

Informe de Labores

Ministerio de Salud

2010-2011



Informe de Labores

Ministerio de Salud

2010-2011

Prohibida la reproducción parcial o total con fines lucrativos

Diseño de portada: Edwin López Morán

Diagramación general: Boris Gabriel Ciudad Real

Diseño general: Boris Gabriel Ciudad Real y Edwin López Morán

Primera edición, junio de 2011

® Ministerio de Salud de El Salvador

® Editorial del Ministerio de Salud

Ministerio de Salud de El Salvador

13.^a avenida sur, entre calle Manuel J. Arce y calle Rubén Darío

San Salvador, El Salvador, América Central

Teléfono: (+503) 22 02 70 00

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

Correo electrónico: editorial@mpas.gob.sv



Autoridades

Dra. María Isabel Rodríguez
MINISTRA DE SALUD

Dr. Eduardo Antonio Espinoza
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS SECTORIALES

Dra. Elvia Violeta Menjívar
VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD

Abreviaciones

AACID:	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo	PEIS:	Presupuesto Extraordinario de Inversión Social
ADESCO:	Asociación de Desarrollo Comunitario	PNC:	Policía Nacional Civil
AECID:	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	PPR:	Presupuesto por Resultados
AMSS:	Área Metropolitana de San Salvador	PRHESSA:	Proyecto de Reconstrucción de Hospitales y Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud
ANDA:	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados	RIISS:	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
ANEP:	Asociación Nacional de la Empresa Privada	RRHH:	Recursos Humanos
APS:	Atención Primaria de Salud	SAN:	Seguridad Alimentaria y Nutricional
BCIE:	Banco Centroamericano de Integración Económica	SEM:	Sistema Nacional de Emergencias Médicas
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo	SIMMOW:	Sistema de Morbimortalidad en Línea
BM:	Banco Mundial	SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
CDC:	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, EE. UU.	SNS:	Sistema Nacional de Salud
CEPA:	Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma	SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
CIS:	Cooperación Internacional en Salud	STP:	Secretaría Técnica de la Presidencia
CISALUD:	Comisión Intersectorial de Salud	SIAP:	Sistema Integral de Atención al Paciente
CONAIPD:	Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad	SUIS:	Sistema Único de Información Estratégica
CONASIDA:	Comisión Nacional del Sida	TRIPS:	Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio
CSSP:	Consejo Superior de Salud Pública	UACI:	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
DIGESTYC:	Dirección Nacional de Estadística y Censo	UFP:	Unidad de Formación Profesional
ECNT:	Enfermedades Crónicas No Transmisibles	UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ECOS-E:	Equipo Comunitario de Salud Especializado	UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ECOS-F:	Equipo Comunitario de Salud Familiar	VMT:	Viceministerio de Transporte
ERC:	Enfermedad Renal Crónica	VIGEPES:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
FISDL:	Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local		
FNS:	Foro Nacional de Salud		
FOPROLYD:	Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado		
FOSEP:	Fondo Salvadoreño para Estudios de Preinversión		
GOES:	Gobierno de El Salvador		
IANPHI:	Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública		
IML:	Instituto de Medicina Legal		
INCAP:	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá		
INS:	Instituto Nacional de Salud		
IRA:	Infecciones Respiratorias Agudas		
IRC:	Insuficiencia Renal Crónica		
ISBM:	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial		
ISNA:	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia		
ISRI:	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos		
ISSS:	Instituto Salvadoreño del Seguro Social		
JICA:	Agencia de Cooperación Internacional del Japón		
KOICA:	Agencia de Cooperación Internacional de Corea		
LACAP:	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública		
MAG:	Ministerio de Agricultura y Ganadería		
MARN:	Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales		
MIDES:	Manejo Integral de Desechos Sólidos		
MINED:	Ministerio de Educación		
MINSAL:	Ministerio de Salud		
MOP:	Ministerio de Obras Públicas		
MRREE:	Ministerio de Relaciones Exteriores		
OIM:	Organización Internacional para las Migraciones		
OMS:	Organización Mundial de la Salud		
ONG:	Organismos No Gubernamentales		
ONUSIDA:	Organización de las Naciones Unidas para el Sida		
OPS/OMS:	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud		

Contenido

Mensaje de la Ministra de Salud	[7]
Resumen ejecutivo	[9]
Objetivo de la Política de Salud y principios que guían la Reforma de Salud	[12]
Capítulo 1. Plan de trabajo y metas para el período de junio de 2010 a mayo de 2011	[13]
Capítulo 2. De qué se enferma y muere la población salvadoreña	[19]
Capítulo 3. Presupuesto institucional y cuentas en salud	[24]
Capítulo 4. Desarrollo de la infraestructura sanitaria	[37]
Capítulo 5. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	[45]
Capítulo 6. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud	[67]
Capítulo 7. Medicamentos y vacunas	[71]
Capítulo 8. La participación social	[75]
Capítulo 9. Programas prioritarios	[78]
Capítulo 10. Abordaje de emergencias sanitarias, desastres y control de enfermedades transmitidas por vectores	[88]
Capítulo 11. Intrasectorialidad e intersectorialidad	[93]
Capítulo 12. Fortalecimiento de los sistemas de información estadístico y epidemiológico	[97]
Capítulo 13. Construcción de factibilidad	[100]
Capítulo 14. Dimensión internacional	[101]
Resumen del Boletín Epidemiológico 2010	[119]

...Salud es la prioridad

“La reforma más trascendental que hemos iniciado es la creación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta es una iniciativa revolucionaria, un cambio profundo que llevará atención médica a cada uno de los salvadoreños, empezando por los que nunca la recibieron, que son los más pobres y excluidos... Este nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, junto a la eliminación de las cuotas voluntarias y el suministro de medicamentos gratuitos, significará un aumento de la inversión destinada a salud, en 2011, de más de 100 millones de dólares. Un esfuerzo sin precedentes, realizado además en un contexto de fuertes restricciones presupuestarias... Para decirlo de modo directo: la Salud es la prioridad de mi Gobierno”

Presidente Mauricio Funes

Colocación de Ofrenda Floral

*Conmemoración del CLXXXIX Aniversario
de la Independencia Patria*

15 de septiembre de 2010



*Mensaje de la Ministra de Salud
María Isabel Rodríguez*

La Reforma de Salud avanza

Se cumplen dos años de haber iniciado nuestra gestión al frente del Ministerio de Salud. Por medio de este Informe de Labores rendimos cuenta ante la Honorable Asamblea Legislativa y la sociedad de la labor desarrollada durante el segundo año. Si el primer año de gestión fue invertido en garantizar el funcionamiento de los servicios de salud, mantener las acciones de salud pública y desarrollar acciones extraordinarias para enfrentar las emergencias sanitarias y desastres naturales, a la vez que se creaban las condiciones de viabilidad y factibilidad de la Reforma de Salud, el segundo año de Gobierno representó el año del lanzamiento de la Reforma y el inicio de la reestructuración del sistema público de salud.

Esperamos que este Informe consiga mostrar los esfuerzos realizados por el Gobierno Nacional, por el personal de salud y la sociedad para apoyar la Reforma, así como los logros y problemas que hemos encontrado en este decisivo y productivo período, desarrollado en un contexto de dificultades financieras agravadas por el impacto nacional de la crisis financiera global. Tal vez en estos momentos el factor crítico de la Reforma sea su factibilidad económica. Uno de los principales problemas del sector público de salud es el reto que el país enfrenta para romper con la baja inversión histórica en materia de salud, frente a la alta prioridad que el Gobierno de la República y en particular el Señor Presidente le confiere al sector social y muy particularmente al sector público de salud.

El Ministerio de Salud ha definido con claridad su política nacional de salud y su proyecto de Reforma, los ejes del cambio y las estrategias necesarias. Estas definiciones políticas han recibido el amplio respaldo de las más altas autoridades del país y de la población salvadoreña, así como el reconocimiento internacional por la calidad y orientación de sus propuestas y muchos de sus logros pueden medirse en términos de vidas ganadas a la enfermedad.

El concepto de Reforma de Salud no explica por sí mismo su contenido. Los procesos de cambio en el sistema de salud pueden ser regresivos o progresivos. El sólo hecho de propugnar por un cambio no implica necesariamente la dirección del mismo. Esta gestión sigue un concepto que definió la salud en términos del bienestar y la colocó como corazón del desarrollo. Por eso, trabaja fuertemente para garantizar el derecho a la salud de toda la población, entendido este por la atención del proceso salud-enfermedad desde la red integrada de servicios de salud y por el enfrentamiento activo de las inequidades en salud, por el desarrollo de la educación y la promoción de la salud, un amplio y fructífero trabajo intersectorial, el impulso de programas de saneamiento básico, el estímulo a los procesos de organización de la comunidad en torno a la salud, el desarrollo de un potente y versátil sistema único de información en salud, la identificación y el enfrentamiento de los determinantes sociales, económicos y ambientales, la construcción participativa de las políticas de salud, la generación de soluciones científicas y tecnológicas para afrontar los problemas de salud.

A pesar de los factores estructurales y coyunturales que condicionan el resultado de la Reforma que se va implantando, los logros han superado nuestras expectativas en varios de los ejes que definimos, como esperamos quede demostrado a lo largo de este Informe del ahora denominado Ministerio de Salud, nombre que reemplaza al anterior de "Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social" para reflejar una actualización largamente requerida.

Hay ejemplos conmovedores de la solidaridad de los ciudadanos salvadoreños en este proceso de Reforma, como la adjudicación voluntaria por los hermanos salvadoreños que viven en el exterior de sus casas en sus pueblos natales para la instalación y funcionamiento de Casas de Salud para el trabajo de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, o la donación de horas extra de trabajo por profesionales de la salud para poder terminar con las largas listas de espera para cirugía y consultas de especialidad. Estas son muestras del apoyo y movilización del espíritu altruista de nuestro pueblo.

Reiteramos el llamado que hicéramos en el cierre del Informe de Labores del año pasado para continuar con la construcción de una amplia y sólida alianza de todos los sectores de la vida nacional para que sean la base social y política de este cambio estructural que hemos iniciado. Una alianza que reúna las voluntades y el esfuerzo de todas las organizaciones sociales, de todos los partidos políticos, de todas las instituciones educacionales, científicas y culturales, de los agentes económicos de nuestro país, y de todos los socios internacionales del desarrollo. Será la más sólida base social y política del nuevo sistema de salud y de la salud integral de nuestro pueblo.

Resumen ejecutivo

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha definido sus metas para el quinquenio 2009-2014 en el marco del Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno. La Reforma de Salud que se diseñó durante el primer año e inició durante el segundo año tiene ocho ejes prioritarios para estructurar los cimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Constituyen las condiciones políticas e institucionales claves para asegurar su cimentación y sostenibilidad: 1) Construcción de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, 2) construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas, 3) respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas, 4) articulación progresiva con la Seguridad Social y otros prestadores públicos y fortalecimiento de la intersectorialidad, 5) apoyo al Foro Nacional de Salud, 6) creación del Instituto Nacional de Salud, 7) desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud, 8) Recursos Humanos en Salud como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Las metas quinquenales cubren objetivos sanitarios (avances en la reducción de la mortalidad, erradicación de enfermedades transmitidas por vectores), fortalecimiento de la capacidad de rectoría del MINSAL, aumento del financiamiento sectorial, aumento de la cobertura de los servicios de salud, así como de su capacidad resolutoria, calidad y calidez. Para lograrlo se enfrentan desafíos muy importantes en cuanto al modelo de atención y de gestión, la contratación de nuevo

personal de salud, abastecimiento de medicamentos y vacunas, desarrollo de la infraestructura sanitaria, equipamiento, y otros relacionados principalmente, pero no únicamente, con las restricciones financieras debidas a inversiones históricamente muy bajas en el sector público de salud y a las limitaciones que emanan del efecto de la crisis financiera mundial en nuestro país. A pesar de esas restricciones y limitaciones, durante este segundo año de gestión son evidentes los avances realizados y el cumplimiento de las metas planteadas para el período, así como es evidente el gran esfuerzo del Gobierno Nacional por aumentar de manera sostenida el presupuesto del MINSAL, que pasó en dos años del 1.7 al 2.4 % del PIB y que representa un presupuesto asignado por todas las fuentes de financiamiento que pasó de 399.3 millones de dólares en 2008 a 571.1 millones de dólares en 2011.

En la Construcción de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (RIISS) se logró iniciar la implementación del nuevo modelo de atención en el primer nivel, se realizó el diagnóstico y recategorización de los hospitales del país en función de los requerimientos de las RIISS y se organizaron y echaron a funcionar dichas redes. Ellas son el nuevo entorno de servicios que se desarrolla alrededor de la vida de la comunidad, las familias y las personas. Supone una nueva cultura orga-



Visita de campo de las autoridades del Ministerio de Salud

Fotografía: Unidad de Comunicaciones, MINSAL

nizacional con enfoque democrático participativo para la gestión, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones; comunicación en todos los sentidos posibles; referencia y contrarreferencia, desarrollo y puesta en práctica de programas transversales integrales centrados en la persona. Todo el sistema de salud se redefine en función del enfoque de Atención Primaria de Salud Integral, que es la estrategia para lograr el incremento de cobertura, la mejora sustancial de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y fortalecimiento al mismo tiempo del segundo y tercer nivel. El primer nivel de atención está constituido por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS-F) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS-E). En la primera etapa de la Reforma en el primer nivel de atención (julio-diciembre de 2010) se tenía previsto cubrir con el nuevo modelo de atención integral a 63 municipios, iniciándose con 53 municipios de pobreza extrema. La cobertura final ha sido de 80 municipios, beneficiando alrededor de 600,000 personas. La segunda etapa (enero a mayo del 2011) tenía programado cubrir 49 municipios. La cobertura ha sido de 61 municipios, beneficiando a casi 650,000 personas. De esta manera, durante el año que se informa, la cobertura poblacional lograda con el nuevo modelo ha sido aproximadamente de 1,250,000 personas.

