL en temas de gineco-obstetricia, emergencias obstétricas, gerencia. Estas acciones se llevan a cabo en el Hospital Nacional de la Mujer.

Proyecto de prevención para atender la inseguridad alimentaria y nutricional de familias afectadas por sequía recurrente para evitar un desastre, auspiciado por el Programa Mundial de Alimentos PMA. Se suma a esfuerzos hechos para mitigar el impacto de la sequía en la seguridad alimentaria y nutricional de los pequeños productores, jornaleros y sus familias en los municipios más afectados por estos eventos, contribuyendo a disminuir y prevenir la desnutrición en niños y niñas menores de cinco años y a los grupos más vulnerables.

Empoderamiento de mujeres, individuos, familias y comunidades. La estrategia MIFC se impulsa en apoyo a la salud materna y neonatal en El Salvador, auspiciada por Infants du Monde. Al operativizar la estrategia en las redes de los servicios de salud del MINSAL se busca desarrollar experiencias innovadoras en áreas clave para fortalecer el empoderamiento de las mujeres; fortalecer la capacidad organizativa operacional e institucional del programa para asegurar la ampliación a mayor escala de las innovaciones, la coordinación, el monitoreo y la evaluación del programa. Incluye capacitación del personal de salud del Primero y del Segundo Nivel de Atención.

ÉXITO EN LAS RELACIONES REGIONALES E INTERNACIONALES DE PAÍS

El Salvador, representado por los titulares de Salud, participa en diversas reuniones de carácter regional e internacional en el marco de la salud global y aboga en favor de estrategias novedosas para extender la cobertura y el acceso universal en salud. Asimismo, presenta sus experiencias exitosas en la implementación de la Reforma de Salud para establecer nuevos elementos que fortalezcan las posiciones del país en materia de salud pública en la agenda internacional y regional a la vez que identifica potenciales nichos de colaboración y apoyo mutuo para fortalecer la cooperación al país.

A continuación, algunas de estas reuniones:

XLIII REUNIÓN DEL CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (COMISCA)

Durante el periodo de julio a diciembre de 2015, El Salvador detentó la presidencia pro t mpore (PPT) del Sistema de Integración Centroamericana (SICA). En consecuencia, el MINSAL ejerció la PPT del Con-

sejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y priorizó tres actividades estratégicas, para lo que coordinó un intenso trabajo del Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana (CEIP) y las Comisiones Técnicas y Redes Temáticas por medio de múltiples reuniones virtuales y presenciales, que culminaron con:

1. Construcción del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana;
2. Ratificación del convenio entre el COMISCA y el Servicio de Contratación Pública de la República del Ecuador (SERCOP), tras lo cual se incorpora dicho país en la negociación conjunta de medicamentos: la celebración de la novena ronda de Negociación Conjunta COMISCA de precios de medicamentos.
3. Elaboración de los Reglamentos Técnicos Centroamericanos de Farmacovigilancia, de Buenas Prácticas de Almacenamientos y Distribución, de Equivalencia Terapéutica y los listados armonizados de medicamentos y reactivos e insumos de laboratorio.
4. Encuentro de los Comités de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. El 9 de septiembre de 2015 se reunió el COMISCA, convocado por el Ministerio de Salud de El Salvador y con el respaldo técnico del Programa para América Latina y el Caribe de Bioética y  tica de la Ciencia de la UNESCO, con el objetivo de reafirmar la vigencia de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) e intercambiar experiencias institucionales en los Ministerios de Salud centroamericanos y los marcos utilizados para la toma de decisiones sobre problemas y urgencias en  tica de la investigación y bioética.

Como resultado, los representantes de los Ministerios de Salud de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Belice y República Dominicana, propusieron presentar a la próxima reunión del COMISCA un borrador de resolución que reafirmar  los compromisos asumidos por los Estados miembros del SICA, establecidos en la DUBDH, firmada y ratificada por dichos países en el año 2005. La resolución propone impulsar la aplicación de los principios de la DUBDH, especialmente los establecidos en los artículos 22, 23 y 24 de la misma como refe-

rentes para la legislación y reglamentación referida a la bioética y la ética de la investigación en salud de los países miembros del COMISCA, así como también establecer mecanismos de reflexión bioética y de acción permanente para contribuir a la solución de los problemas que atañen a la salud de cara al logro de un desarrollo humano sostenible en Centroamérica y República Dominicana. Los Estados presentes plantearon, además, la creación de un grupo de trabajo para dar cumplimiento a los acuerdos anteriores.

REUNIÓN PRESENCIAL DEL CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

En cumplimiento de los compromisos como país miembro y como presidencia pro t mpore del COMISCA se celebró la XLIII reunión ordinaria del COMISCA, el 10 y el 11 de diciembre 2015, en San Salvador, El Salvador.

El debate se centró en temas de interés común que contribuyen al fortalecimiento de la salud en el ámbito regional, considerando la intersectorialidad y la determinación social de la salud en el abordaje de los principales problemas de salud pública.

Se destacó que a través de la negociación conjunta de medicamentos, a diciembre 2015 se tuvo un ahorro acumulado de más de US\$ 38 millones para la región en más de 60 medicamentos armonizados para enfermedades como cáncer, hemofilia, epilepsia, diabetes, hipertensión, entre otras. Asimismo, se informó acerca de otras iniciativas y proyectos de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA.

Otro de los temas centrales fue la aprobación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, el cual permitirá contribuir al bienestar en salud de la población de la región de Centroamérica y República Dominicana, desde un abordaje de la determinación social de la salud, con enfoque de derecho, y generando valor público.

Asimismo, los ministros y las ministras de Salud de la región firmaron la Declaración de San Salvador “HACIA LA EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL, MEDIANTE UN ABORDAJE REGIONAL DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD”, con lo cual la región busca fortalecer los sistemas de salud, la participación comunitaria y la intersectorialidad para superar las inequidades en salud, avanzar en el camino hacia el acceso universal y la cobertura universales de salud

y contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

REUNIÓN EXTRAORDINARIA COMISCA

Considerando el llamado de la Organización Panamericana de la Salud para brindar una respuesta internacional coordinada ante el riesgo de propagación de la enfermedad por el virus del Zika y siendo Centroamérica una región con una elevada presencia del vector, un alto nivel de desplazamiento humano (migración interna y externa) y en atención al mandato emanado de la Reunión Virtual Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno del SICA, en febrero de 2016, la Presidencia pro t mpore del COMISCA, ostentada por Honduras, realizó una reunión extraordinaria de los países miembros del COMISCA, en Tegucigalpa, para aprobar un plan de acción para el abordaje regional del virus del Zika, promover alianzas estratégicas con otros sectores y establecer recomendaciones de coordinación para el abordaje intersectorial de los factores que permiten la diseminación de la enfermedad por el virus del Zika y su impacto en la población, sobre todo en los grupos más vulnerables.

XXXI REUNIÓN DEL SECTOR SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (RESSCAD)

La reunión de RESSCAD se celebró el 15 y el 16 de octubre de 2015, en Honduras, sede de la Presidencia pro t mpore de dicho Foro. Los principales temas discutidos durante la reunión fueron: seguridad alimentaria y nutricional, agua y saneamiento, abordaje de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles y la propuesta de complementariedad entre los Foros de RESSCAD y COMISCA para mejorar la eficiencia y efectividad de ambos.

El Salvador presentó una propuesta para considerar el desarrollo de un protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco con el objetivo de contribuir a contener el tabaquismo.

Además, se presentaron los avances y logros de los acuerdos de la XXX RESSCAD. El Salvador reportó un avance mayor al 70 % en lo relacionado con salud mental, enfermedades no transmisibles, con énfasis en la enfermedad renal crónica de causa no tradicional y el cáncer, fortalecimiento de las instancias reguladoras nacionales de medicamentos y

productos biológicos y tecnologías en salud, control de las enfermedades transmisibles y gobernanza y acceso al agua con enfoque de derechos humanos, incluyendo los retos que aún enfrenta el país para alcanzar el acceso universal en salud y la cobertura universal de salud.

En seguimiento a las reuniones del Consejo Directivo de OPS/OMS relacionadas con el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico de OPS/OMS (SPMS), se realizó la evaluación de los resultados inmediatos e intermedios del Plan Estratégico de la OPS/OMS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015. En diciembre 2015, El Salvador participó en la evaluación de los avances de los resultados intermedios e inmediatos del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015, con el objetivo de evidenciar los avances y logros de las metas propuestas por los países en el camino hacia un acceso universal en salud y cobertura universal de salud, con el apoyo de la OPS.

CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA “CUBA-SALUD 2015”

El objetivo de esta convención, realizada en La Habana del 19 al 25 de abril de 2015, fue intercambiar experiencias y reflexiones sobre la efectividad de la salud pública en el mundo actual, políticas económicas, sociales y ambientales y sus implicaciones para la salud pública, estrategia de atención primaria de salud, ampliación de cobertura, intersectorialidad y participación comunitaria; transformación de los servicios de salud; desarrollo de sistemas de investigación, entre otros.

68.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Del 16 al 21 de mayo de 2015, el MINSAL participó en las deliberaciones sobre la salud global, los retos emergentes y los diversos temas que afectan a países ricos y pobres, en la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza. Entre otros temas, se discutió el incremento del uso de los antibióticos y la creciente resistencia a estos; las deficiencias en materia de inmunización y los problemas de desnutrición y malnutrición que afectan a los países en desarrollo. Asimismo, se trataron temas de gobernanza, acceso y cobertura universales de salud; se dio la aprobación para que la OMS reforme el Programa de Emergencia y Respuesta y se alcanzaron acuerdos sobre temas como el Reglamento Sanitario Internacional. También se dio

especial atención al brote del ébola y las estrategias que deben impulsar los países para prevenir epidemias de esta naturaleza.

54.º CONSEJO DIRECTIVO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y 67.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

En este encuentro, celebrado en Washington D.C. del 27 de septiembre al 1 de octubre de 2015, se eligió a El Salvador para la Presidencia, asumiendo la misma la Dra. Violeta Menjívar Ministra de Salud. En dicha reunión se presentó y aprobó el programa y el presupuesto 2016-2017 de la OPS/OMS y se adoptaron nuevas estrategias regionales y planes de acción para afrontar problemas prioritarios en salud pública: Plan de acción sobre inmunizaciones, Estrategia y plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de salud para enfrentar la violencia contra mujer, Estrategia sobre legislación en salud y otros temas relevantes.

REUNIÓN REGIONAL DE MINISTROS Y VICEMINISTROS DE LA RPSS DENOMINADA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

Celebrada en Bilbao del 27 de noviembre al 4 de diciembre de 2015, este encuentro sirvió como escenario para discutir temas relacionados con la conceptualización de los servicios socio sanitarios, avances y desafíos, así como el intercambio de experiencias exitosas en la región.

CÁTEDRA POR LA PAZ: POLÍTICA SALUD, ARTE Y CULTURA PARA EL ACUERDO SOCIAL

La Cátedra por la Paz, celebrada en la capital colombiana en septiembre de 2015, fue un espacio de reflexión e intercambio de experiencias vinculadas con la salud y el bienestar de las personas. El Salvador presentó la conferencia Injusticia social, conflicto y derecho a la salud en el largo plazo. La estructura de la cátedra refleja un enfoque interdisciplinario y complejo de abordaje de los problemas asociados a la construcción de la paz.

FORO DE LAS AMÉRICAS DE SALUD URBANA

Entre el 30 de noviembre al 4 de diciembre de 2015 se desarrolló el Foro de las Américas de Salud en la ciudad colombiana de Medellín. El propósito del foro



fue mostrar cómo algunas ciudades han afrontado los riesgos a la salud provenientes del alto grado de urbanización mediante la adopción de políticas públicas en diferentes sectores, con lo cual se ha logrado un impacto positivo en la salud de la población.

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DEL MINSAL EN FOROS INTERNACIONALES COMO PARTE DE LOS COMPROMISOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Durante el periodo se autorizaron 225 misiones oficiales a personal directivo, profesional y técnico que representó a la institución y al país en convenciones, congresos, reuniones regionales de seguimiento a temas específicos, compromisos en diversas materias, foros temáticos, reuniones sectoriales e intersectoriales, talleres de consulta regional, entre otros, en muchos de los cuales la representación de El Salvador compartió los avances de la Reforma de Salud en diferentes temáticas, pues en su mayoría los delegados asistieron como expertos que brindaron asesorías y dictaron discursos. La participación de las delegaciones salvadoreñas fue posible gracias al financiamiento de organismos de cooperación, algunos de

los cuales se enmarcan en la cooperación bidireccional, sobretodo cooperación técnica Sur-Sur. Además, para fortalecer las capacidades del personal técnico se efectuaron pasantías y capacitaciones priorizadas, también financiadas por la cooperación de organismos y agencias de cooperación internacional.

COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OMS/OPS A TRAVÉS DE LA REPRESENTACIÓN LOCAL EN EL SALVADOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo especializado en salud del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano. Partiendo de su Plan Estratégico, articula su trabajo en El Salvador con el Plan Estratégico Institucional del MINSAL y el *Plan Quinquenal de Desarrollo de El Salvador 2014-2019*. Su marco de desempeño con el país está establecido conjuntamente a través de la Cancillería y el Sistema de Naciones Unidas denominado MANUD (Marco de la Naciones Unidas para el Desarrollo).

Este periodo se ha caracterizado por grandes retos asociados al acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud, pilares de la Reforma de Salud que profundiza el Gobierno de El Salvador; la respuesta a la infección por el virus del Zika; trabajo en recursos humanos para profundizar y consolidar los retos en materia de mejora de competencias, dotación y distribución; el compromiso para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la agenda hacia 2030, como el primer país de los 20 seleccionados a nivel global para su implementación acelerada.

Recibieron especial cooperación técnica, financiera y acompañamiento permanente temas como el combate al VIH-Sida, la eliminación de la malaria, la salud mental, la diabetes, la obesidad, la violencia, la reducción de la mortalidad materna y perinatal, la vacunación, la adquisición de medicamentos a través del Fondo Estratégico de la OPS y otros. A continuación, algunos de los principales procesos de cooperación en este periodo.

PROCESO DE REFORMA LEGAL Y SISTEMA INTEGRADO DE SALUD

Como rector del Sistema de Salud, el MINSAL ha dado pasos firmes para avanzar hacia la integración, particularmente en la actualización de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Las entidades que lo conforman (FOSALUD, ISBM, ISSS, COSAM, ISRI, MINSAL), y adicionalmente el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), han trabajado acompañados con asesoría técnica y financiera de OPS en diferentes áreas: jurídica, servicios de salud, recursos humanos e investigación.

Tanto el MINSAL como la OPS coinciden en la necesidad de generar solidez y seguridad en materia de integración, lo que significa, entre otros aspectos: i) consolidar los logros alcanzados con la Reforma de Salud garantizando de manera real el derecho a la salud y fortaleciendo el sistema público; ii) sostener y expandir las mejoras en la equidad del acceso a los servicios; y iii) propiciar mejoras en la eficiencia del Sistema de Salud.

Este proceso es una iniciativa que la OPS acompañará hasta su presentación a la Asamblea Legislativa, a fin de buscar que los avances se consoliden en beneficio de todas y todos los salvadoreños en materia de servicios públicos, calidad, habilitación de servicios, ley de deberes y derechos de los pacientes, acceso oportuno y equidad.

ACOMPañAMIENTO AL PAÍS EN LA RESPUESTA AL ZIKA

El Salvador fue el tercer país en la región que reportó circulación autóctona de casos de zika y la asociación con alteraciones neurológicas vinculadas con la enfermedad; con ello, una serie de acciones fueron orientadas técnicamente por el MINSAL y la OPS y desplegadas por las autoridades para hacer frente a la emergencia con la estrecha cooperación del Gobierno central y de los gobiernos locales a través del Sistema Nacional de Protección Civil.

Se establecieron varias líneas de trabajo con la OPS para la respuesta, entre las cuales destacan: el diagnóstico de laboratorio, la capacitación a profesionales y el apoyo para la elaboración de los protocolos clínicos de atención a pacientes con zika, SBG y niños con microcefalia.

En todos los casos, el equipo de la OPS participó activamente mediante estas acciones: acompañamiento de asesores internacionales a la estrategia de gestión integrada en todos sus componentes, remisión de muestras a centros colaboradores para verificación de los casos de zika; envío de profesionales a capacitación a Washington, D.C., Puerto Rico, Nicaragua, Panamá y otros países en temas asociados a zika y arbovirosis. La OPS y el Sistema Nacional de Salud llevaron a cabo un foro abierto sobre el virus del Zika y su posible asociación con enfermedades neurológicas y malformaciones congénitas, en el que se contó con la participación de ponentes del Sistema Nacional de Salud, de la OPS/OMS, de la Asociación de Neonatología, de la Asociación de Ginecología y Obstetricia, de la Asociación de Neurología y del Colegio Médico.