La infraestructura sanitaria ha avanzado sustancialmente y durante el período que se reporta se implementó el plan de acción para concluir los cuatro hospitales cuya obra estaba iniciada, superar los aspectos legales, reactivar las obras de los hospitales de Santa Gertrudis de San Vicente, de Santa Teresa de Zacatecoluca, San Pedro de Usulután y San Juan de Dios de San Miguel hasta concluirlos y beneficiar a más de 1,000,000 de habitantes en la Región Oriental y Paracentral. Todos los hospitales fueron concluidos durante el período que se informa y tres de ellos fueron inaugurados. En cuanto al nuevo Hospital de Maternidad, los logros más importantes han sido el cumplimiento de condiciones previas con el organismo financiero, obtener los permisos correspondientes y que se declarara de interés social por la Alcaldía de San Salvador, concluyéndose la validación de todos los diseños arquitectónicos y de especialidades; a partir del mes de marzo de 2011 se inició el proceso de licitación. Asimismo,

se realizaron avances sustanciales en el proyecto de mejoramiento funcional del Hospital Nacional de Chalchuapa, se concluyó la remodelación y equipamiento de la segunda planta del Edificio de Especialidades del Hospital Nacional Rosales, se finalizó la construcción de una Unidad para Niños Quemados en el Hospital Nacional Benjamín Bloom (actualmente en fase de equipamiento) y se realizaron estudios de preinversión en otros hospitales a ser construidos o mejorados durante el quinquenio.

Por su parte, en el marco del proyecto de rehabilitación/repación/construcción de establecimientos de salud de primer nivel de atención financiado con fondos PEIS comprendido en el decreto No. 180 aprobado por la Asamblea Legislativa, en el período que se informa se concluyeron y entregaron 17 unidades de salud, 14 están en proceso de ejecución, 28 en proceso de licitación y 17 en proceso de preparación de las carpetas técnicas.

En el eje de construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas se logró avanzar en su factibilidad mediante una apropiada gestión de recursos financieros y avanzar en la definición del modelo.

Para dar respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas se aseguró el financiamiento para atender una demanda creciente, mientras que persisten problemas en el abastecimiento de medicamentos en los servicios de salud, a pesar de que se duplicó la inversión para el rubro. Las vacunas, con un nuevo esquema de vacunación completo, estuvieron disponibles y fueron apropiadamente utilizadas para aumentar las coberturas.

En la articulación progresiva con la Seguridad Social y otros prestadores públicos continuaron los esfuerzos del MINSAL para avanzar en el desarrollo de mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en FOSALUD como institución autónoma adscrita al Ministerio de Salud. Logros relacionados al fortalecimiento de la intra e intersectorialidad son la ampliación y consolidación de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), el apoyo al desarrollo e implementación del componente de salud sexual y reproductiva en el Programa Presidencial de Ciudad-Mujer y el logro de un abordaje integral de las emergencias sanitarias para reducir la letalidad por enfermedades como el dengue, que ameritaron la declaratoria de emergencia

y que, gracias al trabajo intersectorial y a la estrategia sectorial de control, logró una reducción drástica de la letalidad por esta enfermedad, que representó la más baja de la Región de las Américas.

En cuanto al apoyo al Foro Nacional de Salud, se logró apoyar la instalación de la mesa sectorial en el tema de salud sexual y reproductiva, así como articular la dimensión territorial de las redes de servicios de salud del MINSAL con los Comités Locales de Salud.

En cuanto a la creación del Instituto Nacional de Salud, se logró su factibilidad mediante una apropiada gestión de recursos financieros de la cooperación no reembolsables, la oficialización del INS con miras a su lanzamiento en el año 2012.

En el desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud se inició el proceso de instalación del Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP) en los hospitales de la red pública, el incremento sustancial de la confiabilidad del sistema de vigilancia epidemiológica y el diseño, elaboración y comienzo de la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES).

En el eje de recursos humanos en salud como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud, se avanzó sustancialmente en la dotación adecuada de personal de salud por incremento, redistribución y utilización eficiente a medida del avance de la Reforma de Salud en la red de servicios de salud y se inició la definición de la política de recursos humanos para el sector.

En la dimensión internacional cabe destacar que durante el período se acrecentó la presencia del país en los foros internacionales más importantes relativos a salud. El Salvador está ganando un espacio creciente en el debate internacional relacionado con el desarrollo y la so-

beranía sanitaria. Ocho convenios de cooperación fueron suscritos en este segundo año entre el MINSAL y países e instancias significativas para la cooperación internacional en salud. La conducción del MINSAL ha abogado por la necesidad de recuperar y fortalecer el multilateralismo en salud, por preservar la cooperación internacional para los países de desarrollo medio como manera de mantener y consolidar los logros de las últimas décadas, por visualizar los determinantes particulares que las enfermedades crónicas tienen o pueden tener en países como los centroamericanos y que llevarían a la definición de intervenciones diferenciales con respecto a otros países, por la necesidad de redoblar los esfuerzos para que los acuerdos logrados en los foros internacionales avancen de manera más oportuna en el alineamiento efectivo de los recursos de la cooperación con las prioridades de desarrollo de los países y con las políticas nacionales de salud, por el cumplimiento de los compromisos internacionales suscritos por los organismos donantes y porque aumente la solidaridad entre los países y los pueblos.

Durante el período se observó un aumento sustancial de los montos ejecutados de la cooperación no reembolsable, así como la aprobación de proyectos críticos en apoyo a la Reforma de Salud por parte de este tipo de cooperación. Asimismo, el país logró la aprobación del proyecto Programa Integrado de Salud por parte del BID y su posterior ratificación por parte de la Honorable Asamblea Legislativa.

Para el tercer año, de consolidarse el amplio apoyo logrado para llevar adelante la Reforma de Salud, se reducirán los factores restrictivos que han operado durante este período y se seguirá avanzando con paso firme en beneficio de la salud de la población salvadoreña.

Objetivo de la Política de Salud

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

Principios que guían la Reforma de Salud

Transparencia

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

Solidaridad

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

Compromiso

Dar prioridad a la salud de los y las salvadoreñas

Universalidad

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

Equidad

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

Gratuidad

Derecho a recibir atención en los servicios de salud con calidad y calidez en el sistema público sin tener que pagar por prestación

Intersectorialidad

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

Participación Social

Potenciar el poder de decisión de la población como fuente de soberanía, iniciativa política y su papel como contralora en los asuntos de salud

Capítulo 1

Plan de trabajo y metas para el período junio de 2010 a mayo de 2011

Principales metas del MINSAL para el quinquenio 2009-2014

Avances en la reducción de la mortalidad

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

Hacia la erradicación de enfermedades transmitidas por vectores

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

Rectoría

Al fin del quinquenio el MINSAL tendrá fortalecida su capacidad de Rectoría, entre otros, en los siguientes aspectos: a) Consejo Nacional de Salud reuniéndose periódicamente y enfocado a promover algunos aspectos de la integración del sistema público, con un plan de largo plazo, b) gestión compartida de por lo menos dos hospitales entre MINSAL e ISSS, c) elaboración conjunta y compartida de normas de atención a la salud en todos los niveles del sistema, d) Sistema de Emergencias Médi-

cas intersectorial establecido con la conducción del MINSAL, e) Sistema Único de Información conducido por el MINSAL y alimentado por todo el sistema (incluyendo el inicio del reporte del sector privado).

Financiamiento

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

Cobertura de los servicios de salud

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

Capacidad resolutive de los servicios de salud

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

Calidad y calidez

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

Medicamentos

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

Vacunas

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

Infraestructura Sanitaria

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

Equipamiento

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

Contratación de personal de salud

El Salvador es uno de los países de desarrollo medio-bajo con la tasa más baja de personal de salud por habitante. Para el fin del quinquenio se proyecta contratar a miles de nuevos profesionales y técnicos que permitirán cerrar una parte importante de la brecha existente.

Instituto Nacional de Salud

1) Red de Laboratorios: a) Nuevo sistema de gestión de las redes de laboratorios con la mayor cobertura que haya tenido el país, b) nuevo laboratorio central construido y funcionando, c) red de laboratorios clínicos ampliada y fortalecida con equipos y personal altamente capacitado. 2) Escuela de Gobierno: a) Programa de Educación Permanente para todo el personal de salud que garantice la actualización, desarrollo y adquisición de competencias técnicas específicas para desarrollar su trabajo, b) desarrollo sostenido de la capacidad gerencial y de gestión entre los cuadros de conducción del sistema en todos sus niveles, c) fortalecimiento de un sistema de residencias médicas y estudios de postgrado en salud. 3) Investigación para la toma de decisiones: Establecidas y funcionando áreas de investigación por lo menos en a) salud sexual y reproductiva, b) enfermedad renal, c) determinantes sociales de la salud, d) dengue, etc.

Sistema de Emergencias Médicas

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

Sistema Único de Información en Salud

Construcción del SUIIS con participación de todos los subsectores y apoyando la toma de decisiones.

Intrasectorialidad e intersectorialidad

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

Participación y Contraloría Social

a) Formulación participativa de todas las políticas (hasta ahora se ha logrado en las áreas de Medicamentos, SSR, salud dental y lactancia materna), b) Foro Nacional de Salud funciona en todo el país y ejerce a pleno, c) Comités locales de salud participan y ejercen contraloría (hasta ahora se han formado 458 comités locales de salud y se

llegará a alrededor de 1,500 al final del quinquenio, d) Oficina por el Derecho a la Salud del MINSAL resuelve efectivamente los casos presentados espontáneamente por la población o por alguna institución y además plantean alternativas cuando existen limitantes institucionales para su adecuada atención.

Las prioridades de la Reforma de Salud y metas para el segundo año de gestión (2010-2011)

El 15 de setiembre del año 2010 el Presidente Mauricio Funes anunció a la ciudadanía la prioridad de la Salud en los objetivos de su Gobierno. Cinco días después, el día 20, el Presidente institucionalizó dicha prioridad con el lanzamiento oficial de la Reforma de Salud.

La Reforma de la Salud es el esfuerzo del pueblo salvadoreño para construir las condiciones para una garantía efectiva del derecho a la Salud. Es un empeño de largo plazo para revertir las inequidades en salud y avanzar solidariamente hacia la cobertura universal con calidad, calidez, dignidad, eficiencia y efectividad.

Son ocho las prioridades para estructurar los cimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Son las condiciones políticas e institucionales clave para asegurar su construcción, fortalecimiento y sostenibilidad.

Metas para la Construcción de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (RIISS)

La Reforma de la Salud se ha iniciado con un impulso fuerte a la construcción de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) con énfasis en el Primer Nivel de Atención.

Las RIISS son el nuevo entorno de servicios desarrollado alrededor de la vida de la comunidad, las familias y las personas. Supone una nueva cultura organizacional con énfasis en los determinantes de la salud, enfoque democrático-participativo para gestión, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones; comunicación en todos los sentidos posibles; referencia y retorno; desarrollo y puesta en práctica de programas transversales integrales centrados en la persona y no en problemas o patologías.

El sistema de servicios de salud del MINSAL se redefina en función de las RIISS. Así, la reforma logrará el incremento de cobertura y mejora sustancial de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, fortaleciendo al mismo tiempo el segundo y tercer nivel de atención, asegurando la atención integral a la persona, la familia y la comunidad. Se ha diseñado, implementado e instalado el nuevo modelo sanitario que está transformando el sistema de salud, que comprende cambios en la atención, la

gestión y el financiamiento.

El primer nivel de atención está constituido por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS-F) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS-E). Este primer nivel de atención debe tener las condiciones para resolver los problemas de salud que se presentan en la comunidad y los que no se puedan resolver serán referidos al nivel adecuado, con su posterior seguimiento a nivel local por los equipos comunitarios.

En la primera etapa de la Reforma en el primer nivel de atención (julio-diciembre de 2010) se tenía previsto cubrir con el nuevo modelo de atención integral a 63 municipios, iniciándose con 53 municipios de pobreza extrema. La cobertura final ha sido de 80 municipios, y ha beneficiado a alrededor de 600,000 personas. La segunda etapa (enero a mayo del 2011) tenía programado cubrir 49 municipios. La cobertura ha sido de 61 municipios, beneficiando a casi 650,000 personas. De esta manera, durante el año que se informa la cobertura poblacional lograda con el nuevo modelo ha sido aproximadamente de 1,250,000 personas.

La puesta en funcionamiento del nuevo modelo de atención basado en las RIISS supone también la redefinición de la estructura hospitalaria buscando la mayor resolutoria posible de acuerdo a cada nivel. Durante el quinquenio se logrará que el segundo nivel atienda las cuatro especialidades básicas (pediatría, cirugía, medicina interna, y obstetricia y ginecología), además de las especialidades prevalentes en cada área geográfica. Trabajar en RIISS requiere definir, de acuerdo al perfil epidemiológico y área geográfica, el conjunto de prestaciones que brindarán los hospitales. De manera similar, los tres hospitales de tercer nivel deberán asegurar la resolución, mediante consultas, ingresos y cirugías, de los problemas más complejos. Esto conlleva la necesidad de fortalecer con equipo y recurso humano necesario y suficiente para prestar la atención adecuada.

Ante la crítica situación del equipamiento y disponibilidad de insumos médico-quirúrgicos, se ha realizado un enorme esfuerzo de financiamiento para asegurar que el personal de salud de los hospitales disponga de mejores condiciones para ofrecer una atención de mejor calidad. Se ha realizado también un esfuerzo adicional para resolver los problemas más críticos de déficit de recursos humanos.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Inicio de la implementación del nuevo modelo de atención en el Primer Nivel de Atención
2. Diagnóstico y recategorización de los hospitales del país en función de los requerimientos de las RIISS
3. Organización de las RIISS

Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM)

Una de las prioridades en salud del Gobierno es la de constituir un Sistema de Emergencias Médicas de carácter intersectorial para garantizar a toda la población salvadoreña una atención oportuna, eficaz y continua durante las 24 horas. Constituir el SEM de El Salvador supone el diseño e implementación exitosa de un sistema integrado de servicios con participación de varios sectores gubernamentales, no gubernamentales y de la comunidad. Durante el año transcurrido se han gestionado los recursos financieros de inversión y se ha avanzado en el modelo.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Construir la factibilidad del SEM mediante una apropiada gestión de recursos financieros
2. Avanzar en el modelo que tendrá el SEM, conducido por el MINSAL

Respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas

Asegurar el acceso universal a medicamentos y vacunas ha sido una preocupación permanente del MINSAL a lo largo del año pasado. Sin embargo, asegurar la disponibilidad de medicamentos para todo el sistema de salud es un proceso muy complejo y depende de muchos factores, como son la disponibilidad de recursos financieros, modalidades de comercialización, normatividad legal, etc., que han impedido que ese objetivo se cumpla en su totalidad y de manera permanente.

La nueva Ley de Medicamentos aún está en proceso deliberativo en la Asamblea Legislativa, siendo una de las piezas claves para asegurar que el Ministerio de Salud se constituya efectivamente en la única autoridad reguladora de todo el proceso de gestión de medicamentos. Asimismo, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud se debe garantizar, a través de una red de laboratorios efectiva y eficiente, el control de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, tanto en el proceso de registro como en el post-registro y para todo el sistema de salud.

El Ministerio de Salud promueve activamente el uso racional de los medicamentos por los profesionales de la salud y los usuarios, eliminando las prácticas inadecuadas de automedicación, comercialización, dispensación, promoción y publicidad dirigida al consumo de los mismos. Está en proceso de crear un sistema nacional de farmacovigilancia en todos los niveles de distribución y dispensación de los medicamentos y productos biológicos.

Con respecto a las vacunas se trabaja en asegurar la efi-

ciacia y la sostenibilidad financiera del Programa Ampliado de Inmunizaciones, ampliando la cobertura de las inmunizaciones, habiéndose introducido la vacuna contra el neumococo en el esquema nacional de vacunación, y manteniendo un buen nivel de abastecimiento.

Se había planteado para el primer año lograr el aumento de la disponibilidad de medicamentos y vacunas, lo que se logró con la duplicación del presupuesto para este fin y el manejo más eficiente de los recursos. Sin embargo, todavía se requiere aumentar el abastecimiento y lograr que procesos más ágiles aseguren la disponibilidad de los medicamentos en los servicios de salud con mayor oportunidad.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Asegurar el financiamiento requerido para medicamentos y vacunas
2. Incorporar al esquema de vacunación la vacuna contra la influenza que incluye la vacuna contra la influenza pandémica AH1N1

Articulación progresiva con la Seguridad Social y otros prestadores públicos y fortalecimiento de la intersectorialidad

Uno de los mayores retos de la Reforma de Salud es superar la segmentación y fragmentación del sistema y avanzar hacia la integración, inicialmente con la Seguridad Social, después en todo el sistema público. Ello aumentará la calidad y la cantidad de las prestaciones, se ampliará la cobertura integrando la prestación de servicios y con mayor eficiencia en el gasto, sin que eso signifique deterioro en las prestaciones de ninguno de los subsectores, reduciendo las inequidades internas.

Durante la presente gestión se conformó la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) conformada por instituciones gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación. En el año transcurrido, el MINSAL, trabajó de forma mancomunada con CISALUD. A partir de esta se emitieron planes y lineamientos para el manejo de dengue y se generó una amplia y coordinada movilización social, logrando disminuir los criaderos de zancudos, mejorar notablemente el diagnóstico de casos de dengue, el acceso y manejo oportuno de pacientes a los servicios de salud correspondientes y la territorialización de las acciones, alcanzando los excelentes resultados que se evidenciaron en bajos índices de casos positivos y bajísimos de letalidad.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Intrasectorialidad: continuar los esfuerzos del MINSAL para avanzar en el desarrollo de mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones del Sistema

Nacional de Salud, con énfasis en FOSALUD como institución autónoma adscrita al Ministerio de Salud

2. Intersectorialidad: ampliación y Consolidación de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD)
3. Intersectorialidad: apoyar el desarrollo e implementación del componente de salud sexual y reproductiva en el Programa de Ciudad-Mujer y las alianzas con el MINED
4. Intrasectorialidad e intersectorialidad: lograr un abordaje integral de las emergencias sanitarias

Apoyo al Foro Nacional de Salud y la participación ciudadana en salud

La participación social es uno de los pilares principales y garante de la Reforma de Salud. Desde el 28 de mayo de 2010 en que se lanzó el Foro Nacional de Salud, a través de sus consultas, ha contribuido a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan asegurar la transformación del sistema de salud.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Apoyo a la instalación de la mesa sectorial en el tema de salud sexual y reproductiva del Foro Nacional de Salud
2. Articular la dimensión territorial de las redes de servicios de salud del MINSAL con los Comités Locales de Salud

Creación del Instituto Nacional de Salud (INS)

El 13 de septiembre de 2010, la Ministra de Salud creó por Acuerdo Ministerial el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud, el que será lanzado en el año 2012. El Instituto Nacional de Salud es una organización científico-técnica subordinada al Ministerio de Salud que liderará la búsqueda de mejoras sustantivas en salud. Está dotado de una Escuela de Gobierno, recursos para la investigación y laboratorios especializados en el control de calidad de medicamentos, alimentos, agua, y demás que le demande el sistema. El Instituto Nacional de Salud se conformará inicialmente a partir de una reorganización de los recursos disponibles en el Ministerio de Salud.

La misión del INS es generar, transmitir y difundir conocimientos científicos y tecnológicos y promover su incorporación para la solución de los problemas de salud de la población. Los ejes estratégicos del INS son: Vigilancia, monitoreo, evaluación y análisis de los determinantes, riesgos y daños en salud pública; información y comunicación en salud; desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud; control de la calidad de insumos y productos de salud y del medio ambiente; investigación y desarrollo tecnológico en salud, producción de insumos estratégicos para la salud; y gestión y desarrollo institucional.

En una primera fase las acciones del Instituto se concentrarán en el fortalecimiento de la red de laboratorios y en las acciones formativas de la Escuela de Gobierno en Salud. En lo que se refiere a producción de conocimiento se priorizarán los macroproyectos de investigación mencionados más arriba. Posteriormente, posiblemente en el próximo quinquenio, se expandirá a la investigación de temas como costo-efectividad de vacunas y medicamentos, contaminación ambiental y salud, incidencia y prevalencia de cáncer en El Salvador, migración y salud, entre otros.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Construir la factibilidad del INS mediante una apropiada gestión de recursos financieros
2. Oficialización del INS con miras a su lanzamiento en el año 2012

Desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud

La extrema fragmentación de la información en salud es otro grave problema del sistema de salud actual. Un sistema de información único permitirá tener una visión completa y estratégica de la situación de salud, mejorar el análisis en la toma de decisiones, desarrollar políticas en salud, evaluar los resultados de las múltiples intervenciones realizadas, así como acciones y estrategias destinadas a controlar epidemias y mitigar situaciones de desastre. El primer nivel de atención local genera la información pero no puede utilizarla por no disponer de la tecnología apropiada. Es necesario invertir una importante cantidad de recursos en la creación de la infraestructura tecnológica a nivel local que ayude a gestionar el sistema de información, así como a mejorar su acceso a la tecnología.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Iniciar el proceso de instalación del Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP) en los hospitales de la red pública
2. Incremento sustancial de la confiabilidad del sistema de vigilancia epidemiológica
3. Diseño, elaboración y comienzo de la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES)

Recursos Humanos en Salud como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud

Los trabajadores de la salud son el pilar del sistema de salud y eje de la Reforma. Para que produzca el servicio con calidad, calidez y dignidad es necesario asegurar que el personal de salud -adecuado y motivado- trabaje de ma-

nera efectiva y productiva en el lugar que se le necesita y en el momento que se le requiere. En esto consiste básicamente una política de desarrollo de recursos humanos en salud. En diciembre del 2010 se inició la elaboración de la Política Nacional de Recursos Humanos de Salud.

Para el segundo año las metas fueron las siguientes:

1. Mejora sustancial en la dotación de personal de salud por incremento, redistribución y utilización eficiente a medida del avance de la Reforma de Salud en la red de servicios de salud
2. Inicio de la definición de la política de recursos humanos para el sector

Principales factores restrictivos para el desarrollo integral de la Reforma de Salud

1. Restricciones legales (marco legal del Sistema Nacional de Salud), económicas y políticas que interfieren con el adecuado ejercicio de la rectoría por parte del Ministerio de Salud, tanto en función del sector público de salud como del privado.
2. A pesar del gran esfuerzo nacional que realiza el Gobierno para incrementar el gasto social en el marco de la crisis global que ha golpeado a la región y con particular intensidad al país, subsiste aún una brecha histórica caracterizada por una muy baja inversión en el sector público de salud y, especialmente, en el Ministerio de Salud, que tiene a su cargo las acciones de salud pública y la cobertura de servicios de salud de la gran mayoría de la población salvadoreña. La restringida base fiscal del país es un obstáculo para garantizar la consolidación de la Reforma de Salud.
3. Las restricciones en el financiamiento en la red de servicios del MINSAL llevan a que aún persista un relativamente importante gasto de bolsillo de los hogares, que afecta negativamente la economía de los hogares. Este gasto de bolsillo se dirige principalmente a la compra de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.
4. Estas restricciones financieras también afectan otras áreas estratégicas que son parte de los determinantes sociales de la salud y que generan enfermedad y muerte en la población. Ejemplos relevantes son el saneamiento ambiental, la provisión y calidad de agua segura para el consumo humano, violencia social, inseguridad vial, migraciones, asentamientos precarios y otros.
5. A pesar de los avances sostenidos que se han realizado estos dos últimos años, persiste un sistema de salud altamente segmentado (coexistencia de varios

sistemas de financiamiento no coordinados en el sistema público de salud), fragmentado (coexistencia de varios subsistemas y prestadores sin coordinación funcional en la prestación de servicios de salud) e inequitativo.

6. El incremento de la cobertura ha generado un aumento significativo en la demanda de atención, medicamentos e insumos en todos los niveles de la red de servicios del MINSAL
7. Persiste una deuda social significativa en la calidad y calidez de la atención al usuario en los servicios de salud del MINSAL.
8. A pesar del significativo aumento en la contratación de personal, hay un déficit importante que todavía sitúa a El Salvador muy por debajo de los mínimos internacionales recomendados para países con equivalente composición del ingreso.
9. La duplicación del presupuesto para medicamentos y vacunas no ha logrado cubrir completamente la brecha debido a los siguientes factores:
 - Aumento en la demanda por la inclusión de nuevos sectores sociales
 - Persistencia de altos precios de medicamentos en el mercado local
 - No aprobación de la Ley de Medicamentos
 - Burocracia y complejidad de los trámites administrativos relacionados a este rubro
10. Resistencia, en una parte del personal de salud, a abandonar el modelo excesivamente medicalizado para adaptarse a la nueva visión basada en la Atención Primaria de Salud Integral.
11. Dificultades para motivar o retener a los especialistas en las zonas alejadas por incapacidad institucional de proporcionar incentivos financieros y de otro tipo que estimulen su permanencia en estos lugares.
12. A pesar del desarrollo infraestructural sin precedentes en la historia del país, aún nos enfrentamos a una infraestructura sanitaria insuficiente y/o deteriorada en todos los niveles de atención, condiciones que también se expresan en el equipo biomédico, mobiliario y en la infraestructura vehicular para el transporte de pacientes.
13. Esto está aunado a procesos de compra excesivamente lentos y burocráticos que retrasan la disponibilidad oportuna de infraestructura física y equipamiento por parte de los establecimientos de salud.