Se implementó una amplia participación mediática para exponer el comportamiento regional de la enfermedad y se concretó la movilización de una misión de nueve expertos en los temas asociados a esta enfermedad (epidemiología, laboratorio, neurología, pediatría, ginecobstetricia, entre otros), complementándose el protocolo de las investigaciones que desarrolla el país y la definición de guías de atención.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Uno de los aspectos más destacados se centró en focalizar la relación entre la formación del recurso humano en El Salvador a nivel de estudios universitarios en atención primaria en salud (APS) y su desempeño

en el cuidado de la salud de la población, lo que permitió la calificación de profesionales y la transformación en los planes de estudio, principalmente en la carrera de Medicina de la Universidad de El Salvador.

En asocio con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y con respaldo universitario se certificó al 100 % de sus equipos básicos de salud y además se acompañó en el diseño del diplomado en atención primaria en salud (APS) al MINSAL, logrando incorporar nuevas competencias en los profesionales para consolidar la implementación del modelo de atención en salud familiar.

Se acompañó el fortalecimiento del observatorio de recursos humanos y estudios específicos que permitirá implementar medidas de gestión para el desarrollo del talento humano, así como en el desarrollo de competencias de los gestores locales.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

La OPS participó activamente en la elaboración y puesta en marcha de la *Política nacional para la prevención y control del cáncer*, aportando en: diagnóstico situacional de Cáncer en el país, acompañamiento con la misión imPact, que busca obtener una evaluación exhaustiva de las capacidades y necesidades nacionales de control del cáncer, entre otros temas.

Acompañó igualmente la elaboración del Plan de Acción de Salud Mental 2015-2017, alineado y en coherencia con el Plan de las Américas en Salud Mental.

También, en coordinación con la Comisión Nacional de Seguridad Vial, se elaboró el *Diagnóstico de la accidentalidad vial de El Salvador* para el periodo 2010-2014, que está siendo utilizado como la línea de base para el seguimiento a las acciones que el país ejecuta para cumplir los objetivos/metapas considerados en el Plan Mundial para el Decenio 2011-2020 de Acción para la Seguridad Vial de la OMS.

COOPERACIÓN QUE HACE LA DIFERENCIA

El acceso a vacunas, medicamentos y otros servicios han sido facilitados significativamente por la OPS, que ha tenido para ello un acompañamiento permanente a través de dos mecanismos de la Organización para la adquisición de vacunas y de medicamentos de alto costo: el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico, respectivamente, que además de facilitar crédito al país para la adquisición, aseguran acceso oportuno, calidad total y bajos precios en el mercado global.

Se actualizó el Convenio entre la OPS y el Ministerio de Salud para el acompañamiento al Centro de Excelencia de Tuberculosis. Esta iniciativa, que es también un reconocimiento al trabajo realizado por el país en este campo, permite apoyar a otros países de la región compartiendo con ellos el conocimiento, la experiencia y el impacto positivo logrado por El Salvador en el control de esta enfermedad.

HACIA LA VIGILANCIA DEL DERECHO DEL PUEBLO A LA SALUD



UNIDAD POR EL DERECHO A LA SALUD

La Unidad por el Derecho a la Salud (UDS) es responsable de garantizar los mecanismos necesarios para canalizar denuncias, quejas y avisos de la población relacionados con la falta de atención adecuada en salud. El compromiso de la UDS es facilitar la comunicación con la sociedad civil a fin de generar participación ciudadana mediante la promoción de las cartas de derechos y deberes de la población, contribuyendo al monitoreo de la garantía del funcionamiento del sistema participativo para la humanización del trato y la mejora de la calidez de los servicios de salud, así como la atención en la reparación en materia de salud de las víctimas de violaciones del derecho a la salud.

Para cumplir con su misión han funcionado de forma efectiva las Oficinas del Derecho a la Salud en los 30 hospitales y 5 Regiones de Salud.

De junio 2015 a febrero 2016 se recibieron 3729 quejas y avisos, y figuran entre las más frecuentes:

- a) maltrato de los profesionales de la salud;
- b) demora en tiempos de atención y citas;
- c) limpieza de los establecimientos de salud.

En relación a las solicitudes se tramitaron y resolvieron 13 437, de las cuales 230 se gestionaron y resolvieron en el marco del convenio entre el MINSAL y el ISSS.

**«Los derechos humanos son sus derechos. Tómenlos.
Defiéndanlos. Promuévanlos. Entiéndanlos e insistan en ellos.
Nútranlos y enriquezcanlos... Son lo mejor de nosotros.
Denles vida».**

Kofi Annan

Por otra parte, con respecto a las medidas de reparación a víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, se han realizado procesos de coordinación articulados con otras instancias del Estado, como el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Inclusión Social, y con entidades de la sociedad civil, como Asociación ProBúsqueda, Asociación Comadres, Tutela Legal y Asociación Madeleine Lagadec, con el objetivo de vigilar que los procesos de atención a víctimas sean efectivos.

Se ha continuado realizando visitas domiciliarias a personas beneficiarias de sentencias en contra del Estado para monitorear si han existido dificultades en cuanto a la atención en salud recibida y así buscar soluciones que superen dichos inconvenientes.

Desde 2009, el Ministerio de Salud ha llevado a cabo esfuerzos orientados a garantizar el derecho a la salud y a la construcción de una cultura de calidad con el fin de mejorar la atención y promover un trato digno y humanizado a la población usuaria de los servicios de salud en los tres niveles de atención, con el acompañamiento de la Unidad Nacional de Gestión de la Calidad, de la Red Integral e Integrada de los Servicios de Salud (RIISS).

En este contexto, y con el fin de brindar una atención con calidad y calidez, se ha implementado en los 30 hospitales nacionales y en las 5 Direcciones Regionales de Salud las Unidades Organizativas de la Calidad (UOC), que son responsables de promover la identificación y desarrollo de intervenciones de mejora continua de la calidad. Asimismo, se han implementado en este periodo las Oficinas por el Derecho a la Salud (ODS) en cada Dirección Regional con el fin de atender, informar y tramitar las sugerencias, quejas, reclamos y peticiones que realiza la población usuaria de los servicios de salud, con el objetivo de velar por el cumplimiento de sus derechos y responsabilidades mediante acciones que tiendan a facilitar la información y la comunicación con la ciudadanía.

En septiembre de 2015 se creó por acuerdo ministerial número 1253 el Comité Nacional de Calidad

de la RIISS, coordinado por la Unidad Nacional de Gestión de Calidad. Dicho comité tiene como objetivo principal fortalecer la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la RIISS, y procurar la aplicación, medición de estándares e indicadores con el fin de identificar áreas críticas y mejorar la calidad de atención a la persona, la familia y la comunidad en el marco de la promoción del derecho a la salud y el trato humanizado.

Para fortalecer las competencias y garantizar el cumplimiento del derecho a la salud se desarrollaron 14 jornadas de servicio humanizado en salud en las que participaron los referentes de las ODS de las Direcciones Regionales y personal multidisciplinario de hospitales; de forma paralela, se llevaron a cabo constantes evaluaciones al avance del Sistema Participativo con las ODS hospitalarias y de las Regiones de Salud, realizando también dos evaluaciones del funcionamiento de Comités por el Derecho a la Salud en hospitales nacionales, que cuentan con la participación del Foro Nacional de Salud, y una evaluación de apertura de buzones con las ODS de las Regiones Metropolitana y Central con las UCSF.

PRIMER FORO POR EL DERECHO A LA SALUD

Con la finalidad de mejorar el trato humano a la población por parte de los trabajadores del MINSAL, en septiembre de 2015 se celebró el primer Foro por el Derecho a la Salud “Un Trato Humanizado”, que contó con la participación de coordinadores de las ODS, jefes de las Unidades Organizativas de la Calidad, enfermeras, áreas jurídicas e integrantes del FNS. El foro permitió la integración de diferentes sectores, como la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, la Organización Panamericana de la Salud, el Consejo Superior de Salud Pública, el FNS y la Asociación de Defensa para la Salud y el Medio Ambiente. En este foro participaron 100 profesionales de la salud de los 30 hospitales y las 5 Regiones, integrantes de los Comités por el Derecho a la Salud.

VIOLENCIA Y SALUD: MÁS ALLÁ DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS



El MINSAL ha definido este tema, a partir de este quinquenio, como uno de los diez ejes estratégicos del proceso de reforma, partiendo de que, como a todos los problemas de salud, el ministerio está obligado a dar una respuesta integral y no solamente atención curativa a las víctimas de violencia. En este sentido, la propuesta emerge de un debate amplio y participativo para configurar su conceptualización y alcances, lo que se refleja en la Política Nacional de Salud para el periodo 2014-2019, cuyos postulados se describen a continuación.

La violencia es el resultado de las relaciones de poder en las que intervienen aspectos políticos y acceso a recursos económicos que generan exclusión, privación e injusticia, que impactan principalmente en los grupos más vulnerables.

Las causas de la violencia pueden entenderse solamente si se identifican y reconocen las relaciones de poder entre los miembros de la sociedad. Equivocadamente, hay sectores sociales que piensan que los pobres son los causantes de la violencia. Muy por el contrario, aunque la violencia se pueda definir como resultado de la inequidad y la exclusión social, no son los pobres los causantes de su propia exclusión, ni mucho menos de la violencia; son las inequidades y no la pobreza las mayores causantes de la mala salud y de la violencia.

«La violencia racial, de género, sexual y otras formas de discriminación y violencia no pueden ser eliminados sin cambiar la cultura».

Charlotte Bunch

Existen inequidades en la sociedad que generan pobreza, exclusión y violencia como las inequidades de género, de ingreso y distribución de recursos naturales y bienes de consumo, institucionalidad, empleo, derechos, administración de justicia e impunidad; estas inequidades provocan en la sociedad una cultura de violencia generada del opresor al oprimido, de los detentadores del poder a los excluidos, del agresor al agredido y cada cierto tiempo de los excluidos, oprimidos, agredidos y sectores radicalizados de la sociedad contra los generadores de las inequidades.

Las inequidades en El Salvador se reproducen en cada aspecto de la vida y tienen relación con las estructuras de poder en términos político, de acceso a la tierra, a vivienda, a servicios básicos, a educación, a oportunidades y en términos de la posibilidad de no ser explotado en los empleos. Es esta una violencia de carácter estructural: un conjunto de estructuras que no permiten la satisfacción de las necesidades y se concreta, precisamente, en la negación de estas necesidades.

Por otra parte, la violencia social es una violencia colectiva que ejerce un grupo social hacia otro y es reactiva contra la exclusión social masiva que ejercen los sectores políticos marginadores. Tanto las víctimas como los victimarios responsables de la violencia estructural y de la violencia social constituyen caldos de cultivo que son fácilmente cooptados por el crimen organizado, potenciando y yendo mucho más allá de las manifestaciones habituales del maltrato físico y psicológico.

Así, toda la sociedad, incluyendo la familia, reproduce el esquema aprendido de represión e impunidad, teniendo entre sus principales víctimas los más vulnerables como: mujeres, niños y niñas, jóvenes pobres, grupos excluidos y estigmatizados (pueblos originarios, personas con discapacidad, adultos mayores, LGTBI) y otros.

Una de las manifestaciones más graves de la violencia es el elevado número de homicidios, problemática que data de la década de 1990 y que ha fluctuado incrementándose de manera constante. Para 2014, El Salvador presentó una tasa de homicidios de 68.07 por 100 000 habitantes, la mayoría comprendidos entre los 15 y los 44 años, que representa el 14 % de las defunciones en la población masculina y el 7 % en la femenina. El 70 % de estos homicidios se cometen con armas de fuego.

Por cada muerte violenta se producen docenas de hospitalizaciones, cientos de visitas a los servicios de emergencias y miles de consultas médicas. Adicionalmente, los supervivientes de estas lesiones y de la violencia sufren discapacidades transitorias o permanentes además de consecuencias psicológicas, como depresión y cambios de conducta, que se asocian con un incremento del consumo de tabaco, alcohol, drogas, y trastornos alimenticios.

La violencia intrafamiliar (VIF) y la violencia de género también se vive en muchos hogares, siendo la psicológica, en sus diferentes formas, la modalidad más frecuente. La mayoría de las veces, estos casos no son denunciados primeramente por temor a represalias, ya sea de tipo físico, psicológico, pero también por dependencia económica, por no perder el prestigio social o porque se la considera natural, generando un grave problema de registro, pues las estadísticas no muestran todos los casos y tampoco separan los casos de violencia general contra las mujeres de los casos de violencia de género contra las mujeres.

La VIF condiciona una considerable carga de enfermedad y muerte sobre las mujeres (OMS, 2004). Estudios en Latinoamérica estiman que las mujeres que sufren VIF utilizan más los servicios de emergencias y consulta ambulatoria de especialistas, exámenes y hospitalizaciones, tienen mayor probabilidad de presentar infecciones de transmisión se-



xual, presentan más embarazos no deseados, presentan más complicaciones en el parto y posparto, y experimentan las más altas tasas de depresión y de suicidio.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA Y LESIONES

En el marco del Plan El Salvador Seguro, el MINSAL ha retomado los cinco ejes definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Ciudadana y Convivencia construyendo el Plan de Prevención de Violencia Interinstitucional que contiene 12 estrategias dirigidas a la persona, la familia, las comunidades y los centros escolares, que se desarrolla en la red de establecimientos de salud, centros escolares y comunidades en 10 municipios priorizados en el marco de promoción de la salud y prevención de violencia con énfasis en población joven. Esto que ha permi-

tido a su vez fortalecer los mecanismos intrainstitucionales e interinstitucionales para la óptima implementación y participación en diferentes espacios de coordinación, tal es el caso del Subgabinete de Prevención de Violencia del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública y los Comités Municipales de Prevención de Violencia (CMPV) en los municipios priorizados.

Este plan tiene por objetivo que niños, jóvenes y mujeres tengan proyectos de vida, a la vez que promueve que sean fuente de apoyo en su familia, escuela y comunidad.

En la red de establecimientos de salud, el MINSAL ha establecido clínicas para la atención a las mujeres víctimas de violencia, denominadas Unidades Institucionales de atención Especializada para las Mujeres, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido la Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, en concordancia con la Política Nacional de la Mujer y de las cuales

«La violencia engendra violencia, como se sabe; pero también engendra ganancias para la industria de la violencia, que la vende como espectáculo y la convierte en objeto de consumo».

Eduardo Galeano

en este periodo se implementaron en 11 hospitales. Estas unidades vinculan su trabajo con Ciudad Mujer para garantizar un abordaje intersectorial a las mujeres víctimas de violencia.

En el periodo analizado se atendió un total de 2550 mujeres afectadas por diferentes tipos de violencia¹, con predominio de la violencia sexual (999 casos; 39.2 %), seguida por la violencia física (703; 27.6 %), y en menor número la violencia autoinfligida (269; 10.5 %), a quienes se brindó atención psicológica y médica.

Estas Unidades facilitan la atención con calidad de las víctimas en un ambiente de confidencialidad y privacidad, lo que permite evitar la revictimización de las mujeres. Para la atención de las personas víctimas de trata se está participando en la actualización la política y ley y en la elaboración del reglamento respectivo, así como el fortalecimiento de las competencias técnicas de 175 recursos multidisciplinarios de salud para el abordaje integral de víctimas de trata de personas.