Capítulo 2

De qué se enferma y muere la población salvadoreña

Tendencias en las consultas por enfermedad

Dentro de las diez primeras causas de consulta predominan las atenciones por enfermedades transmisibles. Sin embargo también se reportan enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, hipertensión, entre otros. La primera causa de consulta fue por rinofaringitis aguda (10,3%), seguida de la faringitis aguda no especificada (6,6%), hipertensión esencial (6,0%), in-

fección de vías urinarias (4,7%). En décimo lugar se ubican las cefaleas debidas a tensión (1.2%), en donde el 85.1% afecta al sexo femenino.

Al comparar el total de atenciones brindadas entre enero y diciembre de 2010, se encuentra que 7 de cada 10 atenciones fueron brindadas al sexo femenino, patrón que es similar en todos los eventos descritos antes.

Tabla 1. Principales Causas de Consulta Utilizando la Lista de Morbilidad por Causa Específica Disgregada por Sexo en los Servicios del MINSAL y FOSALUD, El Salvador, Enero-Diciembre de 2010

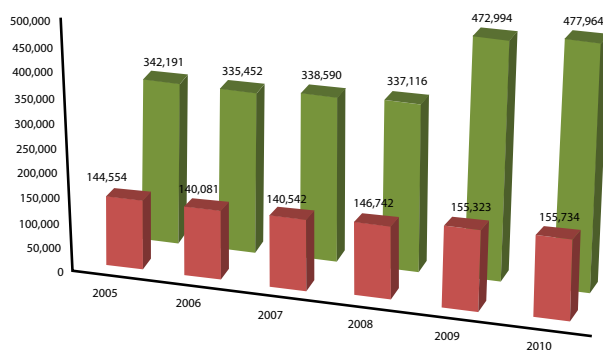
N.º	Causas específicas	Masculino	Femenino	Total	Tasa de morbilidad x 100,000 habitantes (a)
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	468,883	675,869	1,144,752	18,516.7
2	Faringitis aguda, no específica	286,523	447,209	733,732	11,868.3
3	Hipertensión esencial (primaria)	146,616	523,131	669,747	10,833.4
4	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	244,471	379,961	624,432	10,833.4
5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	110,780	405,785	516,565	8,355.6
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	134,150	175,021	309,171	5,000.9
7	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	75,393	120,261	195,654	3,164.8
8	Diabetes mellitus no insulinodependiente, sin mención de complicación	40,900	141,868	182,768	2,956.3
9	Vaginitis aguda	0	147,218	147,218	2,381.3
10	Cefalea debida a tensión	20,553	117,270	137,823	2,229.3
	Demás causas	2,225,619	4,214,413	6,440,032	
	Totales	3,753,888	7,348,006	11,101,894	179,576.6

Fuente: Sistema de Morbimortalidad SIMMOW, Servicios del MINSAL y FOSALUD, 2010

Hospitalizaciones

La demanda de atenciones en la red de hospitales del MINSAL en los últimos dos años se ha incrementado considerablemente, con un aumento del 39.7% en el 2010 en comparación al 2005. Asimismo, las intervenciones quirúrgicas mayores se han incrementado un 7.7% para el mismo periodo.

Gráfico 1. Egresos Hospitalarios e Intervenciones Quirúrgicas Mayores Atendidas en los Servicios de Salud de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, El Salvador



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

Para el 2010, del total de egresos reportados por el SNS, el 78,4% fueron de los 30 hospitales del MINSAL evidenciando un incremento del 3% con respecto al 2009. Sin embargo, en el Hospital Nacional Rosales y los hospitales de Sonsonate, La Unión, Usulután, Metapán, Zacatecoluca y Jiquilisco, el incremento fue por arriba del 10% y hasta de un 21%.

Dentro de las atenciones hospitalarias, entre las primeras diez causas de egreso están las relacionadas a las atenciones del área ginecológica, como son el parto único espontáneo, sin otra especificación, falso trabajo de parto y el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, las cuales representan un 13.7% (51,336). Al analizar por tipo de morbilidad, las diarreas y neumonías ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente. La insuficiencia renal crónica ocupó la décima causa de egreso hospitalario afectando principalmente al sexo masculino (67,5%).

Más del 50% de las hospitalizaciones por diarreas, neumonías y apendicitis aguda fueron en atenciones brindadas al sexo masculino.

Tabla 2. Principales Causas de Egreso Utilizando la Lista de Morbilidad por Causa Específica Disgregada por Sexo, El Salvador, MINSAL Enero-Diciembre de 2010

N.º	Causas específicas	Masculino	Femenino	Total
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación		42,191	42,191
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6,400	5,948	12,348
3	Neumonía, no especificada	5,399	4,699	10,098
4	Apendicitis aguda, no especificada	4,471	3,917	8,388
5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1,817	4,427	6,244
6	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación		4,923	4,923
7	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	549	3,757	4,306
8	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice		4,222	4,222
9	Asma, no especificada	1,768	2,420	4,188
10	Insuficiencia renal crónica, no especificada	2,526	1,218	3,744
	Demás causas	107,557	166,562	274,119
	Totales	130,487	244,284	374,771

Fuente: Sistema de Morbimortalidad SIMMOW, Servicios del MINSAL, 2010

Perfil epidemiológico

Según reporte epidemiológico del 2010, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyeron la primera cau-

sa de enfermedad en nuestro país, llegándose a registrar cerca de 2,4 millones de casos nuevos anuales. Las IRA se elevan entre los meses de junio a septiembre, afectando en un 50% a menores de 10 años de edad, las neumonías

registran un promedio por año de 136,600 casos, siendo los más afectados los niños menores de 10 años y los adultos mayores de 60 años. En el 2009, los ingresos por esta enfermedad superaron los 20,000, que fue superior a lo registrado en el quinquenio 2004-2008; sin embargo las muertes fueron menores en un 7% y para el 2010 la reducción en la mortalidad fue del 17% en comparación con las registradas en el 2008, período en el que no se documentó epidemia por neumonías ni circulación de virus Pandémico A H1N1. Esta reducción de mortalidad pudiese estar influenciada por búsqueda activa, la referencia oportuna, la mejora en la capacidad diagnóstica y atención en la red de hospitales, la aplicación de filtros en centros educativos, las campañas de promoción, la incorporación de la vacuna A H1N1 en la población en riesgo. Esto se evidencia en la baja circulación de virus respiratorio que para el 2010 registró un descenso del 57% en los aislamientos de virus respiratorios, sobre todo de A H1N1 y para este año sólo se han reportado hasta el mes de mayo 3 casos confirmados por esta enfermedad, gracias a la vacunación y coberturas útiles alcanzadas.

Las enfermedades diarreicas fueron la segunda causa de egreso hospitalario y la sexta causa de consulta en los servicios de salud del MINSAL. Las diarreas causadas

por rotavirus ocasionaron en el 2010 un incremento del 59% en comparación a los registrados en el 2009, afectando principalmente a menores de un año de edad. Este repunte de casos pudo deberse a las bajas coberturas (61.5%) de vacunación contra rotavirus que se registraron en el 2009 por el desabastecimiento de las mismas hasta mediados del 2009. Se tuvieron que lamentar cinco defunciones por esta enfermedad. En el 2010 se mejoró la cobertura de vacunación a 88.3%, lo que se refleja en la baja incidencia de casos este año y donde no se ha reportado ninguna defunción.

En relación al dengue, en nuestro país se confirmaron el año pasado cerca de nueve mil casos de los 22,591 casos sospechosos y tres defunciones con una reducción del 72.7% en el número de muertes en comparación a las 11 muertes reportadas en el 2009; a pesar de haber sido un año epidémico, se redujo drásticamente la mortalidad por esta enfermedad.

Dentro de las acciones de control de enfermedades zoonóticas se pudo documentar una reducción en la positividad de casos de rabia animal y ningún caso en humano. La positividad de muestras analizadas registró una reducción de un 13% con lo registrado en 2009 contra un 8% para el 2010.

Mortalidad general

Tabla 3. Comparación de Defunciones Reportadas por DIGESTYC y las Registradas en MINSAL del 2005 al 2010

DEPARTAMENTO	2005			2006			2007			2008			2009	2010
	MINSAL	DIGESTYC	% MINSAL	MINSAL	DIGESTYC	% MINSAL	MINSAL	DIGESTYC	% MINSAL	MINSAL	DIGESTYC	% MINSAL	MINSAL	MINSAL
Ahuachapán	425	1553	27	453	1525	30	397	1570	25	441	1575	28	430	450
Santa Ana	1093	3434	32	1094	3445	32	1037	3467	30	998	3476	29	1152	1147
Sonsonate	669	2496	27	657	2438	27	669	2448	27	663	2355	28	632	662
Chalatenango	273	948	29	268	1022	26	314	1050	30	287	1059	27	326	351
La Libertad	816	3166	26	787	3275	24	752	3065	25	776	3337	23	745	920
San Salvador	2898	8447	34	2820	8408	34	2733	8345	33	2794	8053	35	2736	3018
Cuscatlán	252	1117	23	309	1297	24	249	1218	20	261	1230	21	267	268
La Paz	363	1648	22	405	1630	25	386	1555	25	446	1722	26	476	471
Cabañas	203	849	24	159	712	22	211	799	26	165	798	21	194	192
San Vicente	261	840	31	213	814	26	247	919	27	246	904	27	275	271
Usulután	419	1769	24	444	1986	22	465	1928	24	544	1939	28	552	546
San Miguel	609	2395	25	648	2528	26	663	2464	27	629	2568	24	719	779
Morazán	172	878	20	171	904	19	203	1000	20	292	997	20	208	209
La Unión	287	1393	21	297	1469	20	376	1521	25	320	1581	20	359	375
Otros	97			111			104			81			79	88
Total	8837	30933	29	8836	31453	28	8806	31349	28	8853	31594	28	9150	9747

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) / Sistema de Morbimortalidad SIMMOW

La Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) es la encargada de recopilar las estadísticas vitales a nivel nacional a través de los registros de las alcaldías. Como Ministerio de Salud sólo se reporta en promedio un 28% del total de muertes registradas por DIGESTYC, lo que limita realizar análisis de país sobre las principales causas de defunción. Una limitante de los registros de mortali-

dad de DIGESTYC es la demora en la obtención de dichas estadísticas, ya que los últimos datos publicados son del año 2008. Por ello, el MINSAL implementó, a partir de marzo de este año, un módulo de estadísticas vitales en los sistemas del MINSAL para poder digitar las muertes registradas en las alcaldías y poder disponer de información más oportuna.

Tabla 4. Lista de Mortalidad por Causas Específicas por Sexo, reportadas por el MINSAL, de enero a diciembre de 2010

N.º	Causas específicas	Masculino	Femenino	Total
1	Septicemia, no especificada	203	244	447
2	Neumonía, no especificada	200	222	422
3	Insuficiencia renal terminal	299	89	388
4	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	159	218	377
5	Traumatismo intracraneal, no especificado	236	74	310
6	Insuficiencia renal crónica, no especificada	163	94	257
7	Traumatismos múltiples, no especificados	152	47	199
8	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	112	87	199
9	Diabetes mellitus no insulinodependiente, sin mención de complicación	61	133	194
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] sin otra especificación	123	57	180
	Demás causas	3,607	3,167	6,774
	Totales	5,315	4,432	9,747

Fuente: Sistema de Morbimortalidad base de SIMMOW, MINSAL, 2010

De las diez primeras causas específicas de mortalidad en la población general, la mayoría son por enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones de causa externa. Los problemas renales ocupan tanto la tercera y sexta causa de mortalidad, que al sumarse ocuparían la primera causa con un 6,6% del total de defunciones registradas en los hospitales del MINSAL, de los cuales el 71.6% fueron en la población masculina.

La septicemia no especificada (4,6%) ocupa el primer lugar de muerte atendidos en la red de hospitales seguidas por las neumonías (4,3%). Las muertes por sida ocuparon la décima posición a nivel nacional, posición que varía en el grupo de 20 a 59 años, en donde es la tercera causa de mortalidad.

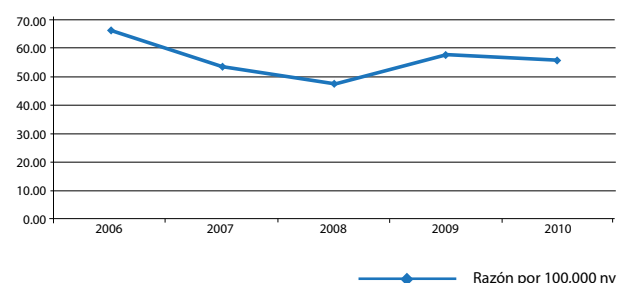
El 54,5% de las defunciones se registraron en personas del sexo masculino, siendo mayor el porcentaje para este sexo en las muertes por insuficiencia renal, traumatismos múltiples, traumatismo intracraneal, hemorragia gastrointestinal y sida.

Mortalidad materna

Para el 2010 la tasa de mortalidad materna registrada a nivel nacional fue de 55.79 por 100,000 nacidos vivos, evidenciándose un leve descenso en comparación al año 2009 (ver grafico). De estas, el 61% fueron de tipo directa, similar tendencia a la registrada durante el período del 2006 al 2008, siendo las infecciones/sepsis, hemorragias graves y trastornos hipertensivos las principales causas de mortalidad.