Se ha fortalecido el marco regulatorio para el manejo de personas afectadas por la violencia en el curso de vida en los diferentes niveles de atención, que incluye la promoción de estilos de vida libres de vio-

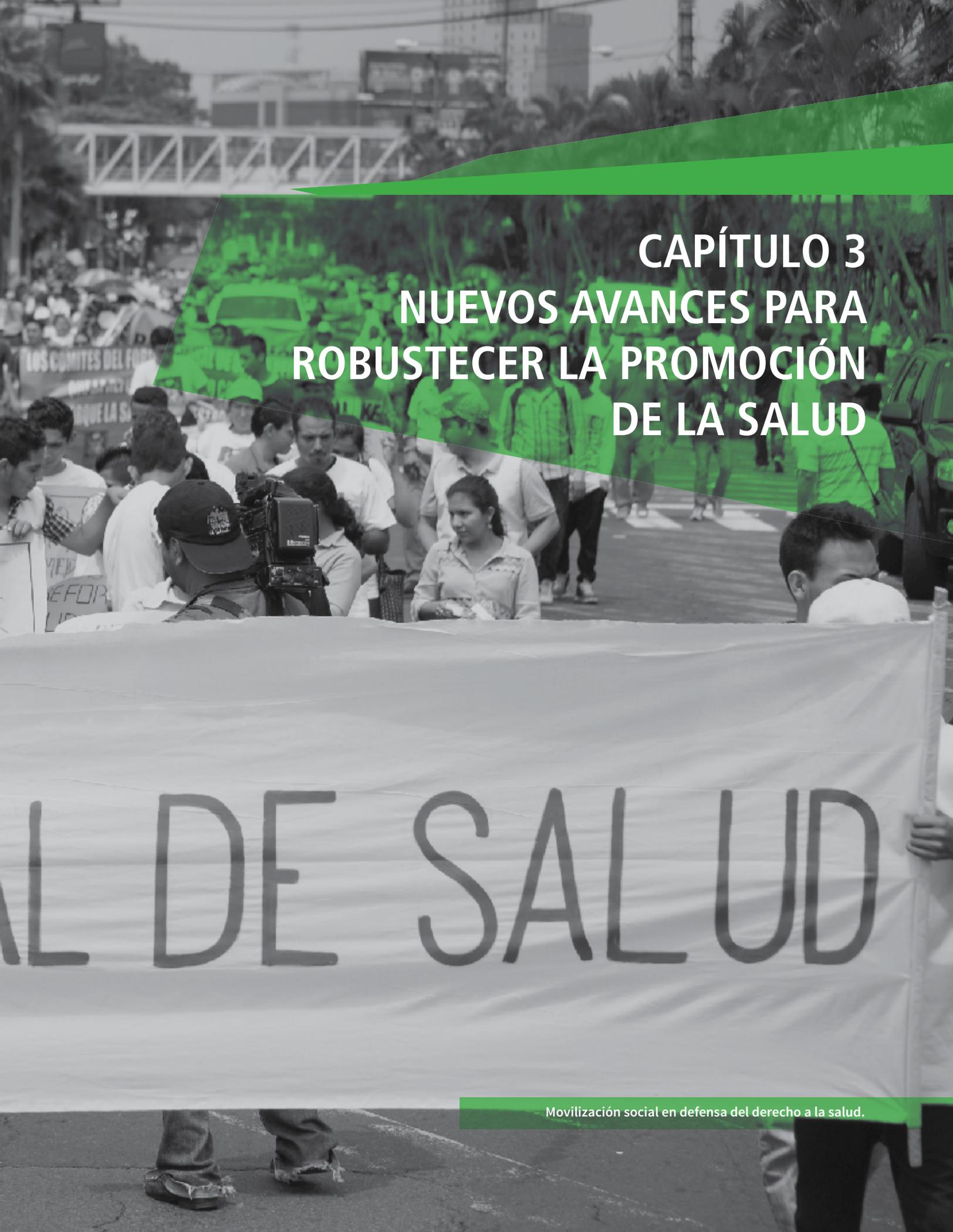
lencia en el nivel individual, familiar, laboral y comunitario, la prevención y atención de todas las formas de violencia, la rehabilitación psicosocial, el desarrollo de pautas generales para la coordinación interinstitucional e intersectorial, con participación activa de la comunidad, a fin de promover una atención integral.

En cuanto al sistema de vigilancia de lesiones de causa externa, se ha elaborado una propuesta para el fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia de violencia y lesiones tendiente a facilitar el análisis de datos para la toma de decisiones, particularmente la identificación y análisis de las inequidades y su incidencia en la violencia social. Igualmente se participó en el diseño y ejecución del Plan Nacional de Seguridad Vial 2015-2020, que contiene los cinco ejes de acción correspondientes al Plan Decenal 2010-2020, entre los que se destaca la gestión de la seguridad vial, infraestructura, promoción y educación vial, vehículos seguros y atención posterior a los accidentes. A partir de su estructuración se ha participado en el diseño de los Planes Nacionales de Seguridad Vial 2015 y 2016 y en la elaboración del Proyecto Mesoamericano de Seguridad Vial para los municipios de San Salvador y Soyapango, con el apoyo de OPS.

«Queremos una ciudadanía activa, que participe, que sea actora; queremos romper con aquella dinámica de esperar a que me den y pasar a ser actor para construir juntos».

Presidente Sánchez Cerén. Casa Abierta.





CAPÍTULO 3 NUEVOS AVANCES PARA ROBUSTECER LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

AL DE SALUD

Movilización social en defensa del derecho a la salud.

REFORZAMIENTO DE ALIANZAS ESTRATÉGICAS ANTE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD



TRABAJO INTRA E INTERSECTORIAL

La Reforma de Salud, en consecuencia con su planteamiento que orienta al Sistema Nacional de Salud hacia la atención primaria en salud, ha identificado la necesidad estratégica de abordar intra e intersectorialmente los problemas de salud, a fin de generar soluciones integrales que permitan orientar las políticas públicas. La Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) surgió como elemento innovador y catalizador en la búsqueda de soluciones que trasciendan el sector salud y ha logrado consolidar el trabajo intersectorial, intrasectorial y de comunidades organizadas (representadas en el Foro Nacional de Salud y otras instancias) de manera permanente y efectiva. Su propósito es diseñar, ejecutar y evaluar los procesos de planificación y respuesta ante eventos de interés de la salud pública, identificando e incidiendo en los componentes que determinan o influyen en situaciones que amenazan a la salud, estimulando la responsabilidad compartida entre las instituciones gubernamentales dentro y fuera del sector salud y la población en general, para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el control y la reducción de las inequidades y otros elementos que develan la determinación social de la salud.

El trabajo intersectorial e intrasectorial es uno de los 10 ejes del proceso de Reforma de Salud, que desarrolla desde el abordaje de la determinación social de la salud (DSS) en su parte intersectorial el trabajo con otros sectores diferentes a salud, pero que inciden significativamente en la generación o solución de muchos problemas de salud. Por otra parte, en el campo intrasectorial, se trabaja también desde la DSS en desarrollar experiencias conjuntas en la prestación de servicios de salud con las instituciones de los sectores público y privado para abordar problemas de complementariedad en salud de las personas usuarias e intercambios positivos de experiencias como el abordaje de la promoción de salud del MINSAL.

Ambos abordajes permiten que diversos actores sociales así como las instituciones del Estado participan en un espacio territorial en sus diferentes niveles y se coordinen para solucionar los diferentes problemas que les afectan.

ABORDAJE INTRASECTORIAL DE LA SALUD

El principal espacio de intrasectorialidad en salud lo constituye el Comité Directivo del Sistema Nacional de Salud, que es conducido por la titular del MINSAL en el ejercicio de su función rectora y lo conforman los representantes legales o titulares de cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud: ISSS, Ministerio de la Defensa Nacional a través de COSAM, FOSALUD, ISRI, ISBM. El Comité Directivo fue activado en esta gestión y mantiene un análisis constante sobre las siguientes funciones: participación en la formulación de la Política Nacional de Salud, elaboración, control y evaluación de la ejecución de la aplicación del modelo de atención integral con enfoque de salud familiar, promoción de la suscripción de convenios de cooperación y colaboración entre las instituciones miembros del SNS, formulación de las normas, protocolos y demás instrumentos técnicos que emita cada miembro del SNS que garanticen la atención en los servicios, así como desarrollar procesos consensuados para la utilización común de dichos instrumentos, entre otras.

Desde este espacio del SNS se coordina el proceso para la formulación de la Política Nacional de Salud, con la participación y el apoyo de los demás miembros del SNS para la correcta ejecución y se definen los lineamientos que garantizan la articulación y complementación de servicios de atención

integral en condiciones de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad. Se han las siguientes acciones:

- Uso del cubo bacteriológico, que es un módulo del Sistema Único de Información en Salud por parte del ISSS. Este trabajo fue efectuado por medio de la cooperación del personal de la DVS y DTIC del MINSAL que desarrolló y capacitó en el manejo de dicho módulo. Este uso común permitirá tener información de resistencia bacteriana en línea, lo que permite un mejor análisis de la información.
- El Consejo Nacional del Sistema de Emergencias Médicas (CONASEM) es un espacio de coordinación que permite elaborar propuestas de instrumentos técnico-jurídicos para el funcionamiento del Sistema de Emergencias Médicas y someterlo a conocimiento del Ministerio de Salud, para los efectos pertinentes. Así como elaborar y aprobar el Plan Nacional de Capacitaciones del SEM, con enfoque desde la comunidad. Desde este espacio también se han diseñado convenios con organismos afines, tanto nacionales como internacionales, para fortalecer al SEM.

ABORDAJE INTERSECTORIAL

El mejor ejemplo del esfuerzo intersectorial lo constituye el trabajo que realiza la CISALUD, organización que nace en el año 2009 como iniciativa vinculada al trabajo participativo, intersectorial e inclusivo que promueve la articulación de diferentes sectores para el abordaje integral y especializado de la salud a fin de que las instancias involucradas solventen y tomen control sobre las inequidades en sus modos de vida.

Desde la CISALUD se han desarrollado esfuerzos permanentes para fortalecer el trabajo coordinado. Se realizaron 15 reuniones (9 técnicas y 7 ejecutivas), entre ellas, un taller de priorización de problemáticas de interés nacional para la salud pública, en la que se definieron las temáticas para desarrollar este año y que se presentan a continuación:

- seguridad vial;
- gestión como Política de Gobierno;
- Programa de Salud Nutricional para la Prevención de Trastornos Nutricionales;
- enfermedades crónicas no transmisibles;
- enfermedades vectorizadas;
- cambio climático y sus efectos negativos en la salud;

- salud y seguridad ocupacional;
- promoción de la salud y prevención de la enfermedad;

Como parte del abordaje intersectorial de las enfermedades transmitidas por el zancudo *Aedes aegypti*, las instituciones de CISALUD incluyeron el tema como un eje transversal para trabajo permanente de la comisión; por tanto, las instituciones se comprometieron a ejecutar acciones sostenidas para la prevención y el control de las mismas, de tal forma que al interior de las instituciones se incorporó, como parte del trabajo a desarrollar por los comités de salud y seguridad ocupacional y las clínicas empresariales, el compromiso de realizar y dar seguimiento a las acciones de control del vector.

Un ejemplo de lo expresado anteriormente lo representan las acciones conjuntas y coordinadas con el Ministerio de Turismo, la Corporación Salvadoreña de Turismo y el Instituto Salvadoreño de Turismo, con las cuales se generaron capacidades colectivas mediante capacitación a nivel nacional a guías y empresarios turísticos (de hoteles, hostales y restaurantes), empresarios de la cámara salvadoreña de turismo, turoperadoras y guardaparques, con el objetivo de socializar medidas puntuales que se pueden aplicar en los establecimientos turísticos para identificar y eliminar criaderos de zancudos transmisores de arbovirosis, así como consejos prácticos que pueden aplicar en sus establecimientos turísticos y recomendaciones a turistas mediante información impresa.

Otro de los principales resultados fue la propuesta para el cumplimiento del Plan Nacional del Decenio de Acción para la Seguridad Vial. Las acciones definidas por la Comisión Ejecutiva de CISALUD en este aspecto son la creación de una Política Nacional de Seguridad Vial que contenga una reforma del marco legal, la aplicación rigurosa de las leyes y reglamentos ya existentes, el fortalecimiento del trabajo del Comité Nacional de Seguridad Vial (CONASEVI) mediante el involucramiento de los diferentes sectores y actores, teniendo en cuenta la evaluación médica a conductores de transporte pesado, la creación del observatorio de seguridad vial, la generación de investigaciones integrales vinculadas con la seguridad vial y la abogacía para la reactivación del Fondo de Atención a Víctimas de Accidentes de Tránsito (FONAT).

La gestión integral del agua significó otro avance en el esfuerzo intersectorial, en donde se definie-

ron como principales acciones para el abordaje del problema la formulación de un plan para la gestión integral de los recursos hídricos como política de Estado para garantizar el acceso en cantidad, calidad y continuidad. En cuanto al tratamiento y disposición adecuados de las aguas residuales ordinarias y de tipo especial se realizó la revisión y actualización del marco regulatorio, el fortalecimiento de las instancias responsables de su cumplimiento y la creación de una comisión nacional de agua y saneamiento para continuar estimulando el trabajo de este subsector, a fin de darle seguimiento a la apuesta estratégica del Estado para la aprobación final por parte de la Asamblea Legislativa de una Ley General de Aguas y su implementación.

También se abordó en este espacio la elaboración de un plan intersectorial para la reducción de trastornos nutricionales. El Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN) actuará como ente coordinador para la integración de estrategias de fortalecimiento y para dar cumplimiento se definirán acciones clave como la participación de los Comités de Protección Civil en los diferentes niveles (departamental, municipal y comunales) en la organización de los comités de seguridad alimentaria, la difusión del tema de seguridad alimentaria y nutricional en las páginas de todas las instancias que conforman CISALUD y la sincronización de las agendas de trabajo entre CISALUD y CONASAN.

Para contribuir a la solución de este problema se establecieron los siguientes compromisos con el Ministerio de Educación: incorporación de la temática en la currícula educativa, promoción de cafeterías con alimentos saludables, escuelas de padres; ejecución de campañas educativas sobre consumo de alimentos y bebidas saludables y promoción de actividad física; formación institucional de agentes replicadores en campañas educativas (mensajes clave, acciones institucionales, diagnósticos, promoción de actividad física y autocuidado). Por parte de MAG, MARN, ISTA, MINSAL entre otros, se definió la integración del tema en la política de promoción de la salud y la elaboración de un plan estratégico intersectorial para desarrollar alternativas viables de tecnologías agropecuarias y forestales encaminadas a la seguridad alimentaria y nutricional.

Para afrontar las condicionantes que inciden en la aparición del sobrepeso y la obesidad se estableció con la CONASAN y las otras instancias de CISA-



Control biológico del vector *Aedes aegypti* en municipios del departamento de La Libertad.

LUD la formulación de un plan intersectorial para la reducción del sobrepeso y obesidad que conlleve a la abogacía en el ámbito legislativo, la adopción de estrategias de concientización, cambio de actitud y práctica de hábitos saludables en la población; la promoción de hábitos saludables en los empleados institucionales a través de los comités de salud y seguridad ocupacional y clínicas empresariales; la implementación nacional de la normativa para la lectura y comprensión del etiquetado en los productos comestibles de los contenidos de azúcar, sodio y grasas; así como la promoción de reformas en las normativas de desarrollo territorial a fin de contar con espacios de recreación y deporte.

El cambio climático y sus efectos negativos en la salud fue otro problema abordado por la Comisión, identificando como temas relevantes: a) la seguridad alimentaria y nutricional (sequía e inundaciones), b) agua (sequías y eventos extremos), c) la vulnerabilidad y contaminación atmosférica. Sobre estos temas se estableció un marco de trabajo a partir del Plan Nacional de Cambio Climático el-

aborado en 2015 por el MARN, definiendo líneas de acción encaminadas al cumplimiento de estrategias intersectoriales que respalden la ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de dicho Plan, así como los abusos que a lo largo del tiempo los países industrializados ejercen sobre nuestro país.

Este exitoso año de trabajo intersectorial propuso la actualización desde CISALUD de una nueva Política de Salud y Seguridad Ocupacional con participación de todos los actores involucrados que facilite un abordaje y un enfoque que vaya más allá de los sectores de trabajo formal; asimismo se instó a los miembros de CISALUD para dar continuidad a las estrategias intersectoriales completando las comisiones de SSO pendientes históricamente y que velarán por el cumplimiento del nuevo marco legal y su implementación.

La Comisión Intersectorial de Salud instó al Ministerio de Trabajo a reactivar la Comisión Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (CONASSO), lo que significará la regeneración de los mecanismos de coordinación entre las instituciones miembros,

«La 62.ª Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a que luchen contra las inequidades sanitarias en los países y entre estos... coordinen y gestionen las acciones intersectoriales en pro de la salud, con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas... »

WHA62.14, mayo de 2009.

homologación de información y vigilancia relativa a la seguridad y salud ocupacional para la toma oportuna de decisiones.

En el desarrollo de los recursos humanos se continuó trabajando para fortalecer las unidades de recursos humanos del SNS, generando capacidades para el liderazgo y gestión integral del talento humano; también se ha llevado a cabo un análisis conjunto de procesos de gestión para unificar procedimientos, así como el diseño del *Manual de puestos de trabajo* en coordinación con la Dirección de Profesionalización del Servicio Civil, de la Secretaría Técnica de Planificación y Transparencia. Además se ha continuado abordando temas relevantes como la educación de los trabajadores de la salud y los procesos de regulación en el seno de la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos.

Otros espacios de intra e intersectorialidad lo constituyen los Gabinetes de Gestión Departamental (GGD) y las Comisiones de Gestión Municipal (CGM), cuyos procesos son llevados a cabo por las diferentes gobernaciones y alcaldías del país. Diversos problemas de salud, y otros que no necesariamente son de salud, son colocados como puntos de agenda desarrolladas por las coordinaciones de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) y directores de diferentes establecimientos de la red de servicios de salud.

En estos espacios participan las fuerzas vivas aglutinadas en los departamentos y municipios del país. Las dinámicas como tal son diversas y complejas, por lo que son desarrolladas de manera particularizada en los territorios. La intención en estos procesos es articular los temas y problemáticas desarrollados en CISALUD para que sean retomados por los niveles departamental y local.

En el marco de la Subcomisión de Pirotécnicos de la CISALUD se ha participado en el diseño y ejecución de la campaña de prevención de lesionados por productos pirotécnicos en dos etapas: en la población escolar y en la población en general.

ACCIONES INTERSECTORIALES DESDE LA RIISS

El Comité Interinstitucional de Salud Bucal es una instancia permanente de carácter intersectorial e interinstitucional, de apoyo técnico, financiero y logístico para el desarrollo de las acciones trazadas por el MINSAL en materia de salud bucal. También se oficializó y ejecutó la estrategia de IEC para cambios de comportamiento en salud bucal y se realizó un diagnóstico nacional de los servicios de salud bucal con la participación activa de las Facultades de Odontología de la UES, UEES, USAM y UNASA.

La promoción, protección y apoyo de lactancia materna requiere el compromiso de todas las instituciones del sector salud para lograr el ejercicio pleno del derecho a la lactancia materna de las familias salvadoreñas. Para dar respuesta a la *Ley de promoción, protección y apoyo de lactancia materna* se creó la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAM), conformada por: Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación, CONNA, ISDEMU, Colegio Médico, Universidad de El Salvador. En este contexto se desarrollaron 21 jornadas de divulgación del marco legal de lactancia materna con 555 recursos de salud del sector público, del privado y de otras instituciones.

Se mantuvo un trabajo activo con la Alianza Neonatal de El Salvador constituida por un grupo

interagencial e interinstitucional que impulsa acciones conjuntas para la implementación de intervenciones clave para la salud neonatal, dentro de las que destacan: acciones para el fortalecimiento de iniciativas institucionales como la prevención de la prematuridad y atención del prematuro menor de 2000 gramos a nivel de la RISS, la prevención y atención a las anomalías congénitas, Red de Bancos de Leche y Centros Recolectores de Leche Humana y la Estrategia Canguro. Esta realizó acciones de incidencia para lograr la aprobación del Decreto Legislativo que establece el 3 de marzo de cada año como Día Nacional de la Prevención y Atención de las Anomalías Congénitas.

La Mesa Técnica Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia, en el marco del Modelo de Educación y Desarrollo Integral para la Primera

Infancia, trabajó en coordinación con el Ministerio de Educación y otras instancias en acciones como la suplementación con micronutrientes en polvo, dotación con alimento complementario de alto valor nutricional en los 100 municipios de mayor pobreza.

Se ha logrado el funcionamiento de la Alianza Interinstitucional e Intersectorial para la SSR, con la participación de las diversas instituciones y organizaciones, donde se destaca el trabajo de dos mesas temáticas: Salud Materna y Sexualidad, desarrollando 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 para contribuir a la reducción de la morbilidad materna.

PARTICIPACIÓN ORGANIZADA PARA EL EMPODERAMIENTO DE LAS FUERZAS SOCIALES



Proceso de conformación de la regional del norte de Usulután y San Miguel, FNS.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

En el periodo que se informa (2015-2016), el Foro Nacional de Salud (FNS) ha sido enfocado su trabajo en profundizar y consolidar la construcción del poder popular fortaleciendo el tejido organizativo comunitario, municipal y departamental y asumiendo desde su liderazgo la participación y representación comunitaria en los diferentes espacios facilitados por el MINSAL y en otros más de carácter interinstitucional, como el gabinete de gestión del departamento de La Libertad. Todo ello genera un compromiso militante y de apropiación de los espacios de participación de los liderazgos comunitarios activos en 75 municipios del país.

Para hacer realidad la participación social en salud y la corresponsabilidad en la toma de decisiones y su operativización a todo nivel dentro del Sistema Nacional de Salud, se logró la integración definitiva y constante del liderazgo comunitario en:

- a. 30 microrredes de salud que dan cobertura en 55 municipios de 8 departamentos del país;
- b. 6 RIISS departamentales;
- c. 11 SIBASIS; y
- d. 17 hospitales nacionales.

A nivel nacional, el FNS ha continuado trabajando intensamente en la formulación participativa de políticas públicas, integrándose en los comités técnicos y comités consultivos de la Política Nacional de Salud, de la Política de Promoción de la Salud (en proceso), de la Política Nacional de Investigación en Salud (en proceso), de la Política de Prevención del Cáncer (aprobada) y de la Política Nacional de Salud Bucal (aprobada).

Adicionalmente, como resultado de su análisis interno sobre la determinación social de la salud y la necesaria construcción de poder popular para una incidencia, el FNS inició el trabajo de convocatoria y consolidación de una nueva expresión de lucha organizada de la sociedad civil salvadoreña con una agenda política que trascienda lo meramente sectorial, logrando el lanzamiento público de la Alianza Social por la Gobernabilidad y la Justicia, el 17 de agosto de 2016, que integra tres ejes fundamentales de trabajo: a) gobernabilidad, b) soberanía nacional y c) justicia.

TRABAJO TERRITORIAL DEL FNS

Como parte del proceso de construcción del tejido organizativo, se realizaron las siguientes acciones.

Juramentaciones. Comité de la Microrred de la Región Norte de Usulután y San Miguel, el 29 de agosto de 2015, integrada inicialmente por representantes de cinco municipios de Nueva Granada, Mercedes Umaña, El Triunfo, San Buenaventura (Usulután); Lolotique, San Miguel y Chinameca (San Miguel). Comité Departamental de Cabañas, el 12 de noviembre de 2015, con la participación activa de liderazgos de 7 municipios del departamento de Cabañas: Victoria, Sensuntepeque, Guacotecti, San Isidro, Ilobasco, Tejutepeque y Jutiapa.

Seguimiento al funcionamiento de comités. Comité de la Microrred Región del Norte de Usulután y San Miguel, totalizando 7 municipios hasta 2015; Comité Departamental de Cabañas, en diciembre 2015. Comité Departamental de San Salvador (juramentado en mayo de 2014); Comité Departamental de La Libertad (juramentado en diciembre de 2013).

Integración de 165 referentes del FNS a 32 microrredes del MINSAL, que dan cobertura de servicios en 55 municipios de 8 departamentos del país, y coordinan además con 11 SIBASI y 17 hospitales nacionales arriba mencionados. Las microrredes donde hay presencia de liderazgo del FNS se detallan así:

Tabla 1. Presencia territorial del Foro Nacional de Salud en las microrredes

DEPARTAMENTO	SIBASI	MICORRED
San Salvador (13 municipios: Nejapa, Aguilares, Apopa, Guazapa, Mejicanos, Ayutuxtepeque, Soyapango, Ilopango, Panchimalco, Santiago Texacuangos, Cuscatancingo, San Martín, San Salvador)	Norte	1. Aguilares
		2. Apopa
	Sur	3. Panchimalco
		4. San Jacinto
		5. Ilopango
	Oriente	6. San Martín
		7. Soyapango
		8. Barrios
	Centro	9. Ciudad Delgado
		10. Mejicanos
		11. San Miguelito
12. Macizo Costero		
La Libertad (10 municipios: Comasagua, Teotepeque, Chiltiupán, Jicalapa, Puerto de La Libertad, San José Villanueva, San Pablo Tacachico, Quezaltepeque, Santa Tecla, Zaragoza)	La Libertad	13. Cordillera del Bálsamo
		14. Joya de Cerén
		15. Sonsonate
Sonsonate (7 municipios: Izalco, Nahuizalco, Santa Catarina Masahuat, Santo Domingo de Guzmán, Sonzacate, Sonsonate, Acajutla)	Sonsonate	16. Sonzacate
		17. Izalco
		18. Acajutla

DEPARTAMENTO	SIBASI	MICORRED
Santa Ana: (7 municipios: El Congo, Coatepeque, Santa Ana, San Sebastián Salitrillo, Candelaria de La Frontera, Santiago de La Frontera, San Antonio Pajonal)	Santa Ana	19. El Congo
		20. Candelaria de La Frontera
		21. Dr. Tomás Pineda
		22. Chalchuapa
Ahuachapán (1 municipio: Guaymango)	Ahuachapán	23. Guaymango
Cabañas (7 municipios: Victoria, San Isidro, Guacotecti, Sensuntepeque, Ilobasco, Tejutepeque y Jutiapa)	Cabañas	24. Sensuntepeque
		25. Ilobasco
San Miguel (5 municipios: San Miguel, Nueva Guadalupe, Chinameca, Lolotique, Chirilagua)	San Miguel	26. Chinameca
		27. San Miguel
Usulután: (5 municipios: Nueva Granada, El Triunfo, San Buenaventura, Estanzuelas y Mercedes Umaña)	Usulután	28. Berlín
		29. Santiago de María
		30. Chinameca
8 departamentos y 55 municipios	11*	30

Fuente: MINSAL.

*La Región de Salud Metropolitana (departamento de San Salvador), tiene 4 RIIS en correspondencia con sus 4 SIBASI.

Selección y nombramiento de 15 referentes institucionales y 45 comunitarios del FNS (de este total de 60 referentes 15 son hombres y 45 mujeres) para integrar con la Unidad por el Derecho a la Salud el Programa de Humanización de Servicios de Salud del MINSAL en 17 hospitales nacionales:

1. Hospital Nacional de la Mujer
2. Hospital Nacional Especializado de Niños Benjamín Bloom
3. Hospital Nacional Especializado Rosales
4. Hospital Nacional Regional San Juan de Dios (San Miguel)
5. Hospital Nacional Regional San Juan de Dios (Santa Ana)
6. Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe (San Miguel)
7. Hospital Nacional General Dr. Juan José Fernández (Zacamil)
8. Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña
9. Hospital Nacional General y de Psiquiatría Dr. José Molina Martínez (Soyapango)
10. Hospital Nacional General San Rafael (Santa

Tecla)

11. Hospital Nacional General Dr. Jorge Mazzini Villacorta (Sonsonate)
12. Hospital Nacional General Dr. Francisco Menéndez (Ahuachapán)
13. Hospital Nacional General San Pedro (Usulután)
14. Hospital Nacional General Dr. Jorge Arturo Mena (Santiago de María)
15. Hospital Nacional General de Sensuntepeque.
16. Hospital Nacional General Dr. José Luis Saca (Ilobasco)
17. Hospital Nacional General Santa Teresa (La Paz)

Las anteriores acciones permiten materializar el derecho de participación desde la base social en forma propositiva, deliberativa y protagónica, en una relación armoniosa de Gobierno y ciudadanía, logrando transparencia y confiabilidad en el rumbo y proceso de la Reforma de Salud implementada por el MINSAL.

TRABAJO SECTORIAL

El Foro Nacional de Salud, consciente de la realidad nacional y a partir de la reflexión y del análisis colectivo, determinó apostarle al tratamiento de la violencia como uno de los graves problemas que afecta la salud de la población salvadoreña, sobre todo de mujeres y niñas. En ese sentido, se ha trabajado en dimensionar el fenómeno territorialmente para contar con elementos concretos que permitan diseñar e impulsar estrategias colectivas de promoción para una vida libre de violencia, y de prevención y atención específica a casos de violencia a niñas y mujeres en los territorios donde se tiene presencia. Los primeros resultados del trabajo colectivo son:

- a. Instalación de dos observatorios municipales de violencia contra las mujeres: Quezaltepeque y San Pablo Tacachico.
- b. Consulta y formulación del *Diagnóstico para la instalación de la Mesa Sectorial de Prevención de la Violencia contra las Niñas y las Mujeres*, en el periodo septiembre-noviembre de 2015.
- c. Juramentación de la Mesa Sectorial de Prevención de la Violencia contra las Niñas y las Mujeres, el 25 de noviembre de 2015, integrada por líderes y lideresas del Foro Nacional de Salud de 15 municipios y organizaciones que trabajan por la defensa de los derechos de las mujeres y la niñez:
 - Representantes comunitarios del FNS de San Salvador, San Pablo Tacachico, Jicalapa, Chiltiupán, Santa Tecla, Izalco, Comasagua, Cuscatancingo, Ilopango, Guazapa, Nejapa, San Martín, Lolotique, Mejicanos.
 - ICW (mujeres con VIH).
 - Asociación de Mujeres Rurales.
 - Asociación Agropecuaria de Mujeres Produciendo en la Tierra (AMSATI).

El Foro también continúa reflexionando, trabajando y desarrollando una coordinación intersectorial e interinstitucional para promover el uso racional de medicamentos, el control social sobre el abastecimiento y distribución de estos en la red pública de salud a nivel nacional y, sobre todo, vigilando la efectiva aplicación de la Ley de Medicamentos mediante el monitoreo al funcionamiento de la Mesa Sectorial de Medicamentos del FNS, integrada por representantes de las siguientes organizaciones:

- Asociación para la Salud y el Servicio Social

Intercomunal en El Salvador, APSIES (trabaja en salud);

- Asociación de Promotores y Promotoras Comunitarios de El Salvador, APROCSAL (trabaja en salud);
 - Fundación Maquilishuatl, FUMA (trabaja en salud);
 - Enlaces de Asociaciones de Consumidores de El Salvador, ENLACES (derechos de consumidores);
 - CIDEP (trabaja en educación);
 - Asociación Agropecuaria de Mujeres Produciendo en la Tierra, AMSATI (mujeres productoras);
 - Asociación de Jubilados, Pensionados y Beneficiarios de El Salvador, AJUPEBES (trabaja en derechos de la tercera edad);
 - Venta Social de Medicamentos (representantes de comunidades).
- d. Elaboración del Plan Operativo Anual 2015 de la Mesa Sectorial de Medicamentos del FNS.
 - e. Desde 2011 se inició la reflexión especializada en materia de salud sexual y reproductiva por medio de la instalación de la mesa sectorial para dar seguimiento al tema. Ha sido impresionante el avance y ampliación del enfoque de trabajo a lo largo de estos años gracias al aporte y experticia de las diversas organizaciones que integran esta mesa sectorial, con lo cual se ha convertido en una instancia de consulta y referencia obligada, sobre todo en materia de formulación de políticas públicas y lineamientos específicos relacionados con la SSR. En este periodo se elaboró el Plan Operativo Anual 2015 de la Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva del FNS y se ha monitoreado su funcionamiento. Esta mesa la integran los representantes de las siguientes organizaciones:
 - Organización de Mujeres Salvadoreñas, ORMUSA (organización feminista);
 - Orquídeas del Mar (organización de trabajadoras sexuales);
 - EmpoderArte (mujeres diversas);
 - ICW (Mujeres con VIH);
 - RED FEM (organización feminista);
 - Plan Internacional (derechos de NNA);
 - Educo (antes, Intervida, Derechos de NNA);
 - Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud, ASPS (trabaja en salud);
 - APROCSAL (trabaja en Salud);
 - FUMA (trabaja en Salud);

- COINCIDIR (trabaja con jóvenes);
- ASAFOCAIS (niñez y adolescencia);
- AMSATI (mujeres productoras).

INCIDENCIA Y MOVILIZACIÓN

Producto del análisis de la situación de la salud en el país desde el enfoque de la determinación social, se ha planificado y participado en varias acciones de incidencia, sentando posición concreta sobre temas de importancia para la salud en el país y acompañando posicionamientos de terceros que consideramos fundamentales para la garantía y vigencia plena del derecho a la salud en el país.

LOS LOGROS EN ESTE PROCESO SON:

- Participación en la Marcha por la Paz, convocada por el Gobierno el 26 de marzo de 2015, respaldando al involucramiento de la sociedad en la construcción y consolidación de la paz, así como en la promoción de una vida libre de violencia.
- Convocatoria y lanzamiento de la Alianza Social para la Gobernabilidad y Justicia (ASGO-JU), el 17 de agosto de 2015, con una amplia participación social. Se definió una agenda clara y unificada en materia de gobernabilidad, justicia y soberanía nacional que trasciende la agenda sectorial.