El departamento de San Salvador registró el mayor número de muertes. Luego de San Salvador, la mayor cantidad de fallecimientos corresponde a los departamentos de Santa Ana, San Miguel, Ahuachapán y La Libertad con el mismo número de muertes. Un 54% procedían del área urbana. Sin embargo, en los departamentos de Sonsonate, La Paz, La Unión y Morazán, las mujeres fallecidas procedían del área rural.

Tabla 1. Mortalidad Materna registrada a nivel nacional, El Salvador, años 2006-2010



Clasificación	2006	2007	2008	2009	2010
Sub total DIRECTAS	41	41	41	36	43
Sub total INDIRECTAS	30	16	12	36	27
Total defunciones Maternas por causa directa e indirecta*	71	57	53	72	70
Nacimientos según DIGESTYC	107,111	106,471	112,049	124,898	125,464
Razón/Tasa por 100.000 nv	66.29	53.54	47.30	57.65	55.79

* Se excluyen las muertes no relacionadas

Fuente: MINSAL

Mortalidad infantil

Al revisar las estadísticas de mortalidad infantil reportadas por DIGESTYC y compararlas con las notificadas por el MINSAL se evidencia que más del 90% son reportadas por este último.

Para el 2010, la tasa de mortalidad en menores de cinco años, infantil y perinatal demuestra una reducción importante respecto al 2009, como se evidencia en la tabla 5.

Respecto a las causas de mortalidad infantil en los diferentes grupos de edad se observa similar comportamiento, ya que la causa predominante de defunción corresponde a los diagnósticos relacionados con las afecciones originadas en el período perinatal (inmadurez, prematuridad, recién nacidos pre-término, síndrome de distrés respiratorio, sepsis y malformaciones congénitas). Es importante mencionar que estos diagnósticos prevalecieron como principales causas de mortalidad infantil, neonatal y perinatal durante el año 2009.

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La ERC se define como un daño estructural y/o funcional del riñón, independientemente de la causa que lo originó, por un período de 3 o más meses. Disminución de la función renal expresado por un filtrado glomerular <60 mL/min en ausencia de marcadores de daño del riñón. Se describen cinco estadios, conociéndose más los estadios 3 a 5 que corresponden a la insuficiencia renal crónica.

La ERC es un problema de salud global creciente. En estudios epidemiológicos realizados, se ha demostrado una elevada prevalencia de ERC en la población general en sus diferentes estadios y que se estima en torno a un 10% de la población adulta. Las principales causas son Diabetes Mellitus (30-40%), Hipertensión Arterial (25-30%), asociado al estilo de vida y al envejecimiento poblacional. En América Central y el sur de México se ha reportado un alto incremento de la ERC y la IRC, reportando una alta prevalencia en hombres agricultores menores de 60 años expuestos a productos agroquímicos.

Las dos categorías relativas a la IRC sumadas, constituyen la primera causa de mortalidad en 2009 y 2010. Tasa de mortalidad de 9-10/100,000 habitantes. Se encuentra entre las primeras 10 causas de defunción en los pacientes mayores de 12 años, siendo aun mayor en el grupo de edad mayor de 65 años. Representa el 6,6 % del total de muertes hospitalarias a nivel nacional.

Se mantiene además durante 2009 y 2010 la tendencia de que estos casos proceden en una importante proporción de la zona urbana de los departamentos de San Salvador, San Miguel y Santa. Ana.

Tabla 5. Defunciones en Menores de Cinco Años, Infantiles, Neonatales y Perinatales Registradas en los Servicios del MINSAL (2005-2008) y en todo el SNS (2009-2010) El Salvador, 2005 a 2010.

Año	Menores de 5 años		Menor de 1 año		Neonatales (< de 28 días)		Perinatal		Fetal general (nacidos muertos)		Total de nacidos vivos
	N.º	Tasa	N.º	Tasa	N.º	Tasa	N.º	Tasa	N.º	Tasa	
2005	1,112	9.9	955.0	8.5	665	5.8	1,240	11.0	852	7.6	112,769
2006	1,090	10.2	88.0	8.2	565	5.3	1,143	10.7	708	6.6	107,111
2007	1,090	10.2	950.0	8.9	633	5.9	1,278	12.0	859	8.1	106,471
2008	990	8.8	861.0	7.7	558	5.0	1,199	10.7	836	7.5	112,049
2009	1,048	8.4	889.0	7.1	558	4.5	1,204	9.6	825	6.6	124,898
2010	990	7.9	863.0	6.9	565	4.5	1,145	9.1	774	6.2	125,464

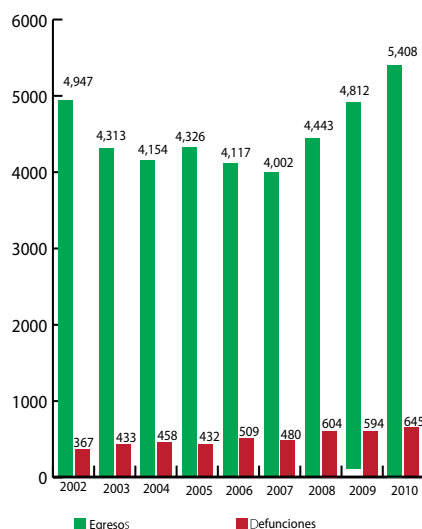
Fuente: Sistemas Estadísticos institucionales, MINSAL

Notas: 1. A partir del año 2009 incluye datos de Sistema Nacional de Salud. 2. Las instituciones informantes en el 2010 son: MINSAL: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Comando de Sanidad Militar. 3. (a) Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009 y 2010.

La tendencia de hospitalizaciones y defunciones se ha incrementado en la red de hospitales del MINSAL. La población mayor de 60 años es la más afectada, en donde se concentra el 41,2% y 47,3% de los egresos y defunciones respectivamente, seguidos del grupo de 50 a 59 años con el 22,1% y 20,9%.

En los 14 departamentos del país se registran casos de IRC, siendo los departamentos de San Salvador, San Miguel, La Libertad, Usulután y La Unión en donde se concentran el 65,1% de las defunciones registradas en el 2010.

Egresos y defunciones por IRC reportados por MINSAL, 2002 a 2010



Fuente: MINSAL.

Capítulo 3

Presupuesto institucional y cuentas en salud

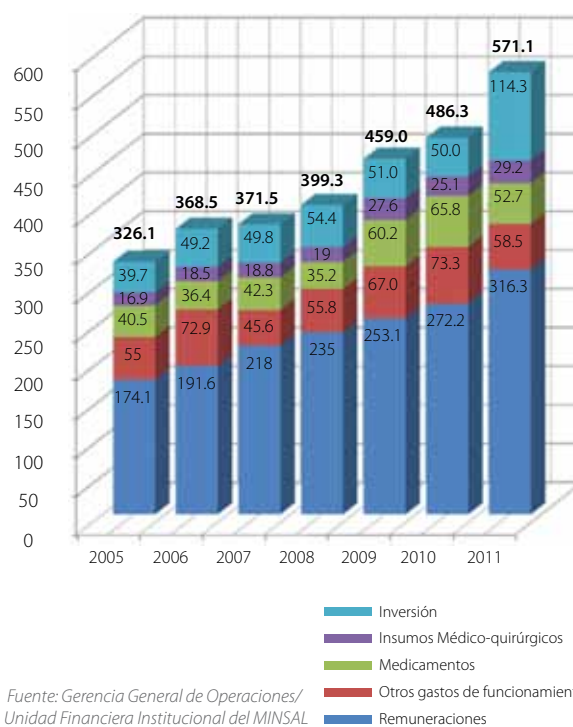
Evolución del presupuesto asignado al MINSAL, incluyendo todas las fuentes de financiamiento (2005-2011)

En el Gráfico 1 se presenta la comparación de las cifras relativas al presupuesto total asignado al MINSAL, incluyendo todas las fuentes de financiamiento (GOES, recursos propios, fondo de actividades especiales, préstamos y donaciones que entran al sistema en dinero), es decir, el presupuesto ordinario y extraordinario.

Tal como puede observarse, el presupuesto total del Ministerio de Salud, en términos corrientes, ha pasado de US \$326.1 millones en el año 2005 a US\$571.1 millones para el año 2011, lo que significa que ha experimentado un crecimiento del 75% respecto al monto aprobado para el año 2005.

En el año 2011, se evidencia que el 55.40% de los gastos de funcionamiento se han destinado al rubro de remuneraciones, quedando 24.59% para atender otros rubros prioritarios, tales como medicamentos (9.23%), insumos médico-quirúrgicos y de laboratorio (5.11%) y otros gastos de operación (10.25%)¹. Mientras que el 20.01% restante ha sido destinado al rubro de inversión.

Gráfico 1. Presupuesto Asignado al MINSAL, incluyendo todas las Fuentes de Financiamiento. Periodo 2005-2011 (millones de dólares)



Fuente: Gerencia General de Operaciones/ Unidad Financiera Institucional del MINSAL

Tabla 1. MINSAL. Presupuesto Total, Incluyendo Todas las Fuentes de Financiamiento (en cifras absolutas y relativas). Periodo 2005-2011

TOTAL PRESUPUESTO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	EN MILLONES DE US\$						
GOES	257.6	296	307.1	329.4	328.4	432.5	529.6
PRÉSTAMOS EXTERNOS	35.1	38.8	41.4	40.2	105.1	28.1	23.6
DONACIONES	12.3	12.7	6.7	13.2	8.2	12.8	5.8
RECURSOS PROPIOS	20.3	19.6	14.8	14.8	15.5	11.3	10.4
FONDO DE ACTIVIDADES ESPECIALES	0.8	1.3	1.4	1.7	1.7	1.7	1.7
Total	326.1	368.5	371.5	399.3	459.0	486.4	571.1

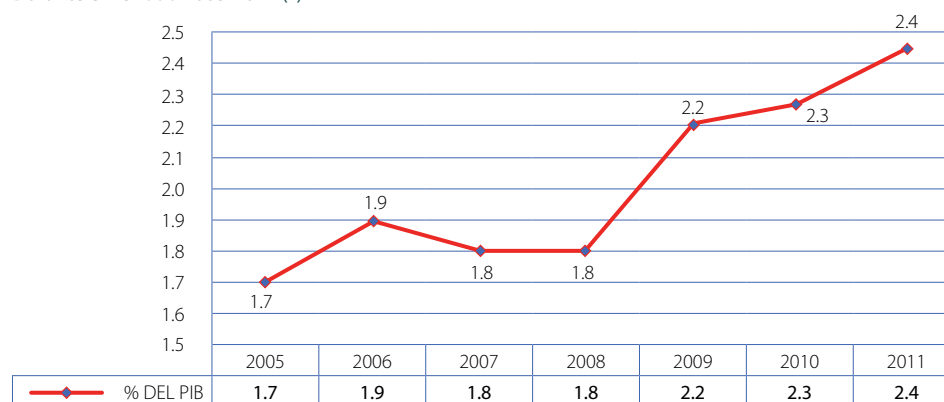
Continúa

¹ En la categoría de "otros gastos" se incluyen pagos de servicios básicos, combustible, papelería, mantenimiento de maquinaria y equipo, fianzas, entre otros.

En porcentajes	
GOES	79% 80% 83% 82% 72% 89% 93%
PRESTAMOS EXTERNOS	11% 11% 11% 10% 23% 6 4%
DONACIONES	4% 3% 2% 3% 2% 3 1%
RECURSOS PROPIOS	6% 5% 4% 4% 3% 2 2%
FONDO DE ACTIVIDADES ESPECIALES	0.2% 0.4% 0.4% 0.4% 0.4% 0.4 0.3%
Total	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

Fuente: Gerencia General de Operaciones/ Unidad Financiera Institucional del MINSAL

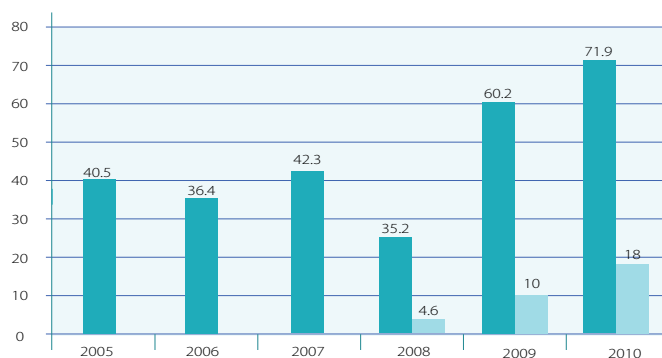
Gráfico 2. Evolución del Presupuesto MINSAL con Relación al PIB Durante el Período 2005-2011 (*)



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

(*) Nótese que los datos del 2010 son calculados sobre PIB confirmado y que los del 2011 son producto de estimación y proyección para este año 2011. De la misma manera, lo reportado en el Informe de Labores 2009-2010 era una proyección de lo que se estimaba iba a ser el PIB para el 2010.