En materia de incidencia en políticas públicas, para garantizar la continuidad y profundización de la Reforma de Salud y la transformación social, se ha tenido en este periodo los siguientes avances:

- Con la Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción, el MIN-SAL y el FNS participaron en el lanzamiento de la experiencia piloto de presupuestos participativos de salud.
- Capacitación a liderazgos comunitarios en análisis presupuestario para vincularse territorialmente a definición de prioridades presupuestarias y planificaciones operativas en salud.
- Foros regionales para construir propuesta de reforma al privatizado sistema de pensiones para Reforma Fiscal Progresiva elaborada participativamente.

A fin de contribuir con la difusión de nuestra vi-

sión sobre la situación de salud en el país y la importancia de la participación social en materia de salud, hemos diseñado un programa radial permanente: “Salud desde la Comunidad”, que cuenta con dos emisiones semanales diferentes, según las necesidades e intereses de la población.

INTERSECTORIALIDAD

Durante el último año de trabajo, el FNS ha concentrado esfuerzos también en el fortalecimiento del trabajo intersectorial y de alianzas regionales para un mayor impacto de las acciones desarrolladas, reportando avances como:

- Participación permanente del Foro Nacional de Salud en CISALUD política y CISALUD técnica.
- Participación en la Alianza Intersectorial e Interinstitucional para el Abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva, a través de varias mesas:
 - Alianza materna.
 - Alianza de sexualidad.
 - Alianza intersectorial para la prevención del cáncer.
 - Alianza Neonatal.
- Alianza intersectorial para la prevención y atención de la violencia.
- Participación en el Gabinete Departamental de La Libertad.
- Participación en el Observatorio de la Reforma de Salud.
- Miembros permanentes del Movimiento Latinoamericano por la Salud de los Pueblos.

CONTRALORÍA SOCIAL

Uno de los pilares fundamentales del trabajo de participación social en salud desarrollado por el FNS para el impulso y profundización de la Reforma de Salud lo constituye el desarrollo de diferentes tipos de contraloría social sobre el funcionamiento del Sistema de Salud en diferentes niveles y espacios, ampliando esta visión al funcionamiento de otras instancias públicas donde la experiencia y los aprendizajes acumulados por liderazgos territoriales del FNS son más que evidentes. Estos son los principales avances del periodo que se reporta en este Informe:

- Celebración de reuniones mensuales de

coordinación del trabajo general del Foro Nacional de Salud con los funcionarios responsables de la prestación de servicios de salud: Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección Nacional de Hospitales y Dirección del Primer Nivel de Atención. En estas reuniones se abordan y resuelven problemas puntuales de la prestación de servicios de salud y se coordina territorialmente el trabajo a todo nivel entre el FNS y el MINSAL.

- b. Capacitación de integrantes de 15 comités municipales de contraloría social del FNS para desarrollar ejercicios de contraloría en el primer nivel de atención y en los hospitales nacionales.
- c. Realización de 12 ejercicios de contraloría en Primer Nivel de Atención en: UCSF Barríos, Lourdes y San Jacinto; en San Salvador; UCSF Ayutuxtepeque; UCSF Vía Mariona Cuscatancingo; UCSF San Martín; Unicentro en Soyapango; UCSF Ilopango y UCSF Quezaltepeque, La Libertad. UCSF El Triunfo, San Buenaventura y Las Charcas, Usulután.
- d. Realización de ejercicio de contraloría en Segundo Nivel de Atención en 5 hospitales: Sensuntepeque, Cabañas; San Juan de Dios y Nueva Guadalupe, San Miguel; San Pedro y Santiago de María, Usulután.
- e. Diseño y discusión de un instrumento para la contraloría interna de servicios de salud para mujeres internas en dos Centros Preventivos y de Cumplimiento de Pena: Ilopango y San Miguel.

PRINCIPALES RESULTADOS

El Foro Nacional de Salud continúa fortaleciéndose y creciendo territorialmente, acumulando experiencias y aprendizajes colectivos para replicar esta inédita experiencia de participación social y ciudadana en la gestión pública de un área estratégica de la vida nacional como la salud. Esta es una experiencia con grandes implicaciones políticas y sociales en la vida nacional y que expresa la consolidación del compromiso de diversas organizaciones sociales y de diversidad de liderazgos territoriales que en forma voluntaria, consciente y militante siguen respaldando y posibilitando el crecimiento territorial del FNS.

- a. El compromiso de participación consciente, activa, crítica y militante de diversidad de liderazgos territoriales y sectoriales se expresa en el establecimiento y funcionamiento de la estructura del FNS en 75 municipios de 12 departamentos del país, que ha establecido tres mesas sectoriales, tres comités departamentales, un comité microrregional y 650 comités comunitarios, lo que resume en la firma del convenio.
- b. Organizadas y funcionando tres estructuras departamentales del FNS: San Salvador (con una participación activa de 13 municipios), La Libertad (con participación activa de 10 municipios) y Cabañas (con participación activa de 7 municipios).
- c. Organizada y funcionando una estructura territorial del FNS en la Microrregión del Norte de San Miguel y Usulután con la participación activa de liderazgo comunitario de 4 municipios de Usulután y 3 municipios de San Miguel.
- d. Cuenta con la participación activa y permanente del liderazgo comunitario en 30 microrredes, en 6 RIISS departamentales (La Libertad, San Salvador, Sonsonate, San Miguel, Cabañas y Santa Ana) y en el Programa de Humanización en 17 de los 30 hospitales nacionales.
- e. Funcionan también tres mesas temáticas sectoriales a nivel nacional, discutiendo y aportando en materia de determinación social de la salud: 1) Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva (desde 2011), 2) Mesa Sectorial de Medicamentos (a partir de 2014) y 3) Mesa Sectorial para la prevención de la violencia social contra las niñas y las mujeres (a partir de noviembre 2015).
- f. El FNS ha participado a nivel sectorial, territorial y nacional en la actualización de la Política Nacional de Salud para el periodo 2014-2019 (en proceso).
- g. Ha quedado establecida la estrategia de cooperación técnica con el Instituto Nacional de Salud (INS) para retomar en sus líneas de trabajo las necesidades de investigación propuestas por liderazgos territoriales desde sus comunidades.

AVANZANDO EN LA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD



Comisión técnica de género y salud de Centroamérica y República Dominicana.

La determinación social de la salud abarca factores que inciden en la salud-enfermedad de las personas, como el género, la clase social, la etnia, entre otros. Igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género¹. Esto significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. La inequidad de género en el ámbito de la salud

1. *Política para la igualdad y equidad de género en salud*. MINSAL, 2015.

«La guerra, la violencia y los conflictos devastan comunidades y destruyen la dignidad humana. Tienen un severo impacto en la salud física y mental de sus miembros, sobre todo de las mujeres, niños y niñas ».

Declaración Para la Salud de los Pueblos, Bangladesh, 2000.

se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres² y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. (Los estereotipos de género, las condicionantes de género y la violencia contra las mujeres no contribuyen a una buena salud de la población femenina.) Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad el resultado. Contribuir a la igualdad y equidad de género en la salud es un desafío y un compromiso de MINSAL en el presente año y en los venideros.

En relación a la igualdad y equidad de género en salud, se registran avances importantes en el terreno de la institucionalidad del enfoque de género, con la conformación de la Unidad de Género y la aprobación de la Política para la Igualdad y Equidad de Género en Salud. Se han practicado acciones de transversalización de la equidad y la igualdad de género en la formación del personal, en el campo normativo, así como en la construcción de indicadores de igualdad en el terreno de la salud y en el análisis de estos indicadores. A nivel regional, desde la Presidencia pro t mpore se organizó un encuentro de la Comisión Técnica de Género y Salud de COMISCA y se ha aportado en la incorporación del enfoque de género al Plan de Salud Regional de Centroamérica y el Caribe 2016-2020. Se han conmemorado fechas emblemáticas en la lucha de las mujeres por sus derechos, como el 25 de noviembre, Día Internacional de la No Violencia contra las mujeres; el 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, y el 28 de mayo, Día Internacional de la Acción para la Salud de las Mujeres. Se han realizado coordinaciones internas y externas para el desarrollo de la equidad e igualdad de género en salud.

En relación a la transversalización del enfoque de género en MINSAL, se realizó en abril y mayo

2. Ibid.

de 2016 la formación de 40 investigadores e investigadoras en los principios y metodología de la investigación con enfoque de género, con el objetivo de generar competencias en el personal de MINSAL para desarrollar investigaciones con enfoque de género. Estas personas provienen de unidades y direcciones, de regiones, hospitales, UCSF, del INS y de la Unidad de Género. Los contenidos que se desarrollaron son: a) Investigación de fenómenos de salud, enfermedad y atención con enfoque de género: entre el sexismo en la construcción del conocimiento y la falta de una agenda de investigación específica. Metodología de investigación con enfoque de género; b) Técnicas para la recolección y análisis de información primaria en la investigación con enfoque de género; c) Técnicas para la exposición y divulgación de resultados en la investigación con enfoque de género, con una lógica de incidencia política; d) Proyectos de investigación de fenómenos de salud, enfermedad y atención con enfoque de género.

Por otra parte, se ha concluido la elaboración de los *Lineamientos técnicos para el abordaje integral de las unidades institucionales de atención especializada para las mujeres*, que atienden casos de violencia física, sicológica y sexual hacia las mujeres. Se encuentran en última fase de revisión los Lineamientos técnicos para el abordaje integral de las unidades institucionales de atención especializada para las mujeres (UIAEM), que funcionan ya en 17 hospitales del MINSAL, y otras que serán abiertas en este año.

Se realizó un análisis de 59 indicadores de género y salud, construidos entre ISDEMU y MINSAL, que nos permitió detectar, por ejemplo, que el índice de partos por cesáreas es bastante alto en El Salvador, comparado con lo recomendado por OPS; que son las mujeres las que hacen un mayor uso de la información y los métodos anticonceptivos; que de la población en general son los hombres quienes con



mayor frecuencia ejecutan el suicidio; que entre la población del sexo femenino son niñas y adolescentes las que se suicidan con mayor frecuencia; que los niveles de violencia sexual en las mujeres de diferentes edades son muchísimo más altos que hacia los hombres.

A nivel regional se organizó con OPS y SICA la VI Reunión de la Comisión Técnica de Género y Salud (CGTS) del COMISCA los días 12, 13 y 14 de agosto, con participación de 10 países, entre miembros de la CTGS e invitados. En esta reunión se desarrolló la siguiente agenda: a) Plan estratégico de transversalización de la perspectiva de género en salud 2014-2018. Avances y priorización; b) Política regional de

salud del SICA 2015-2022; c) Plan de salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020; d) Revisión de informes de avances sobre los objetivos y la plataforma de acción de la Conferencia Internacional de la Mujer celebrada en Beijing en 1995; d) Intercambio de experiencias sobre avances en materia de género y salud de los países miembros e invitados.

Se ha aportado a la transversalización del enfoque de género en el Plan Regional de Salud de Centroamérica y República Dominicana (PSCARD) 2016-2020, con la participación de 6 países y representaciones de OPS, SICA e ISDEMU, y se elaboró el Plan Operativo Salud Integral de la Mujer 2016 y el

Plan Nacional de Igualdad y Equidad para las Mujeres Salvadoreñas (PNIEMS), referente a salud, en conjunto con ISDEMU, con la participación de 15 unidades y direcciones del MINSAL.

Participaron 200 personas en la conmemoración de fechas emblemáticas de los derechos de las mujeres, como el 25 de noviembre: Día internacional de la No Violencia contra las mujeres, en las que el MINSAL entregó diplomas a trabajadoras y trabajadores que atienden a mujeres afectadas por violencia, así como a mujeres que han superado el ciclo de la violencia gracias al apoyo del MINSAL y de personal de distintas disciplinas, como ginecología, sicología, trabajo social y medicina. Este evento fue apoyado por Save the Children. Se celebró el 14 de marzo un foro debate sobre el “Género en la determinación social de la salud”, con presencia de la ministra de Salud, autoridades del UNFPA y representante de la

Unidad de Género del MINSAL. En este evento, celebrado en el Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez, se presentó la Política para la igualdad y equidad de género en salud. Se reforzó con la selección y contratación de otro recurso la Unidad de Género.

Se realizaron coordinaciones internas para el desarrollo de la equidad y la igualdad de género en salud con diferentes unidades del Ministerio de Salud y con otras instituciones, como ISDEMU, la Mesa de Salud Sexual y Reproductiva-Foro Nacional de Salud, Las Mélicas, ORMUSA, la Coalición Salvadoreña por la Educación Integral de la Sexualidad (EIS), Save the Children, Médicos del Mundo y UNFPA.

Se ha atendido casos de violencia psicológica y laboral en coordinación con la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, brindando propuestas de solución para el abordaje de estos casos.

EJERCICIO TRANSPARENTE DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

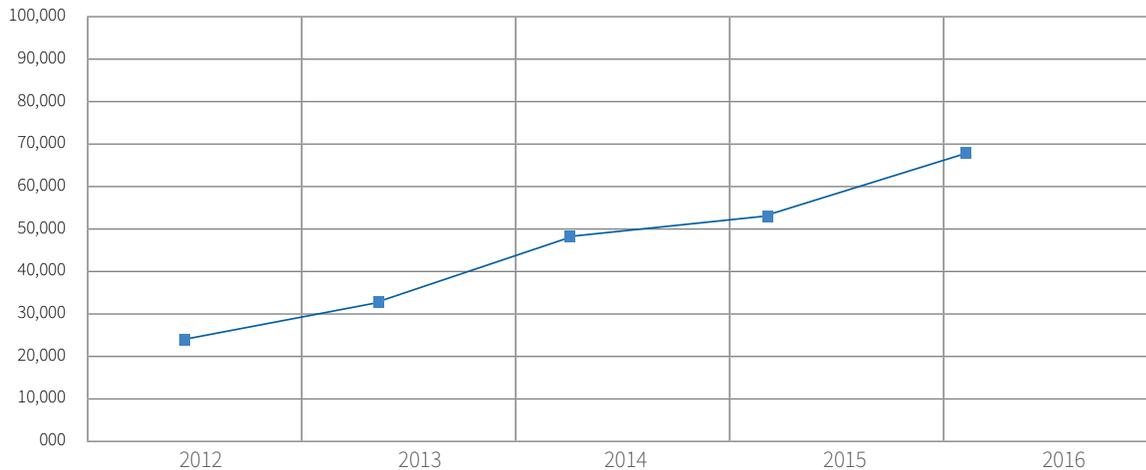


En este segundo año de gestión, el MINSAL fortaleció los procesos de rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información pública, lo que ha supuesto el reconocimiento como una de las 10 primeras instituciones que garantizan el derecho de los ciudadanos a la información pública entre 179 instituciones entre gubernamentales, no gubernamentales, gobiernos municipales y autónomas.

La Oficina de Acceso a la Información (OIR) ha dado respuesta al 100 % de las solicitudes presentadas, que totalizan 616 requerimientos. El tiempo promedio de respuesta ha sido de ocho días, significativamente por debajo del máximo establecido por la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), que es de 10 días.

El MINSAL ha puesto a disposición del público, por medio de la OIR, 66 432 documentos actualizados (Gráfico 1), que contienen información del marco normativo, de gestión estratégica, del marco presupuestario institucional, tanto de la Secretaría de Estado como de los 30 hospitales nacionales y las 5 Direcciones Regionales de Salud, además de 2816 registros de funcionarios, servicios y remuneraciones, desde la entrada en vigencia de la LAIP en el año 2012.

Gráfico 1. Documentos publicados en Portal de Transparencia, 2015-2016



Fuente: Construcción propia a partir de datos de vigilancia. VIGEPES/SUIS.

A mayo de 2016, el Ministerio de Salud ha sido evaluado por el Instituto de Acceso a la Información Pública y la Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción de la Presidencia de la República de El Salvador, cumpliendo satisfactoriamente con los estándares de transparencia y la expo-

sición de información al público en cada uno de los sitios. La información oficiosa que el MINSAL tributa al Instituto representa el 65 % de todo lo publicado en el portal de transparencia por 179 instituciones gubernamentales, no gubernamentales, alcaldías (ver en <http://publica.gobiernoabierto.gov.sv>)



PROMOCIONAR LA CULTURA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

La oportuna creación de 35 sitios web, que separa la información del Ministerio de Salud por cada uno de los hospitales nacionales y la Direcciones Regionales de Salud, ha permitido una mayor accesibilidad de las personas a la información oficiosa. Este año

se obtuvieron 115 189 vistas a nuestro portal, triplicando la cantidad con respecto al año anterior.

Como alternativa para la ciudadanía que no cuenta con acceso a internet o equipo informático se han instalado estaciones de consulta al ingreso del MINSAL para que los visitantes accedan a información oficiosa, la descarguen, la almacenen, o para que efectúen solicitudes y denuncias en línea, entre otros servicios.

ANEXOS

MAPA ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES INTEGRALES
E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD 1

MAPA ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES INTEGRALES
E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD 2

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

MAPAS RIISS TABLOIDE

MAPAS RIISS TABLOIDE

Tabla n.º 1. Indicadores de Salud, El Salvador, 2009-2015

Descripción del indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Indicadores de coberturas de atención							
Cobertura de BCG aplicadas en menores de 1 año	87.8	88.6(a)(g)	91.0 (a)	89.7	90.1	84.6	100.0
Cobertura de antipolio, 3.ª dosis aplicada en menores de 1 año	91.2 (a)	89.1(a)(g)	89.2(a)	92.0	89.9	93.0	91.9
Cobertura de rotavirus, 2.ª dosis aplicada en menores de 1 año	61.5(a)	89.6(a)(g)	89.7(a)	93.4	91.6	96.4	92.6
Cobertura de pentavalente, 3.ª dosis aplicada en menores de 1 año	90.6(a)	89.2(a)(g)	89.4(a)	92.3	92.0	93.5	91.1
Cobertura de SPR, 1.ª dosis aplicada a niños de 1 año	90.2(a)	90.6(a)(g)	89.9(a)	93.1	93.6	94.5	95.0
Cobertura de inscripción en el menor de 1 año	98.0(a)	84.7(a)	92.0(a)	92.5	95.9	98.4	96.1
Porcentaje de inscripción infantil antes de los 28 días de nacido	79.9(a)	79.5(a)	81.2(a)	83.0	86.7	88.3	89.3
Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años	83.2(a)	87.1(a)	90.7(a)	85.3	76.6	84.0	88.1
Cobertura de parto intrahospitalario del Sistema Nacional de Salud	84.9(a)	90.0(a)	87.7(a)	83.5	80.7	91.6	91.1
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años	97.5(a)	98.0(a)	99.0(a)	99.5	99.8	99.9	99.9
Porcentaje de partos atendidos por parteras en mujeres de 10 a 49 años	2.5	2.0	1.0	0.5	0.2	0.1	0.1
Porcentaje de partos en adolescentes atendidos en la red de establecimientos del Sistema Nacional de Salud (SNS)	24.5(a)	24.0(a)	23.6(a)	23.8	24.3	23.6	22.9
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	8.6(a)	8.7(a)	8.7(a)	8.3	9.5	8.9	9.4
Indicadores de mortalidad							
Tasa de mortalidad general por 100 000 habitantes en la red de hospitales del SNS	1.9(a)(h)	2.0(a)(h)	2.0(a)(h)	2.1(a)(h)	2.1(a)(h)	2.23	2.3
Razón de mortalidad materna (directas e indirectas) x 100 000 nacidos vivos	56.0(d)	51.0(d)	50.8(c)	42.3	38.0	52.6	42.3
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos (a)(e)	8.4	7.9	9.3	9.3	9.3	11	10.7
Tasa de mortalidad en menor de 1 año por 1000 nacidos vivos (a)(e)	7.1	6.9	7.9	8.0	8.1	9.7	9.2
Tasa de mortalidad neonatales (< de 28 días) por 1000 nacidos vivos (a) (e)	4.5	4.5(b)	5.2(b)	5.2	4.8	6.4	5.7
Tasa de mortalidad neonatal temprana (<7 días) por 1000 nacidos vivos (b) (e)	3.7	3.6	4.0	3.8	3.6	4.9	4.3
Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 7 a 28 días) por 1000 nacidos vivos (b) (e)	0.7	0.8	1.2	1.4	1.2	1.5	1.4
Tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos (f)	10.3	9.8	10.6	10.5	8.9	11	10.3
Tasa de mortalidad fetal general (nacidos muertos) por 1000 nacidos (a)	6.6	6.2	6.7	6.7	5.3	6.2	6.1
Tasa de mortalidad por SIDA a nivel hospitalario (b)	5.3	5.4	4.4	4.0	4.2	3.5	3.3
Otros indicadores							
Tasa de egreso por 1000 habitantes	76.9(a)	77.3(a)	81.3(a)	81.9	81.1	82	81
Porcentaje de emergencias atendidas	13.7(a)	13.9(a)	14.5(a)	15.4	14.7	16.9	16.9
Porcentaje de consulta curativa	85.9(a)	86.3(a)	84.9 (a)	84.9	84.5	83.1	83.1
Porcentaje de consultas preventiva	14.1(a)	13.7 (a)	15.1(a)	15.1	15.5	18.5	18.4
Número de casos de coinfección TB-VIH (j)	199	180	197	214	203	203	177

Tasa anual de casos de VIH-SIDA por 100 000 habitantes	30.8(a)	30.7 (a)	26.7 (a)	24.9	22.9	20.0	18.4
Porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH(d)	9.0	8.9	9.4	7.7	5.1	1.9	1.2

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 de las dosis aplicadas para 2010 de parte del Instituto Salvadoreño del Seguro social.

(h) Se hizo revisión histórica con el denominador y el indicador por 1000 habitantes.

(i) 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 n.º 2. Cobertura de vacunación del Sistema Nacional de Salud, El Salvador, enero-diciembre de 2015

Edad	Vacuna	Instituciones				Total de dosis aplicadas	Cobertura % (b)
		MINSAL (a)(b)	ISSS(b)	COSAM(b)	Otros(b)		
Total de dosis	--	443 000	87 888	636	576	532 100	--
Menor de 1 año de edad	BCG	93 816	22 562	167	0	116 545	100
	Antipolio 3.ª dosis	86 177	16 654	111	144	103 086	91.9
	Rotavirus 2.ª dosis	86 727	16 865	133	126	103 851	92.6
	Pentavalente 3.ª dosis	85 692	16 266	111	126	102 195	91.1
De 1 año de edad	SPR	90 588	15 541	114	180	106 423	95.0
Porcentajes institucionales en aplicación de dosis		83.26	16.52	0.12	0.11	--	--
Población menor de 1 año		112 144	--	--	--	--	--
Población de 1 año		112 035	--	--	--	--	--

Fuente: Sistema de producción de servicios y módulos de vacunas a partir de 2011.

* Población para el año 2015 se utilizó proyección población por DIGESTYC julio del 2014.

Notas: Se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud de 2009 a 2014.

Instituciones informantes: Ministerio de Salud (MINSAL), Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC), algunas instituciones privadas y ONG; para el año 2014 no informaron ISBM y PNC.

(a) Incluye todas las dosis de FOSALUD.

(b) Se han excluido las dosis aplicadas a extranjeros por parte del MINSAL.

Tabla n.º 3. Cobertura de vacunación 2009-2015

Vacuna	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BCG	88.6	91.0	89.7	90.1	84.6	100
Antipolio 3.ª dosis	89.1	89.2	92.0	89.9	93.0	91.9
Rotavirus 2.ª dosis*	89.6	89.7	93.4	91.6	96.4	92.6
Pentavalente 3.ª dosis	89.2	89.4	92.3	92.0	93.5	91.1
SPR	90.6	89.9	93.1	93.6	94.5	95
Población menor de 1 año*	123 401	119 896	119 008	117 880	112 499	112 144
Población de 1 año*	121 764	119 201	117 700	116 529	112 364	112 035

Fuente: Sistema de Producción de Servicios y Módulos de Vacunas.

Notas: Se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud de 2009 a 2011.

Instituciones informantes: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), algunas instituciones privadas y ONG.

* Población según DIGESTYC para los años 2009-2014, Censo 2007. Para para 2015 se utilizó proyección de población por DIGESTYC, julio de 2014.

**Se incorporó dosis aplicadas por otras instituciones, específicamente en SPR y pentavalente.

Tabla n.º 4. Cobertura de vacunación del Sistema Nacional de Salud, El Salvador, enero-diciembre de 2015

Edad	Vacuna	Total de dosis aplicada	Cobertura %(a,b)
Menor de 1 año	BCG	116,545	100
	Antipolio 3.ª dosis	103,086	91.9
	Rotavirus 2.ª dosis	103,851	92.6
	Pentavalente 3ª dosis	102,195	91.1
De 1 año de edad	SPR	106,423	95.0
*Población menor de 1 año		112,144	
*Población de 1 año		112,035	

Fuente: Sistema de producción de servicios y módulos de vacunas.

Notas: Se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud a partir de 2009.

Instituciones informantes: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC), algunas instituciones privadas y ONG.

* Población para 2015: se utilizó proyección población por DIGESTYC, julio de 2014.

(a) Incluye dosis aplicadas por FOSALUD.

(b) Se han excluido las dosis aplicadas a extranjeros.

Tabla n.º 5. Número de muertes registradas en los hospitales nacionales, El Salvador, 2009-2015

Años	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ministerio de Salud + FOSALUD						
Muertes maternas	64	64	53	48	60	48
Muertes totales	9746	10 140	10 024	10 466	11 127	11 733
Menores de 5 años	989	1172	1041	1178	1162	1343
Menor de 1 año	862	998	911	1025	1011	1166
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)	298	338	351	419	367	412
Neonatales (< de 28 días)	564	660	560	606	644	754
Neonatal tardía (de 7 a 28 días)	105	158	135	153	153	186
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	459	502	425	453	491	568
Perinatal	1145	1224	1161	1032	1094	1144
Fetal general (nacidos muertos)	686	722	736	579	603	576
Nacidos vivos	77 096	80 830	82 546	82 476	83 656	82 807
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)						
Muertes totales	2288	2554	2662	2728	2935	3198
Menores de 5 años	0	0	93	0	90	0
Menor de 1 año	0	0	93	0	90	0
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)	-	-	-	-	6	0
Neonatales (< de 28 días)	0	0	93	0	84	0
Neonatal tardía (de 7 a 28 días)	0	0	44	0	22	0
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	0	0	49	0	62	0
Perinatal	88	117	152	90	163	113
Fetal general (nacidos muertos)	88	117	103	90	101	113
Nacidos vivos	21 124	22 260	22 063	21 993	21 854	22 259
Comandos de Sanidad Militar (COSAM)						
Muertes totales	212	11	169	12	213	241
Menores de 5 años	1	0	0	2	2	0
Menor de 1 año	1	0	0	2	1	1
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)	0	0	0	0	0	1
Neonatales (< de 28 días)	1	0	0	2	1	0
Neonatal tardía (de 7 a 28 días)	0	0	0	0	0	0
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	1	0	0	2	1	0
Perinatal	1	0	1	2	1	0
Fetal general (nacidos muertos)	0	0	1	0	0	0
Nacidos vivos	135	175	168	156	171	166
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)						
Muertes totales	0	0	0	0	0	0
Menores de 5 años	0	0	2	1	0	0
Menor de 1 año	0	0	2	1	0	0
Neonatales (< de 28 días)	0	0	2	1	0	0
Neonatal tardía (de 7 a 28 días)	0	0	0	0	0	0
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	0	0	2	1	0	0
Perinatal	0	0	6	1	0	0
Fetal general (nacidos muertos)	0	0	4	0	0	0
Nacidos vivos	0	570	741	141	0	0

Fuente: Sistemas Estadísticos Institucionales, Sistemas de morbimortalidad en línea-SIMMOW

* Para el año 2015 nacidos vivos proyectados de la DIGESTYC, julio de 2014.

Tabla n.º 6. Consolidados de muertes registradas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud

Años	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Muertes maternas	64	64	53	48	60	48
Muertes totales	12 246	12 705	12 855	13 206	14 275	15 166
Menor de 5 años	990	1172	1136	1181	1254	1343
Menor de 1 año	863	998	1006	1028	1102	1167
Posneonatales (>28 días a <1 año)	298	338	351	419	373	412
Neonatales (< de 28 días)	565	660	655	609	729	754
Neonatal tardía (de 7 a 28 días)	105	158	179	153	175	186
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	460	502	476	456	554	568
Perinatales (nacidos muertos + neonatal temprana)	1234	1341	1320	1125	1258	1257
Fetal general (nacidos muertos)	774	839	844	669	704	689
Nacidos vivos	98 355	103 835	105 518	104 766	105 681	105 232
Nacidos vivos proyectados	125 464	126 052	125 284	126 330	114 003	113 590
% de nacidos vivos atendidos en hospitales del SNS	78.4	82.4	84.2	82.9	92.7	92.6
Total nacidos vivos proyectados + nacidos muertos	126 238	126 891	126 128	126 999	114 707	114 449
Neonatal tardía (de 7 días a 28 días)	0.8	1.2	1.4	1.2	1.5	1.4
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	3.6	4.0	3.8	3.6	4.9	4.3
Posneonatales (> de 28 días <1 años)	2.4	2.7	2.8	3.3	3.3	3.5
Mortalidad perinatal	9.8	10.6	10.5	8.9	11.0	10.3

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales, Sistemas de morbimortalidad en línea-SIMMOW

* Para el año 2015, nacidos vivos proyectados de la DIGESTYC, julio de 2014.

Tabla n.º 7. Muertes y tasas de mortalidad en menores de 5 años registradas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2009-2015

Años	Menor de 1 año		Fetal general (nacidos muertos)		Neonatal temprana (0 a 7 días)		Perinatal		Total de nacidos vivos (proyectados)
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	
2010	863	6.9	774	6.2	460	0.0	1234	9.8	125 464
2011	998	7.9	839	6.7	502	0.0	1341	10.6	126 052
2012	1006	8.0	844	6.7	476	0.0	1320	10.5	125 284
2013	1028	8.1	669	5.3	456	0.0	1125	8.9	126 330
2014	1102	9.7	704	6.2	554	4.9	1258	11	114 003
2015*	1167	10.2	689	6.1	568	5.0	1257	11.1	113 590

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales, Sistemas de morbimortalidad en línea-SIMMOW

Notas: A partir de 2009 incluye datos de Sistema Nacional de Salud. Desde 2010 las instituciones informantes son: MINSAL, ISSS, COSAM.

* Para 2015, nacidos vivos proyectados de la DIGESTYC, julio de 2014.

** Población según DIGESTYC para 2009, 2014: Censo 2007. Para 2015, nacidos vivos proyectados por la DIGESTYC, julio de 2014.

Para el cálculo de la mortalidad perinatal se ha corregido la serie de datos con los siguientes criterios: denominador país (DIGESTYC) y no institucional (MINSAL); incorporación de todos los nacimientos (vivos y muertos) para la construcción de los indicadores. Incluye número de nacidos muertos.

Tabla n.º 8. Número de muertes y de mortalidad materna, 2009 a 2015

Años	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Número de muertes maternas	64	64	53	48	60	48
Denominador (b)	115 815	115 216	114 757	114 377	114 003	113 590
Razón de mortalidad materna (directas e indirectas) por 100 000 nacidos vivos	55.3(a)	55.5(a)	46.2	42.0	52.6	42.3

Fuente: Sistemas de morbimortalidad en línea-SIMMOW

(a) En noviembre de 2011, un grupo de expertos hizo una revisión de las defunciones registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del período comprendido entre 2006 y año 2011. Adicionalmente, se realizan coordinaciones con la DIGESTYC a fin de homologar cifras oficiales.

(b) Fuente del denominador: DIGESTYC. Para 2015, el denominador es la proyección de nacidos vivos DIGESTYC, julio de 2015.

Tabla n.º 9. Número de muertes y tasa de mortalidad general 2009-2015

Años	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de muertes	12 246	12 705	12 855	13 206	14 275	15 166
Denominador	6 193 164	6 239 084	6 289 709	6 344 069	6 401 240	6 460 271
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	2.0	2.0	2.0	2.1	2.2	2.3

Fuente: Sistemas de morbimortalidad en línea-SIMMOW

* Población actualizada, publicación DIGESTYC 2015.