Gráfico 3. Presupuesto para Medicamentos y Vacunas Según Año (2005-2010)



Fuente: Gerencia General de Operaciones/ Unidad Financiera Institucional del MINSAL

En la Tabla 1 se presenta el detalle según fuentes de financiamiento del presupuesto total del MINSAL. La tabla muestra la composición del financiamiento del MINSAL durante el período 2005-2011, destacándose como más importantes los fondos GOES y préstamos externos (93% y 4% respectivamente para 2011), seguido de las otras fuentes de financiamiento (Recursos Propios, Donaciones y Fondo de Actividades Especiales) que suman aproximadamente el 3% del financiamiento total 2011.

Presupuesto del MINSAL como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)

En el Gráfico 2, se presenta la relación del presupuesto

total con respecto al PIB durante el período 2005-2011, el cual muestra que el presupuesto del ramo con respecto al PIB ha tenido una tendencia creciente, dado que para 2005 representó el 1.7% del PIB, mientras que para 2011 ascendió a 2.4%. Los únicos años en que se rompió la tendencia fue en 2007 y 2008, debido a que el crecimiento del PIB fue mayor al crecimiento del presupuesto total del MINSAL para dicho año.

El aumento más pronunciado se presenta a partir del año 2009, año en el que en el segundo semestre se proporciona un importante refuerzo presupuestario. El esfuerzo continúa en los años siguientes.

Clasificación económica

En este apartado se presenta la distribución del presupuesto modificado al final del ejercicio para los años 2005 a 2010 y para el año 2011 se presenta al mes de marzo (Tabla 2), de acuerdo a su clasificación económica: gasto corriente (funcionamiento) y gasto de capital (inversión). Pueden presentarse ajustes para el año 2011.

La tabla citada refleja que durante el período considerado, un importante porcentaje del presupuesto asignado (entre el 86% y el 90% para el período 2005-2010), se destinó hacia gastos corrientes (funcionamiento), mientras que los gastos de capital no sobrepasaron el 20% del presupuesto total aprobado para el ramo. Cabe señalar que dentro de los gastos corrientes se incluyen las remuneraciones, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y otros gastos necesarios para que el MINSAL cumpla su mandato institucional.

Presupuesto ordinario modificado a marzo 2011 y Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS)

El Presupuesto ordinario y extraordinario 2011 para el ramo fue de US\$ 501.48 millones, durante el primer trimestre se reflejan modificaciones presupuestarias por US\$ 51.72 millones, que corresponden a saldos no ejecutados del PEIS en el año 2010 y que han sido incorpora-

dos al presupuesto 2011, con lo cual el Presupuesto Modificado a marzo 2011 es de \$ 553.20 millones (sin incluir otras fuentes de financiamiento).

Según fuente de financiamiento, el 96% (US\$532.6 millones) corresponde a Fondo General y la diferencia (4%) al préstamo BCIE (\$20.6 millones).

Los recursos que corresponden al Fondo General están distribuidos de la siguiente manera:

- US\$450.18 millones para gastos de funcionamiento y contrapartida del préstamo BCIE,
- US\$ 82.42 millones de Presupuesto Extraordinario de Inversión Social.

Y los recursos provenientes de préstamo externo BCIE US\$20.6 serán utilizados para iniciar la construcción del nuevo Hospital de Maternidad (se consigna sólo el monto que se prevé ejecutar durante el año 2011).

Distribución del Presupuesto del MINSAL por Unidad Presupuestaria

Otra forma de observar la distribución del presupuesto 2011 es mediante su estructura, según unidades presupuestarias. En la Tabla 3 se presenta dicha distribución.

Tabla 2. Presupuesto Total del MINSAL, según Clasificación Económica del Gasto (en millones de US dólares corrientes)

Concepto	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011 (a marzo de 2011)	
Funcionamiento	286.5	88%	319.3	87%	321.6	87%	344.9	84%	407.9	89%	438.7	90%	465.1	81%
Inversión	39.7	12%	49.2	13%	49.8	13%	54.4	14%	51	11%	47.7	10%	106	19%
TOTAL	326.1	100%	368.5	100%	371.5	100%	399.3	100%	459	100%	486.4	100%	571.1	100%

Fuente: Gerencia General de Operaciones/ UFI del MINSAL

Tabla 3. Presupuesto Asignado al MINSAL 2011, según Unidad Presupuestaria (en millones de dólares)

Unidad presupuestaria	Presupuesto votado	Modificaciones al Presupuesto	Presupuesto Modificado	% con relación al presupuesto ordinario
01 Dirección y Administración Institucional	47.47	12.73	60.20	10.88%
02 Primer Nivel de atención	140.03	-12.40	127.64	23.07%
03 Apoyo a instituciones Adscritas y Otras Entidades	249.76	1.95	251.70	45.50%
04 Financiamiento de Gastos Imprevistos	9.92	-2.28	7.64	1.38%
05 Desarrollo de la Inversión	23.60	0.00	23.60	4.27%
Subtotal Presupuesto Ordinario	470.78	0.00	470.78	85.10%
51 Mejoramiento de la Red de Establecimiento de Salud PEIS	30.70	51.72	82.42	14.90%
Total	501.48	51.72	553.20	100%

Fuente: Gerencia General de Operaciones/ Unidad Financiera Institucional del MINSAL

*Las cifras no incluyen otras fuentes de financiamiento (fondos de actividades especiales, Recursos propios y donaciones, manejadas extrapresupuestariamente)

La tabla 3 muestra que el 45.5% del presupuesto total 2011 se concentró en la Unidad Presupuestaria 03. Apoyo a Instituciones Adscritas y otras Entidades, en la que se encuentran inmersos los Hospitales Nacionales, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, la Cruz Roja Salvadoreña, el Hogar de Ancianos Narcisca Castillo y FOSALUD; así como los subsidios entregados a otras entidades de asistencia social.

La segunda unidad presupuestaria en términos de importancia en asignación de recursos, es la 02. Primer Nivel de Atención, la que absorbe el 23.07 % del presupuesto disponible durante el 2011.

Las otras unidades presupuestarias representan el 31.4% del total asignado, entre ellas, la de mayor importancia es la Unidad Presupuestaria 51, que corresponde a Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud (PEIS).

Distribución del presupuesto de inversión

Con relación al presupuesto de inversión asignado para el año 2011, en la Tabla 4, se detallan los montos que fueron aprobados por fuente de financiamiento.

Tal como puede observarse, el 77.7 % del presupuesto de inversión del MINSAL para el año 2011 corresponde al presupuesto extraordinario, que financiará 115 proyectos de reconstrucción y equipamiento en Unidades y Casas de Salud, el Programa de Extensión de Cobertura, la diferencia (22.3%) se ha destinado para iniciar la construcción del Hospital Nacional de Maternidad.

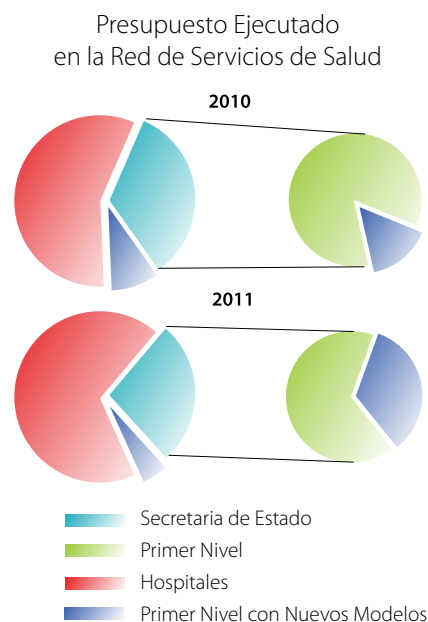
Tabla 4. Presupuesto de Inversión 2011 por Fuente de Financiamiento (en millones de US Dólares)

Nombre del Proyecto	Fuente Financiamiento	Monto	%
Construcción, Reconstrucción, Ampliación y Equipamiento de Establecimientos de Salud- HOSPITAL DE MATERNIDAD	Fondo general	3.00	2.83%
	Préstamo externo (BCIE)	20.60	19.43%
Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud-PEIS	Fondo general	82.42	77.74%
Sub total Fondo General		85.42	80.57%
Sub total Préstamos Externos		20.60	19.43%
Total Inversión		106.02	100.00%

Fuente: Gerencia General de Operaciones/ Unidad Financiera Institucional del MINSAL

Aumento del financiamiento para la red de servicios de salud del MINSAL

Gráfico 4. Aumento del Financiamiento para la Red de Servicios de Salud del MINSAL



En el gráfico siguiente se observa el incremento del financiamiento, en términos absolutos y relativos, de la red de servicios del MINSAL por niveles de atención.

Ejecución presupuesto ordinario y extraordinario 2010

Durante el ejercicio fiscal 2010, se experimentaron modificaciones presupuestarias que afectaron la asignación original establecida en la Ley de Presupuesto (US\$425.45 millones), la cual terminó incrementándose a US\$460.64 millones al concluir el año.

Este incremento corresponde a refuerzos presupuestarios que fueron utilizados para financiar:

- Proyectos de reconstrucción de la infraestructura dañada por Tormenta IDA.
- Refuerzo para financiar Plan Anti-crisis, con el que se cubrió la compensación por eliminación de cuotas voluntarias a hospitales y unidades de salud y adquisición de medicamentos.
- Refuerzo a RHESSA, para proyectos de hospitales de Usulután, Zacatecoluca, Sn. Miguel y Sn. Vicente.
- Refuerzo para pago de laudo arbitral del Hospital de Cojutepeque.
- Refuerzo para FOSALUD.

En la Tabla 5 se presenta la ejecución del año 2010 del Ramo de Salud por Unidad Presupuestaria.

Tabla 5. Ejecución por Unidad Presupuestaria del MINSAL, Ejercicio Fiscal 2010 (Millones de US\$)

Unidad Presupuestaria	Presupuesto votado	Modificaciones (+, -)	Presupuesto modificado	Devengado (ejecutado)	Porcentaje de ejecución
01 Dirección y Administración Institucional	24.42	28.00	52.42	52.39	99.94%
02 Primer Nivel de Atención	116.85	-18.75	98.10	98.09	99.99%
03 Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades	229.99	-12.42	217.58	216.61	99.55%
04 Desarrollo de la Inversión	19.39	6.97	26.36	26.12	99.10%
05 Apoyo a Servicios de Salud Pública-Plan Anticrisis	0.00	32.39	32.39	32.39	99.99%
06 Apoyo a Instituciones Adscritas-Plan Anticrisis	0.00	12.32	12.32	12.32	99.96%
07 Apoyo a Servicios de Salud Pública Emergencia Nacional	0.00	8.64	8.64	5.09	58.85%
Total presupuesto ordinario	390.65	57.15	447.81	443.00	98.93%
51 Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud	34.80	-21.97	12.83	12.83	100.00%
Total presupuesto ordinario y extraordinario	425.45	35.18	460.64	455.83	98.96%

Fuente: Gerencia General de Operaciones/ Unidad Financiera Institucional, MINSAL

*Las cifras no incluyen otras fuentes de financiamiento (fondos de actividades especiales, Recursos propios y donaciones, manejadas extrapresupuestariamente)

Tabla 6. Ejecución 2010 del MINSAL, Según Principales Rubros de Gasto (Millones de US\$)

TIPO DE GASTO	Presupuesto modificado	Devengado	Porcentaje de ejecución
Remuneraciones	269.30	269.06	99.91%
Medicamentos	61.55	61.54	100.00%
Insumos Médico-quirúrgicos y de Laboratorio	23.68	23.68	99.97%
Inversión	47.83	44.04	92.08%
Otros Gastos	58.28	57.51	98.68%
Total Presupuesto Ordinario	460.64	455.83	98.96%

Fuente: Gerencia General de Operaciones/ Unidad Financiera Institucional del MINSAL

*Las cifras no incluyen otras fuentes de financiamiento (fondos de actividades especiales, recursos propios y donaciones, manejadas extrapresupuestariamente).

La información indica que la ejecución presupuestaria del Ramo de Salud para el año 2010, fue del 98.96% del total de los recursos asignados, en relación al presupuesto modificado.]

En la siguiente tabla (Tabla 6) se presenta la ejecución del presupuesto 2010 según los principales tipos de gasto prioritarios, que incluye tanto el presupuesto ordinario como extraordinario.

De acuerdo a la tabla anterior, la ejecución del presupuesto 2010 se considera eficiente, dado que el porcentaje de ejecución fue del 98.96% para el presupuesto de funcionamiento que está conformado por los tipos de gasto de remuneraciones, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de laboratorio y otros gastos, el porcentaje de ejecución alcanzado fue casi del 100%.

Respecto al rubro de inversión, del monto modificado (US\$47.83 millones) se refleja una ejecución por US\$44.04

millones, que representa el 92.08% de ejecución, el cual incluye el devengamiento de provisiones financieras por un monto de US\$16.8 millones.

Con relación a los recursos de inversión del Presupuesto Extraordinario de Inversión Social PEIS, fueron aprobados para el año 2010 US\$34.8 millones, durante la ejecución se realizaron modificaciones presupuestarias cuyo efecto al final del ejercicio, refleja una disminución de US\$21.97 millones, que han sido trasladados para su ejecución al presupuesto 2011.