Tabla n.º 10. Atenciones brindadas por niveles en la RED de establecimientos de MINSAL

Primer Nivel de Atención						
Tipo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cirugías menores	46 361	48 053	49 314	35 710	47 010	43 409
Consultas curativas	7 894 964	7 693 058	7 723 213	7 284 325	7 536 446	7 049 404
Consultas ambulatorias	7 867 881	7 662 759	7 693 448	7 244 394	7 483 677	6 995 983
Consultas de emergencias	27 083	30 299	29 765	39 931	52 769	53 421
Consultas preventivas	2 139 428	2 258 607	2 443 413	2 635 754	2 953 343	2 963 990
Segundo Nivel de Atención						
Tipo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cirugías menores	116 950	134 342	120 556	141 213	149 643	151 992
Cirugías mayores	76 658	83 328	86 019	90 249	83 488	86 120
Total consultas curativas	2 625 433	2 644 089	2 470 252	2 335 646	2 306 696	2 285 715
Consultas ambulatorias*	1 800 520	1 748 405	1 539 196	1 457 962	1 433 450	1 438 314
Consultas de emergencias	824 913	895 684	931 056	877 684	873 246	847 401
Consultas preventivas	141 964	116 864	79 715	74 548	80 168	88 691
Tercer Nivel de Atención						
Tipo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cirugías menores	21 470	19 019	21 661	40 716	35 991	37 422
Cirugías mayores	31 436	32 998	27 916	31 462	28 991	29 817
Total consultas curativas	581 497	575 620	569 220	551 370	561 481	569 087
Consultas ambulatorias*	485 058	487 223	481 564	459 176	473 164	474 097
Consultas de emergencias	96 439	88 397	87 656	92 194	88 317	94 990
Consultas preventivas	3073	3257	4765	8200	11 900	9218
Total de atención						
Tipo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cirugías menores	184 781	201 414	191 531	217 639	232 644	232 823
Cirugías mayores	108 094	116 326	113 935	121 711	112 479	115 937
Total consultas curativas	11 101 894	10 912 767	10 762 685	10 171 341	10 404 623	9 904 206
Consultas ambulatorias	10 153 459	9 898 387	9 714 208	9 161 532	9 390 291	8 908 394
Consultas de emergencias	948 435	1 014 380	1 048 477	1 009 809	1 014 332	995 812
Consultas preventivas	2 284 465	2 378 728	2 527 893	2 718 502	3 045 411	3 061 899

Fuente: Sistema de producción de servicios-(SEPS) y Sistemas de morbimortalidad en línea-SIMMOW.

*Incluye consulta extramural.

Tabla n.º 11. Total de atenciones preventivas y curativas dadas en la red de establecimientos del Sistema Nacional de Salud

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Ministerio de Salud + FOSALUD					
Total consultas curativas y atenciones preventivas	13 386 359	13 291 495	13 290 578	12 889 843	13 450 020	12 966 105
Atenciones preventivas	2 284 465	2 378 728	2 527 893	2 718 502	3 045 411	3 061 899
Consultas curativas (externas + emergencia)	11 101 894	10 912 767	10 762 685	10 171 341	10 404 609	9 904 206
Consulta ambulatoria	10 153 459	9 898 387	9 714 208	9 161 532	9 390 277	8 908 394
Emergencia	948 435	1 014 380	1 048 477	1 009 809	1 014 332	995 812
Porcentaje de consultas de emergencia	8.5	9.3	9.7	9.9	9.7	10.1
Instituto Salvadoreño del Seguro Social						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	5 502 936	5 625 103	5 896 358	7 334 713	6 048 264	6 655 326
Atenciones preventivas	347 522	444 600	463 181	454 585	439 751	586 738
Consultas curativas (general + emergencia)	5 155 414	5 180 503	5 433 177	6 880 128	5 608 513	6 068 588
Consulta ambulatoria/general	3 851 025	3 828 292	3 925 523	5 389 735	3 929 809	4 371 895
Emergencia	1 304 389	1 352 211	1 507 654	1 490 393	1 678 704	1 696 693
Porcentaje de consultas de emergencia	33.9	35.3	38.4	27.7	29.9	28.0
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	8.7	8.7	8.3	9.5	7.7	8.4
Comando de Sanidad Militar (COSAM)						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	232 363	158 568	169 205	268 984	414 654	209 979
Atenciones preventivas				2,070	208 269	825
Consultas curativas (general + emergencia)	232 363	158 568	169 205	266 914	206 385	209 154
Consulta ambulatoria/general	190 704	112 748	120 308	219 247	152 635	156 070
Emergencia	41 659	45 820	48 897	47 667	53 750	53 084
Porcentaje de consultas de emergencia	17.9	28.9	28.9	17.9	26.0	25.4
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	0	561 287	562 532	0	0	0
Atenciones preventivas		145 935	9681		0	0
Consultas curativas (general + emergencia)		415 352	552 851	0	0	0
Consulta ambulatoria/general		408 774	551 807		0	0
Emergencia		6578	1044		0	0
Porcentaje de consultas de emergencia		1.6	0.2		0	0
Total	nd	415 352	552 851	0	0	0
Policía Nacional Civil (PNC)						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	50 640	0	0	0	0	0
Atenciones preventivas					0	0
Consultas curativas (general + emergencia)	50 640				0	0
Consulta ambulatoria/general	50 640				0	0
Emergencia					0	0
Porcentaje de consultas de emergencia					0	0
Total	50 640	nd	nd	nd	nd	nd
Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	0	0	0	0		20 644
Atenciones preventivas						0
Consulta ambulatoria						20 644
Consulta general						20 644
Emergencia						0
Porcentaje de consultas de emergencia						0
Total						20 644

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.
nd: Dato no disponible.

Tabla n.º 12. Consolidado de atenciones preventivas y curativas brindadas en la red de establecimientos del SNS

Tipo de consulta	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total consulta curativa y atenciones preventivas	19 172 298	19 636 453	19 918 673	20 493 540	19 912 938	19 852 054
Atenciones preventivas	2 631 987	2 969 263	3 000 755	3 175 157	3 693 431	3 649 462
Consulta curativa	16 540 311	16 667 190	16 917 918	17 318 383	16 219 507	16 181 948
Consulta ambulatoria	14 245 828	14 248 201	14 311 846	14 770 514	13 472 721	13 457 003
Emergencia	2 294 483	2 418 989	2 606 072	2 547 869	2 746 786	2 745 589
Porcentaje de emergencias atendidas	13.9	14.5	15.4	14.7	16.9	16.9
Porcentaje de consulta curativa	86.3	84.9	84.9	84.5	83.1	83.1
Porcentaje de consulta preventiva	13.7	15.1	15.1	15.5	18.5	18.4

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales, Sistemas de morbilidad en línea-SIMMOW.
A partir de 2009 se incluye información de las instituciones del SNS: MINSAL, ISSS, ISBM, COSAM, ISRI y PNC.

Tabla n.º 13. Egresos hospitalarios registrados en la red de hospitales nacionales, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ministerio de Salud (MINSAL)						
Total de egresos	374 779	400 233	399 636	403 181	394 766	414 225
Promedio de estancia	3.7	3.8	4.3	4.3	4.6	4.6
Promedio de ocupación	88.7	96.7	85.1	98.1	97.1	86.1
Intervenciones quirúrgicas mayores	108 094	116 240	113 935	121 711	112 479	115 937
Porcentaje de egresos atendidos institucionalmente por 1000 habitantes	60.6	63.8	63.9	63.7	61.7	64.1
Población total	6 182 262	6 274 563	6 251 500	6 328 198	6 401 240	6 460 271
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)						
Total de egresos	97 705	100 409	102 109	103 385	124 092	101 031
Intervenciones quirúrgicas mayores	45 857	47 291	47 628	47 163	46 014	45 610
Comando de Sanidad Militar (COSAM)						
Total de egresos	5488	6749	6825	6671	6426	6501
Intervenciones quirúrgicas mayores	1783	1460	1442	1747	1525	1726
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)						
Total de egresos	nd	2510	3421			
Intervenciones quirúrgicas mayores	nd	1293	1920			
Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)						
Total de egresos						3123
Intervenciones quirúrgicas mayores						

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.
nd : Datos no disponibles

Tabla n.º 14. Egresos hospitalarios atendidos en la red de instituciones del sector salud, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de egresos hospitalarios	477 972	509 901	511 991	513 237	525 284	524 880
Total de intervenciones quirúrgicas mayores	155 734	166 284	164 925	170 621	160 018	163 273
Tasa de egreso por 1000 habitantes	77.3	81.3	81.9	81.1	82.1	81.2
Población total país (a)	6 182 262	6 274 563	6 251 500	6 328 198	6 401 240	6 460 271

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

(a) Población para 2010: se ha utilizado la proyección trabajada por consultoría. Poblaciones 2009 a 2015: con base en censo de 2007.

Nota: A partir de 2009 se incluye información de las instituciones del SNS: MINSAL, ISSS, ISBM, ISRI y COSAM.

Tabla n.º 15. Atenciones infantiles brindadas en la red de establecimientos del MINSAL, El Salvador, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ministerio de Salud + FOSALUD						
Total de atenciones infantiles	437 981	455 143	475 410	478 613	499 221	479 260
Total de inscripciones menor de 1 año	82 221	85 788	86 186	85 718	87 906	84 703
Total de inscripciones menor de 28 días	68 324	73 015	75 154	77 705	81 478	79 213
Porcentajes de inscripción precoz	83.1	85.1	87.2	90.7	92.7	93.5
Total controles subsecuentes	355 760	369 355	389 224	392 895	411 315	394 557
Porcentajes de inscripción institucional	78.7	82.1	82.5	82.0	82.4	82.3
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)						
Total de atenciones infantiles	83 549	87 564	91 431	157 292	155 295	313 081
Total de inscripciones menor de 1 año	22 184	23 520	23 255	27 279	22 676	22 924
Total de inscripciones menor de 30 días	14 751	15 951	16 151	20 350	16 346	17 022
Porcentajes de inscripción precoz	66.5	67.8	69.5	74.6	72.1	74.3
Total controles subsecuentes	61 365	64 044	68 176	130 013	132 619	290 157
Porcentaje de inscripción institucional	21.2	22.5	22.3	26.1	20.5	21.3
Comando de Sanidad Militar (COSAM)						
Total de atenciones infantiles	0	1540	276	359	244	691
Total de inscripciones menor de 1 año	0	234	45	63	165	189
Total de inscripciones menor de 28 días	0	63	20	18	7	0
Porcentajes de inscripción precoz	-	26.9	44.4	28.6	4.2	0.0
Total controles subsecuentes	0	1306	231	296	70	691
Porcentajes de inscripción institucional	0.0	0.2	0.0	0.1	0.1	0.2
Instituto de Salud de Bienestar Magisterial (ISBM)						
Total de atenciones infantiles	0	10 189	1382	0	0	0
Total de inscripciones menor de 1 año	0	789	551	0	0	0
Total de inscripciones menor de 28 días	0	509	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz	0	65	0	0	0	0
Total controles subsecuentes	0	9400	831	0	0	0
Porcentaje de inscripción institucional	0.0	0.8	0.5	0.0	0	0

	Policía Nacional Civil (PNC)					
Total de atenciones infantiles	83				0	0
Total de inscripciones menor de 1 año	83				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 morbilidad en línea-SIMMOW.

(a) Para el ISSS, manejan inscripciones a los 30 día de nacidos.

Tabla n.º 16. Consolidados de atenciones infantiles dadas en la red de establecimientos del MINSAL, El Salvador, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de atenciones infantiles	521 613	554 436	568 499	636 264	654 760	793 032
Total de inscripciones menor de 1 año	104 488	110 331	110 037	113 060	110 747	107 816
Total de inscripciones menor de 28 días	83 075	89 538	91 325	98 073	97 831	96 235
Porcentaje de inscripción precoz	79.5	81.2	83.0	86.7	88.3	89.3
Total controles subsecuentes	417 125	444 105	458 462	523 204	544 004	685 405
Cobertura de inscripción	85	92	93	96	98	96
Población menor de 1 año *	123 401	119 896	119 008	117 880	112 499	112 144

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales, Sistemas de morbilidad en línea-SIMMOW.

Nota: A partir de 2009 se incluye información de las instituciones del SNS: MINSAL, ISSS, ISBM, PNC y COSAM.

* Población según DIGESTYC.

Tabla n.º 17. Atenciones maternas brindadas en la red de establecimientos del MINSAL, El Salvador, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Ministerio de Salud + FOSALUD					
Total de atenciones maternas	519 091	567 200	562 773	583 824	597 824	610 379
Total de inscripciones de 10 a 49 años	77 361	84 747	82 960	78 761	78 741	82 691
Total de inscripciones antes de 12 semanas	48 665	54 033	55 410	49 263	48 347	47 849
Porcentaje de inscripción precoz	62.9	63.8	66.8	62.5	61.4	57.9
Controles prenatales	363 807	397 709	387 777	399 672	399 966	404 475
Controles puerperales	77 923	84 744	92 036	105 391	119 117	123 213
Porcentaje de inscripción institucional	76.8	84.1	82.3	78.2	77.2	77.4
Porcentaje de inscripción institucional (corregido)	76.8	77.7	75.4	76.7	77.2	77.4
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)	158 158	173 448	174 077	180 145	178 661	176 943
Total de inscripciones de 10 a 19 años	24 292	26 672	26 549	24 912	24 709	25 021
Total de inscripciones antes de 12 semanas	15 197	16 880	17 548	15 286	14 776	15 603
Porcentaje de inscripción precoz	62.6	63.3	66.1	61.4	59.8	62.4
Controles prenatales	111 975	123 154	121 749	125 747	120 645	117 987
Controles puerperales	21 891	23 622	25 779	29 486	31 854	32 457
Porcentaje de inscripción de embarazo en adolescente	31.4	31.5	32.0	31.6	31.4	30.3

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)						
Total de atenciones maternas	145 582	35 209	154 708	151 694	132 863	137 111
Total de inscripciones de 10 a 49 años	22 935	23 691	24 070	23 918	23 133	24 133
Total de inscripciones antes de 12 semanas	14 891	15 489	15 845	15 925	15 492	16 749
Porcentaje de inscripción precoz	62.1	62.1	65.8	66.6	67.0	69.4
Controles prenatales	111 729	-	119 601	115 683	109 730	112 978
Controles puerperales	10 918	11 518	11 037	12 093	14 143	16 345
Porcentaje de inscripción institucional	22.8	23.5	23.9	23.7	22.7	22.6
Porcentaje de inscripción institucional (corregido)	22.8	21.7	21.9	23.3	22.7	22.6
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)					0	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años			0	0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas			0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz			0	0	0	0
Controles prenatales			0	0	0	0
Controles puerperales			0	0	0	0
Comando de Sanidad Militar (COSAM)						
Total de atenciones maternas	492	691	945	691	1012	1031
Total de inscripciones de 10 a 49 años	447	79	62	35	65	60
Total de inscripciones antes de 12 semanas	72	62	42	29	26	12
Porcentaje de inscripción precoz	16.1	78.5	67.7	82.9	40.0	20.0
Controles prenatales	-	532	801	597	897	822
Controles puerperales	45	80	82	59	50	138
Porcentaje de inscripción institucional	0.5	0.7	0.9	0.7	0.06	0.06
Porcentaje de inscripción institucional (corregido)	0.44	0.07	0.06	0.03	0.06	0.02
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)		2		6	2	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años		0	1	2	1	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas		0	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz		0.0	0.0	0.0	0	0
Controles prenatales		0	0	4	0	0
Controles puerperales		2	0	0	1	0
Instituto de Salud de Bienestar Magisterial (ISBM)						
Total de atenciones maternas		1610	9663	0	0	0
Total de inscripciones de 10 a 49 años		560	2938	0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas		509	841	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz		1.7	28.6	0.0	0	0
Controles prenatales		0	4665	0	0	0
Controles puerperales		1050	2060	0	0	0
Porcentaje de inscripción institucional	0.0	1.6	9.8	0.0	0	0
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)					0	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años			0	0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas			0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz			0	0	0	0
Controles prenatales			0	0	0	0
Controles puerperales			0	0	0	0

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de inscripciones menor de 1 año			0	0	0	0
Total de inscripciones menor de 28 días			0	0	0	0
Porcentajes de inscripción precoz			0	0	0	0
Total controles subsecuentes			0	0	0	0
	Policía Nacional Civil (PNC)					
Total de atenciones maternas	56				0	0
Total de inscripciones de 10 a 49 años	34				0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas	34				0	0
Porcentaje de inscripción precoz	-				0	0
Controles prenatales	0				0	0
Controles puerperales	22				0	0
Porcentaje de inscripción institucional	0.1	0.0	0.0	0.0	0	0
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)					0	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años					0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas					0	0
Porcentaje de inscripción precoz					0	0
Controles prenatales					0	0
Controles puerperales					0	0

Fuente: Sistema estadísticos institucionales, Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW

A partir de 2009 las atenciones maternas pasan a ser de tipo nominal, se registran en forma individual en el Registro Diario de Consulta y se digitan en el SIMMOW.