Proyecto piloto de presupuesto por resultados

El Gobierno inició un trascendental proceso de reforma en la administración pública. Uno de los componentes es la consideración del Presupuesto por Resultados (PPR). Este esfuerzo comenzó en forma piloto en el MINSAL y

Ministerio de Agricultura y Ganadería para el año 2011. La Operación Piloto tiene como objetivo mejorar la calidad de la gestión pública y se centra en perfeccionar el proceso presupuestario, haciendo posible que el Presupuesto General del Estado sea no sólo un instrumento legal, sino también un instrumento de administración y de gobierno, estratégicamente orientado a financiar las principales políticas públicas.

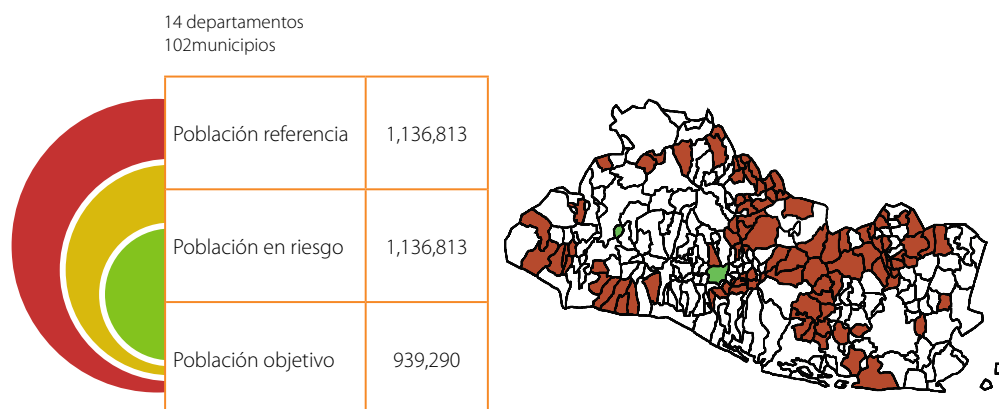
El presente proyecto plantea recursos financieros necesarios para implementar, en 102 municipios del país, la reorganización y fortalecimiento de la red de servicios de salud del primer nivel de atención, con el objeto de sentar las bases de la reforma en salud en el país.

El fortalecimiento de la red del primer nivel de atención

consiste en la creación de los ECOS Familiares y Especializados, su objetivo central es mejorar la accesibilidad de los servicios a la población que por razones geográficas, económicas o de otro tipo, no ha podido acceder a las atenciones integrales en salud; busca impactar positivamente en el estado de la salud de la población, especialmente la de menores recursos.

La estrategia de fortalecimiento institucional está enmarcada en una visión plurianual, dentro de la cual para 2011 se tiene contemplado beneficiar a una población objetivo de 939,290 personas (19% de la población total del país) en 102 municipios, los que están clasificados como de extrema pobreza severa y alta prevalencia en desnutrición crónica.

Población beneficiaria. PPR. 2011

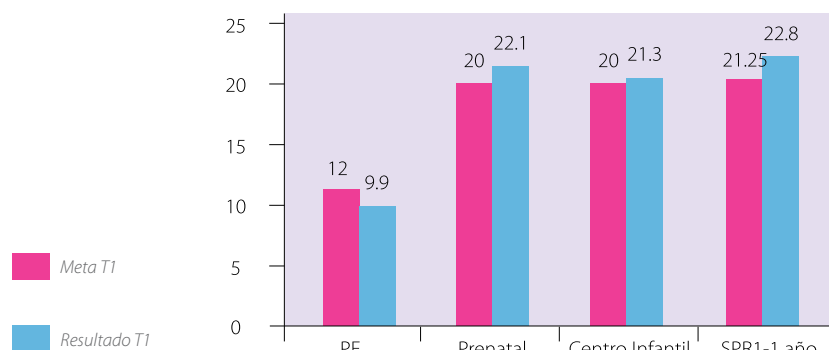


Esquema de financiamiento. PPR. 2011

Rubro de Agrupación	Remuneraciones	US\$	12,617,982
	Adquisición de Bienes y Servicios	US\$	11,142,402
	Gastos financieros	US\$	66.627
Sub total	Presupuesto ordinario	US\$	23,827,011
Rubro de Agrupación	Remuneraciones	US\$	2,623,163
	Adquisición de Bienes y Servicios	US\$	1,851,296
Rubro de Agrupación	Inversión de Activas fijos	US\$	4,659,700
SUB TOTAL	Presupuesto Extraordinario	US\$	9,134,159
SUB TOTAL	Aporte Ramo de la Salud Pública y Asistencia Social	US\$	32,961,170
Fuente de Financiamiento	Fondo General		
Rubro de Agrupación	Remuneraciones	US\$	14,541,930
	Adquisición de Bienes y Servicios	US\$	4,122,970
	Gastos financieros y Otros	US\$	216,000
SUB TOTAL	Aporte Ramo de Hacienda	US\$	18,880,900
TOTAL		US\$	51,842,070



Gráfico 5. Indicadores de desempeño y productos, municipios PPR, Trimestre 1 2011



Dentro de los resultados preliminares de los indicadores de desempeño a nivel de resultados y productos de corto plazo para 2011 tenemos los datos que se presentan en el gráfico.

Fuente: MINSAL

Dadas las características de la intervención seleccionada, el presupuesto global para implementar los cambios buscados en el primer nivel de atención plantea una demanda de US\$ 51.8 millones de dólares, de los cuales US\$ 47.2 corresponde a gastos de funcionamiento y US\$ 4.6 a gastos de inversión. Dicho monto está financiado en un 64 % (US\$32.9 millones) con recursos presupuestados del Ministerio de Salud y la diferencia, es decir, el 36% (US\$18.9 millones), con recursos adicionales del Ministerio de Hacienda.

Durante el primer trimestre del 2011, los resultados esperados de atención preventiva referidas a la atención prenatal, control infantil y vacunación con la vacuna SPR (Sarampión, paperas y rubeola) superaron el 80% esperado para el trimestre en los 102 municipios del PPR que están siendo intervenidos con los Ecos Familiares; asimismo, los resultados en las mujeres usuarias de métodos temporales de planificación familiar fue del 9.9 % de la meta del 12% definido como resultado para todo el año 2011. De mantener o mejorar esta tendencia se esperaría que en el año se superen los resultados esperados con la implementación del nuevo modelo de atención.

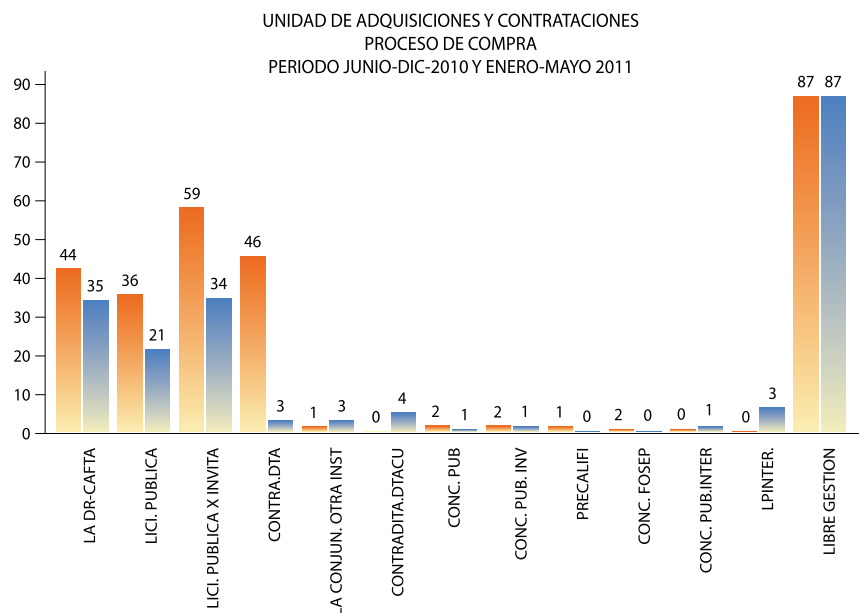
Procesos de adquisiciones

Durante el período 2010-2011 se desarrollaron acciones encaminadas al fortalecimiento, funcionamiento y via-

bilidad del sistema de adquisiciones del MINSAL a nivel nacional, en concordancia con el cumplimiento de los principios esenciales de la actual gestión que permitan realizar -con eficiencia y transparencia- las adquisiciones que contribuyen a cubrir las necesidades de los establecimientos de salud a nivel nacional, en cuanto al abastecimiento oportuno de medicamentos, adquisición de equipo y el fortalecimiento de la infraestructura.

La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), ejecutó durante el año 2010-2011: 473 procesos de adquisición en las modalidades siguientes: 79 Licitaciones Abiertas LA-DRCAFTA, 57 Licitación Públicas; 93 Licitaciones Públicas por Invitación; 56 Contrataciones Directas, 2 Licitaciones abiertas con otras instituciones, 2 Concursos Públicos, 3 Concursos Públicos por Invitación, 1 sobre Precalificación de Medicamentos, 2 Concursos FOSEP, 1 Concurso Público Internacional, 3 Licitaciones Públicas Internacionales, 174 procesos de Libre Gestión, de los cuales se han celebrado 663 contratos a la fecha por un monto total de \$ 82,098,362.92.

Dichas adquisiciones permitieron dotar de bienes y servicios necesarios para el desarrollo del trabajo de las diferentes dependencias del Ministerio; con los proyectos de construcción se mejoró la infraestructura de los establecimientos del Ministerio de Salud.



Se han logrado diligenciar 200 procesos administrativos de imposición de multa hasta por un monto de US\$648,174.50, de los cuales se encuentran cancelados a la fecha US\$443,874.69 y pendientes de cancelar US\$204,299.81, en razón de encontrarse en análisis de pruebas aportadas en el proceso administrativo, habiéndose remitido a la Fiscalía General de la República 22 procesos por no haber atendido el llamado administrativo; de estos, ya se concluyeron en esa Fiscalía 5 procesos.

Asimismo, se realizaron avances importantes en la administración para adecuado manejo del Catálogo General del MINSAL que consta de más de 9000 bienes y servicios, clasificados en 8 subcatálogos o listados oficiales, asesorando al personal técnico y administrativo en la adecuada definición de los bienes, así como su clasificación.

Cuentas en Salud (1998-2010)

Las Cuentas en Salud son un instrumento de medición sectorial, que bajo la metodología internacional establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), permite obtener información de financiamiento y gasto en salud, tanto a nivel macro, como a nivel institucional del sector salud. El MINSAL, desde 1996, y gracias a la colaboración de diferentes instituciones públicas (Ministerio de Hacienda/Dirección General de Contabilidad Gubernamental, Banco Central de reserva/Depto. de Cuentas Nacionales, Ministerio de Economía/Dirección General de Estadística y Censos, Instituto Salvadoreño del Seguro Social/Unidad Financiera Institucional, Superintendencia del Sistema Financiero, Instituto Salvadoreño de Bienestar

Magisterial, y el Ministerio de la Defensa/Sanidad Militar), ha sido la entidad responsable de la coordinación y estimación anual de Cuentas en Salud. Las cifras son reportadas para su publicación en el Informe Mundial de la Salud de la OMS y sirven de base para la evaluación anual del indicador "Gasto Público en Salud como proporción del PIB" de la Cuenta de Reto del Milenio (MCC, por sus siglas en inglés) de la que el país es beneficiario.

Las Cuentas en Salud determinan, igualmente, el Gasto Nacional en Salud, el que está integrado tanto por el Gasto Público como por el Gasto Privado en Salud. En el componente público, se incluyen las erogaciones reportadas por las instituciones públicas que prestan servicios de atención en salud (Ministerio de Salud y sus entidades adscritas – Hospitales Nacionales, Cruz Roja Salvadoreña, Hogar de Ancianos Narcisca Castillo, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos y FOSALUD-, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Sanidad Militar, Consejo Superior de Salud Pública, así como los gastos en salud reportados por otras entidades públicas, gobiernos municipales y empresas públicas) y, en el componente privado, las erogaciones en salud efectuadas por las compañías de seguros privados que ofrecen coberturas en salud, como son los gastos de bolsillo de los hogares (pagos directos para proveerse servicios, atenciones y/o insumos para atender una condición de salud determinada) como consumidores finales de los servicios de salud.