Tabla n.º 18. Atenciones maternas brindadas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, El Salvador, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de atenciones maternas (inscripción + controles)	665 221	604 710	728 089	736 209	731 699	748 521
Inscripciones de 10 a 49 años	100 777	109 077	110 030	102 714	101 940	106 884
Inscripciones antes de 12 semanas	63 662	70 093	72 138	65 217	78 641	80 213
Porcentaje de inscripción precoz	63.2	64.3	65.6	63.5	77.1	75.0
Controles prenatales	475 536	398 241	512 844	515 952	510 593	518 275
Controles puerperales	88 908	97 392	105 215	117 543	133 311	139 696
Total de atenciones maternas en adolescentes (inscripciones + controles) (a)	158 158	173 448	174 077	180 151	178 663	176 943
Inscripciones de 10 a 19 años	24 292	26 672	26 549	24 914	24 710	25 021
Inscripciones antes de 12 semanas	15 197	16 880	17 548	15 286	14 776	15 603
Porcentaje de inscripción precoz	62.6	63.3	66.1	61.4	60	62
Controles prenatales	111 975	123 154	121 749	125 751	120 645	117 987
Controles puerperales	21 891	23 622	25 779	29 486	31 855	32 457
Cobertura de inscripción de 10 a 49 años	87.1	90.7	85.3	76.6	84	88
Embarazadas esperadas (b)	115 638	120 200	128 929	134 102	121 343	121 343
Partos esperados (b)	109 218	118 245	126 352	127 407	114 886	114 832

Fuente: Sistema estadísticos institucionales, Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW.

Notas:

(a) Las atenciones en adolescentes están incluidas en el total de atenciones de 10 a 49 años.

(b) Población según DIGESTYC para 2009, 2010 y 2014: Censo 2007. Para 2011 y 2012 se elaboraron proyecciones de embarazadas y partos esperados con base en registros de nacimientos estimados por STP; para 2015, población revisada del Censo 2007.

Tabla n.º 19. Partos atendidos en la red de establecimientos de salud, El Salvador, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ministerio de Salud + FOSALUD						
Total de partos atendidos por personal calificado	77 114	80 825	82 586	80 746	83 213	82 299
Partos por cesárea	21 807	23 390	23 283	22 740	23 286	24 095
Porcentaje de partos por cesárea	28	29	28	28	28	29
Partos atendidos en adolescentes	22 742	23 581	24 190	24 073	23 909	23 096
Porcentaje de partos en adolescentes	30	29	29	30	29	28
Total de nacimientos institucionales	77 782	81 552	83 282	83 055	84 259	83 383
Nacidos vivos	77 096	80 830	82 546	82 476	83 656	82 807
Nacidos muertos	686	722	736	579	603	576
Nacidos vivos con bajo peso	7040	7338	7160	7823	7738	8044
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso	9.1	9.1	8.7	9.4	9.2	9.6
Partos por partera	1986	1024	482	174	88	75
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)						
Total de partos atendidos por personal calificado	21 056	22 166	219 76	21 978	21 838	22 170
Partos por cesárea	7053	7627	7630	7763	6909	7209
Porcentaje de partos por cesárea	34	34	35	35	32	33
Partos atendidos en adolescentes	841	910	873	927	893	894
Porcentaje de partos en adolescentes	4.0	4.1	4.0	4.2	4.1	4.0
Total de nacimientos institucionales	21 212	22 356	22 166	22 083	22 039	22 372
Nacidos vivos	21 124	22 260	22 063	21 993	21 938	22 259
Nacidos muertos	88	117	103	90	101	113
Nacidos vivos con bajo peso	1542	1663	1561	1927	1697	1863
Porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso	7.3	7.5	7.1	8.8	7.7	8.4
Comando de Sanidad Militar (COSAM)						
Total de partos atendidos por personal calificado	133	174	184	156	171	161
Partos por cesárea	92	129	135	114	133	126
Porcentaje de parto por cesárea	69.2	74.1	73.4	73.1	77.8	78.3
Partos atendidos en adolescentes	7	3	4	2	0	0
Porcentaje de parto en adolescentes	5.3	1.7	2.2	1.3	0.0	0
Total de nacimientos institucionales	135	175	187	156	169	166
Nacidos vivos	135	175	168	156	171	166
Nacidos muertos	0	0	1	0	0	0
Nacidos vivos con bajo peso	13	27	7	11	10	12
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso	9.6	15.4	4.2	7.1	5.8	7.2
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)						
Total de partos atendidos por personal calificado	nd	556	745	0	0	0
Partos por cesárea		365	456	0	0	0
Porcentaje de partos por cesárea		65.6	61.2	0.0	0	0
Partos atendidos en adolescentes		0	1	0	0	0
Porcentaje de partos en adolescentes	0.0	0.0	0.1	0.0	0	0

Total de nacimientos institucionales	nd	571	745	0	0	0
Nacidos vivos		570	741	0	0	0
Nacidos muertos		1	4	0	0	0
Nacidos vivos con bajo peso		0	0	0	0	0
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales, Sistemas de morbimortalidad en línea-SIMMOW.
nd: No se dispone de estos datos.

Tabla n.º 20. Partos atendidos en la red de instituciones del Sistema Nacional de Salud, El Salvador, 2009-2015

Descripción	Años					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de partos (institucionales + parteras)	100 289	104 745	105 973	103 054	105 310	104 705
Total de partos de 10 a 49 años atendidos por personal calificado	98 303	103 721	105 491	102 880	105 222	104 630
Partos por cesárea	28 952	31 511	31 504	30 617	30 328	31 430
Porcentaje de partos por cesárea	29.5	30.4	29.9	29.8	28.8	30.0
Partos atendidos en adolescentes*	23 590	24 494	25 068	25 002	24 802	23 990
Porcentaje de partos en adolescentes	24.0	23.6	23.8	24.3	23.6	22.9
Porcentaje de partos institucionalmente	98.0	99.0	99.5	99.8	99.9	99.9
Total de nacimientos	99 129	104 675	106 362	105 294	106 467	105 921
Nacidos vivos	98 355	103 835	105 518	104 625	105 765	105 232
Nacidos muertos	774	840	844	669	704	689
Nacidos vivos con bajo peso	8595	9028	8728	9761	9445	9919
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	8.7	8.7	8.3	9.3	8.9	9.4
Cobertura de parto**	90.0	87.7	83.5	80.7	91.6	91.1
Partos atendidos por partera***	1986	1024	482	174	88	75
Porcentaje de partos por partera	2.0	1.0	0.5	0.2	0.1	0.1
Partos esperados***	109 218	118 245	126 352	127 407	114 886	114 832

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales

Notas: A partir de 2009 incluye datos de Sistema Nacional de Salud.

Las instituciones informantes a partir de 2010 son: MINSAL, ISSS y COSAM.

* Los partos en adolescentes están incluidos en el total de atenciones de 10 a 49 años.

** Para el cálculo de la cobertura no incluye los partos por partera.

*** Población según DIGESTYC para 2009, 2010, 2014 y 2015, Censo 2007. Para 2011 y 2012 se elaboraron proyecciones de embarazadas esperadas y partos esperados con base en registros de nacimientos por STP y distribución porcentual por departamento tomados de registros institucionales del MINSAL.

Tabla n.º 21. Causas más frecuentes de consultas curativas atendidas en la red de establecimientos de salud del MINSAL, según lista internacional de morbilidad de la CIE 10, enero a diciembre de 2015

Todas las edades - ambos sexos		
N.º de orden	Diagnóstico	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1 009 438
2	Hipertensión esencial (primaria)	738 342
3	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	531 081
4	Otras enfermedades del sistema urinario	477 860
5	Diabetes mellitus	398 523
6	Diarrea de presunto origen infeccioso	281 817
7	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	248 032
8	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	242 004
9	Otras complicaciones del embarazo y del parto	203 453
10	Migraña y otros síndromes de cefalea	192 648
	Demás causas	5 581 008
	Totales	9 904 206

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW.

Tabla n.º 22. Causas más frecuentes de egresos registrados en hospitales del MINSAL, según lista internacional de morbimortalidad de la CIE 10, enero a diciembre de 2015

Todas las edades - ambos sexos		
N.º de orden	Diagnóstico	Total
1	Parto único espontáneo	49 547
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	26 055
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	21 535
4	Neumonía	17 089
5	Diarrea de presunto origen infeccioso	12 766
6	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas virales	11 387
7	Diabetes mellitus	11 326
8	Enfermedades del apéndice	10 179
9	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	9548
10	Otras enfermedades del sistema urinario	8629
	Demás causas	236 164
	Totales	414 225

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW.

Causas más frecuentes de mortalidad registrados en hospitales del MINSAL, según lista internacional de morbilidad de la CIE 10, enero a diciembre de 2015

Todas las edades-ambos sexos		
N.º de orden	Diagnóstico	Total
1	Resto de enfermedades del sistema genitourinario	1003
2	Neumonía	708
3	Diabetes mellitus	677
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	605
5	Septicemia	568
6	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	549
7	Enfermedades hipertensivas	537
8	Enfermedades del hígado	523
9	Enfermedades isquémicas del corazón	512
10	Enfermedades cerebrovasculares	504
	Demás causas	5547
	Totales	11 733

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW.

Tabla n.º 23. Causas más frecuentes de mortalidad registrados en hospitales del MINSAL, según lista internacional de morbilidad de la CIE 10, enero a diciembre de 2015

Todas las edades-por sexo					
N.º de orden	Diagnóstico	Masculino	Femenino	Indeterminado	Total
1	Resto de enfermedades del sistema genitourinario	679	324	0	1003
2	Neumonía	364	344	0	708
3	Diabetes mellitus	248	429	0	677
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	331	274	0	605
5	Septicemia	265	303	0	568
6	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	309	239	1	549
7	Enfermedades hipertensivas	278	259	0	537
8	Enfermedades del hígado	324	199	0	523
9	Enfermedades isquémicas del corazón	240	272	0	512
10	Enfermedades cerebrovasculares	228	276	0	504
	Demás causas	3165	2379	3	5547
	Totales	6 431	5298	4	11 733

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW.

Tabla n.º 24. Causas más frecuentes de mortalidad registrados en hospitales del MINSAL, según lista internacional de morbimortalidad de la CIE 10, enero a diciembre de 2015

Todas las edades-ambos sexos				
N.º de orden	Diagnóstico	MUERTES	EGRESOS	TASA LETALIDAD
1	Resto de enfermedades del sistema genitourinario	1003	26941	3.72
2	Neumonía	708	17090	4.14
3	Diabetes mellitus	677	11326	5.98
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	605	33017	1.83
5	Septicemia	568	846	67.14
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	549	32088	1.71
7	Enfermedades hipertensivas	537	5196	10.33
8	Enfermedades del hígado	523	2503	20.89
9	Enfermedades isquémicas del corazón	512	2025	25.28
10	Enfermedades cerebrovasculares	504	2327	21.66
	Demás causas	5547	280 866	
	Totales	11 733	414 225	

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW.

Tabla n.º 25. Descripción de la construcción de indicadores para la memoria de labores

Descripción del indicador	Descripción	Fuente de numerador	Ruta
Indicadores de cobertura de atención			
Cobertura de BCG aplicadas en menores de 1 año.	Número de dosis aplicadas total país según procedencia entre Población menor de 1 año según DIGESTYC Multiplicado por 100	Módulo de vacunas	Reportes: enero a diciembre (coberturas del 2015 y población de 2015 el tabulador A)
Cobertura de antipolio, 3.ª dosis aplicada en menores de 1 año.			
Cobertura de rotavirus, 2.ª dosis aplicada en menores de 1 año.			
Cobertura de SPR, 1.ª dosis aplicada a niños de 1 año	Número de dosis aplicadas total país entre Población de 1 año según DIGESTYC Multiplicado por 100		
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)	Atención ambulatoria, consultas, atención preventiva, atención infantil (reporte consolidado en menor de 1 año) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

Porcentaje de inscripción infantil 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)	Atención ambulatoria - Consultas - Atención preventiva--Atención infantil (reporte consolidado de menor de 8 días y menor de 1 año) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
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)	Atención ambulatoria, consultas, atención preventiva, atención materna (reporte total de inscripciones + controles). Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Cobertura de control posnatal de 10 a 49 años	Control puerperales 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.
Cobertura de parto intrahospitalario del SNS	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 verifíco parto (por fecha de parto) + partos extrahospitalarios (reporte de nacidos vivos MINSAL: variable local del parto intrahospitalario). Tabulador partera capacitada (SEPS). Sumándole 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 verifíco parto (por fecha de parto) + Módulo de estadísticas vitales--Nacidos vivos MINSAL (partos extrahospitalarios [No hospitales] de 10 a 19 años). Sumándole 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 g, nacidos vivos MINSAL (Departamento, municipios) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

Fuente: Elaboración propia.

Tabla n.º 26. Diez primeras causas de consulta (primera vez + subsecuentes), atendidas en el ISSS, enero a diciembre de 2015

Diagnóstico/Causa	Totales
Hipertensión esencial (primaria)	434 793
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	278 386
Control de salud de rutina del niño	193 608
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	178 929
Supervisión de embarazo normal no especificado	157 029
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	148 374
Lumbago no especificado	140 293
Faringitis aguda, no especificada	121 597
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	87 934
Fiebre, no especificada	84 252
Demás causas	3 392 519
Total	5 217 714

Fuente: Perfil morbidemográfico de la consulta médica.

Tabla n.º 27. Diez primeras causas de egresos hospitalarios, atendidas en el ISSS, enero a diciembre de 2015

Diagnóstico/Causa	Totales
Parto único espontáneo, sin otra especificación	9558
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2807
Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	2551
Insuficiencia renal crónica, no especificada	2536
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	2356
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2146
Apendicitis aguda, no especificada	1860
Neumonía, no especificada	1523
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	1370
Leiomioma del útero, sin otra especificación	1215
Demás causas	73 109
Total	27922

Fuente: Sistema Altas Hospitalarias.

Tabla n.º 28. Diez primeras causas de muerte registradas, atendidas en el ISSS, todas las edades-ambos sexos, enero-diciembre de 2015

Diagnósticos	Años
	2015
	Totales
Neumonía, no especificada	388
Insuficiencia renal crónica, no especificada	259
Septicemia, no especificada	201
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	127
Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	92
Hemorragia gastrointestinal, no especificada	92
Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	83
Tumor maligno de estómago, parte no especificada	75
Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	64
Hemorragia intraencefálica, no especificada	56
Demás causas	1761
Total	3198

Fuente: Sistema Altas Hospitalarias

Impreso y encuadernado en
talleres de IMPRINSA, S. A. de C. V:
San Salvador, El Salvador
América Central,
julio de 2016

2500 ejemplares

Existen importantes avances durante la gestión del presidente Salvador Sánchez Cerén en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Para ello se invirtieron cerca de 80 millones de dólares para la construcción y el equipamiento de 139 establecimientos de salud.

En el último año de gobierno se brindaron cerca de 13 millones de consultas, entre curativas y preventivas, y se aplicaron 3 600 000 dosis de vacunas; gracias a ello seguimos sin registrar muertes por diarreas causadas por rotavirus, ni muertes por rabia, rubeola congénita y tétanos neonatal, lo que se suma a la eliminación del sarampión y la polio en nuestro país.

El Salvador ha sido reconocido por su sistema de vigilancia de la salud y por su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias y desastres. Existe una importante coordinación entre el manejo adecuado de las personas que enferman en los servicios de salud y el abordaje intersectorial de la salud, desarrollando herramientas innovadoras, como las alertas estratificadas, la movilización de la población a través del Sistema Nacional de Protección Civil, el uso de alevines como método de control biológico de vectores, los filtros escolares, el análisis de las inequidades para la solución de problemas de salud, entre otros.

Durante esta gestión, el Ministerio de Salud ha fortalecido la Comisión Intersectorial de Salud –CISALUD–, donde participan más de 46 instituciones gubernamentales y no gubernamentales, espacio en el que se realiza el abordaje multidimensional de la salud y su determinación social, es decir, elementos que van más allá de los servicios de salud.

Dos años de la presente administración significan no solo hacer un recuento de lo realizado sino definir las acciones para consolidar los resultados positivos y marcar el rumbo de las transformaciones en función de la salud de la población. Afrontar estos retos pasa por el fortalecimiento del sistema público de salud, la integración del Sistema Nacional de Salud, mantener la lucha por el buen vivir de la población y por comprender que la salud es parte integral y pilar del desarrollo humano nacional.



Gobierno de El Salvador
Ministerio de Salud