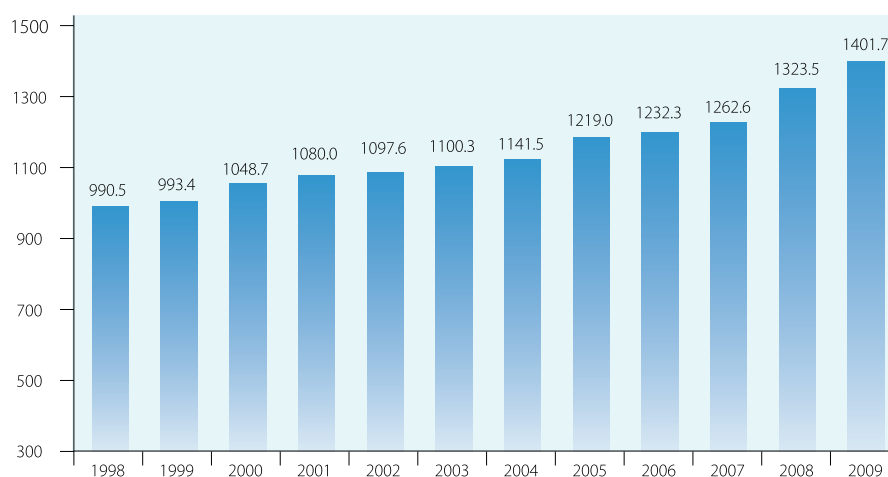
A continuación se presentan algunos de los principales indicadores de Cuentas en Salud. Los relativos a 2010 son preliminares.

a) Gasto Nacional en Salud (1998 – 2009)

El Gasto Nacional en Salud (GNS) es el resultado de la sumatoria de los gastos en salud efectuados por los agentes públicos y privados que componen el sector. En términos nominales, el GNS muestra una tendencia

creciente durante el período (1998-2009), pasando de US\$ 990 millones en el año 1998 a US\$ 1,401 millones en el año 2009 (Gráfico 6), con una tasa de crecimiento positivo de 3.7% en relación a 1998.

Gráfico 6. Evolución del Gasto Nacional en Salud en El Salvador 1998-2009 (Millones de US \$)

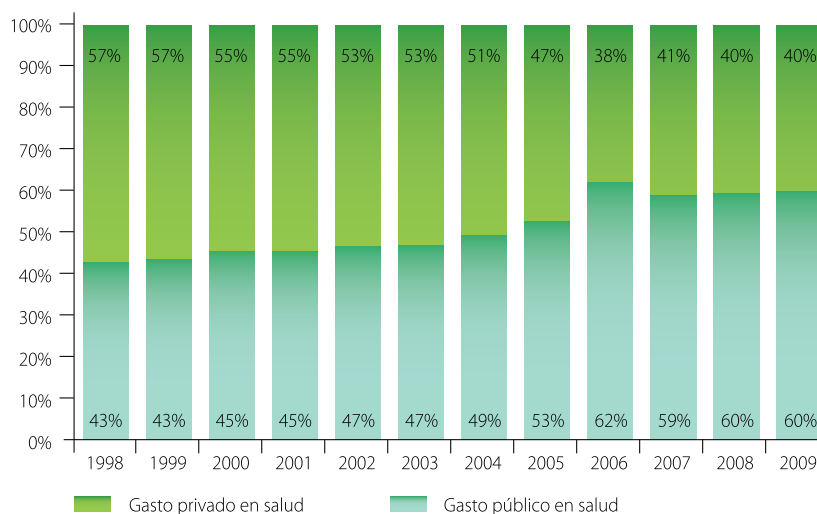


Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

Respecto a su composición público/privada, el GNS, a lo largo del período, ha experimentado cambios sustanciales, en lo que se refiere a su estructura. De hecho para 1998, la composición público/privado era 43%/57%,

mientras que para el año 2009 la relación se invirtió, siendo esta de 60%/40%, adquiriendo el gasto público, una mayor importancia relativa (Gráfico 7).

Gráfico 7. Estructura del Gasto Nacional en Salud en El Salvador



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

b) Gasto Público en Salud (2001 – 2010)

A continuación se presentan algunos de los indicadores más importantes que miden el Gasto Público en Salud, su composición y su relación con otras variables macroeconómicas, como el Producto Interno Bruto y el Gasto de Gobierno General. Esta información es parte de los indicadores establecidos en la Cuenta de Reto del Milenio (MCC/FOMILENIO).

Cabe destacar que el resultado obtenido del Gasto Público en Salud está basado en información oficial contable, a nivel de devengado, e informes financieros de las

entidades involucradas. Es por tanto una variable construida con suficiente solidez técnica, gracias al apoyo interinstitucional y el sistema de contabilidad gubernamental.

En la Tabla 7 se presenta el detalle del Gasto Público en Salud, según institución, para el período 2001-2010, tanto en valores nominales (a precios corrientes), como en términos relativos (cuánto representa el gasto institucional respecto al gasto público total). Las cifras de 2010, son aún de carácter preliminar y pueden variar en la medida en que se realicen los ajustes concernientes.

Tabla 7. Gasto Público en Salud en El Salvador, según Instituciones. Período 2001-2010
(2010 preliminar para las instituciones que figuran en color rojo)

CONCEPTO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010(p)
	En millones de US\$ corrientes									
GASTO PÚBLICO EN SALUD	490,9	512,0	520,1	563,0	641,6	764,2	745,9	786,3	844,4	912,8
MINSAL	260,9	251,7	252,6	264,4	295,8	346,6	366,4	391,3	449,4	493,5
ISSS	202,4	227,8	223,2	243,1	293,0	361,6	321,9	323,0	317,2	333,8
Bienestar Magisterial	11,4	15,9	27,2	27,7	25,3	22,3	22,4	29,1	28,6	34,1
Sanidad Militar	16,2	16,6	17,0	17,4	17,8	16,0	15,7	16,3	17,2	19,2
Consejo Superior de Salud Pública				1,8	1,4	1,6	1,9	2,0	2,2	2,5
Otras Entidades Públicas				7,1	4,5	7,0	6,4	10,6	13,5	13,5
Gobiernos locales				1,4	3,7	2,7	3,5	5,2	4,9	4,9
Empresas Públicas						6,4	7,9	8,8	11,4	11,4
	En porcentajes									
MINSAL	53%	49%	49%	47%	46%	45%	49%	50%	53%	54%
ISSS	41%	44%	43%	43%	46%	47%	43%	41%	38%	37%
Bienestar Magisterial	2%	3%	5%	5%	4%	3%	3%	4%	3%	4%
Sanidad Militar	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%
Consejo Superior de Salud Pública						0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%
Otras Entidades Públicas						1%	1%	1%	2%	1%
Gobiernos Locales						0,4%	0,5%	1%	1%	1%
Empresas Públicas						1%	1%	1%	1%	1%

Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL (p): Cifras preliminares a Mayo 2011

Nota: El gasto de otras instituciones públicas puede variar debido a ajustes en la medición del Gasto Público Social 2004-2009, que a la fecha no se ha concluido.

Como se muestra en la tabla, el Gasto Público en Salud (GPúbS) varió de US\$ 490.9 millones en 2001 a US\$912.8 millones en 2010, es decir, que en diez años, casi se duplicó el gasto ejercido para fines de atenciones de salud y se mantuvo una tendencia positiva durante el período, alcanzando una tasa de crecimiento promedio en el período de 7.3%.

Es notoria la importancia relativa que adquieren en tal crecimiento principalmente los gastos ejercidos por dos instituciones del sector: el MINSAL y el ISSS. De hecho, entre ambas instituciones, aportan al GPúbS entre el 90% (2010) y el 94% (2001) del total del GPúbS reportado.

El gasto en salud del resto de instituciones públicas,

aún a partir de 2006 que se incorporaron otras entidades a la estimación, únicamente representa alrededor del 10% o menos del GPúbS.

En definitiva, lo que impacta en una forma significativa en la medición del GPúbS, son los gastos ejercidos por el MINSAL, que para 2010 aportó el 54% del mismo y por el ISSS, cuya ejecución aportó el 37% del GPúbS (ver Tabla 8)

c) Gasto público en relación al PIB y al gasto de Gobierno general

La tabla 8 muestra datos relativos al GPúbS y su desagregación institucional, respecto al PIB a precios corrientes.

Tabla 8. Gasto Público Institucional como Porcentaje del PIB Período 2001-2010 (2010 preliminar para las instituciones que figuran en color rojo)

CONCEPTO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010(p)
GASTO PÚBLICO EN SALUD	3,6%	3,6%	3,5%	3,6%	3,8%	4,1%	3,7%	3,7%	4,1%	4,3%
MINSAL	1,9%	1,8%	1,7%	1,7%	1,7%	1,9%	1,8%	1,8%	2,2%	2,3%
ISSS	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%	1,9%	1,6%	1,5%	1,5%	1,6%
Bienestar Magisterial	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Sanidad Militar	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Consejo Superior de Salud Pública				0,01%	0,1%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Otras Entidades Públicas				0,05%	0,03%	0,04%	0,03%	0,05%	0,1%	0,1%
Gobiernos locales				0,01%	0,02%	0,01%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%
Empresas Públicas						0,03%	0,04%	0,0%	0,1%	0,1%
Producto Interno Bruto	13812,7	14306,7	15046,7	15798,3	17093,8	18550,7	20104,9	21431,0	20661,0	21214,7

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

(p): Cifras preliminares a Mayo 2011

* Incluye el Consejo Superior de Salud Pública, Otras entidades públicas, Gobiernos locales y Empresas públicas

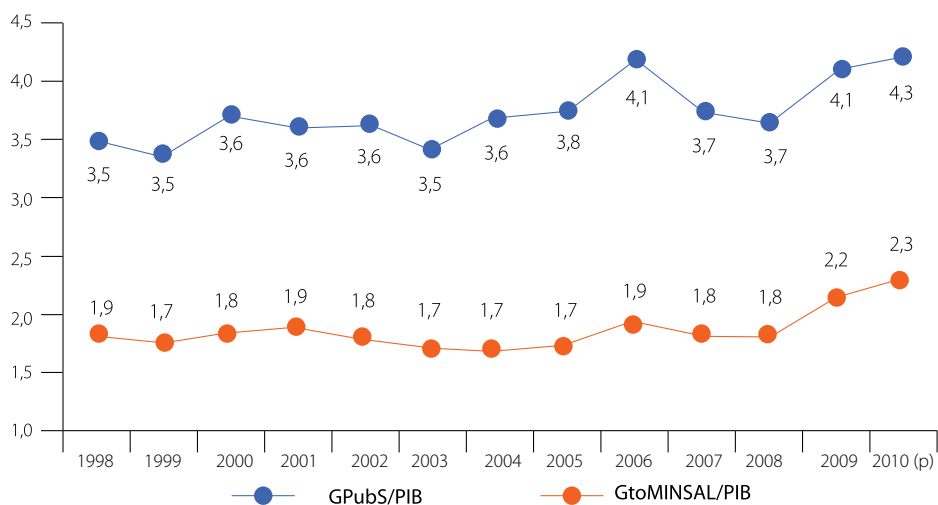
La información revela que el GPúbS total ha mantenido una tendencia creciente respecto al PIB desde 2004 a 2010, pasando de representar del 3.6% (2004) al 4.3% del PIB para 2010 (cifras preliminares), con algunas excepciones para 2007-2008 (3.7% del PIB en ambos años).

A nivel institucional, lo que concierne específicamente al gasto ejecutado por el MINSAL, porción sobre la cual tiene gobernanza dicha entidad, este representó para

2009-2010, el 2.2% y 2.3% del PIB a precios corrientes, respectivamente. Siendo estos los años reportados con mayor nivel de gasto en salud del MINSAL.

En el Gráfico 8 se presenta tanto el GPúbS como el gasto ejercido por el MINSAL para dichos años, en relación al PIB, en donde se evidencia el salto histórico obtenido tanto en el GPúbS como en el ejercido por el MINSAL, durante 2009-2010.

Gráfico 8. Gasto Público en Salud en El Salvador como porcentaje del PIB (1998-2010)



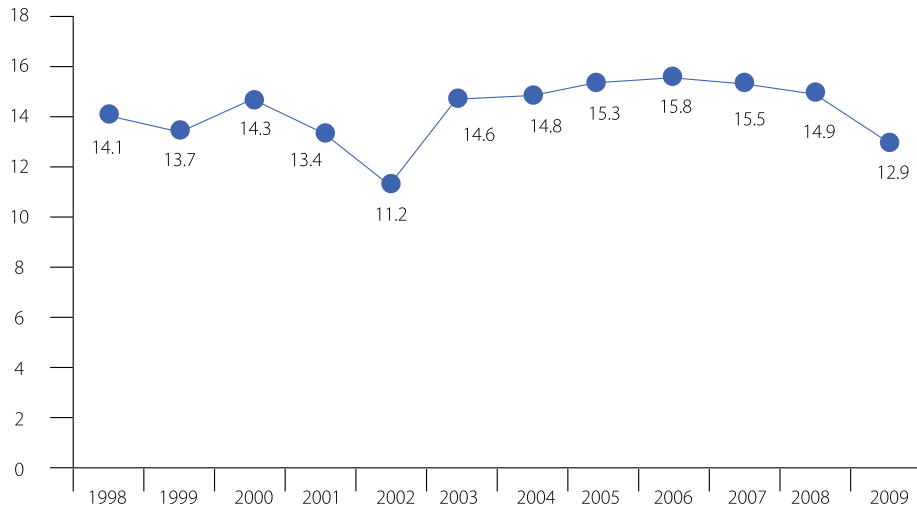
Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

(p) Cifras preliminares a Mayo 2011

En términos del Gasto de Gobierno General (GGG), el GPúbS, pasó de representar el 14.1 % en 1998, al 12.9% en 2009 (Gráfico 9), alcanzando su nivel más alto en 2006 (15.8%). Hecho que se explica no por el lado de una me-

nor inversión nominal pública en salud, sino por el incremento de la base del gasto de gobierno general durante los últimos años.

Gráfico 9. Gasto Público en Salud en Relación al Gasto del Gobierno General (en porcentajes)



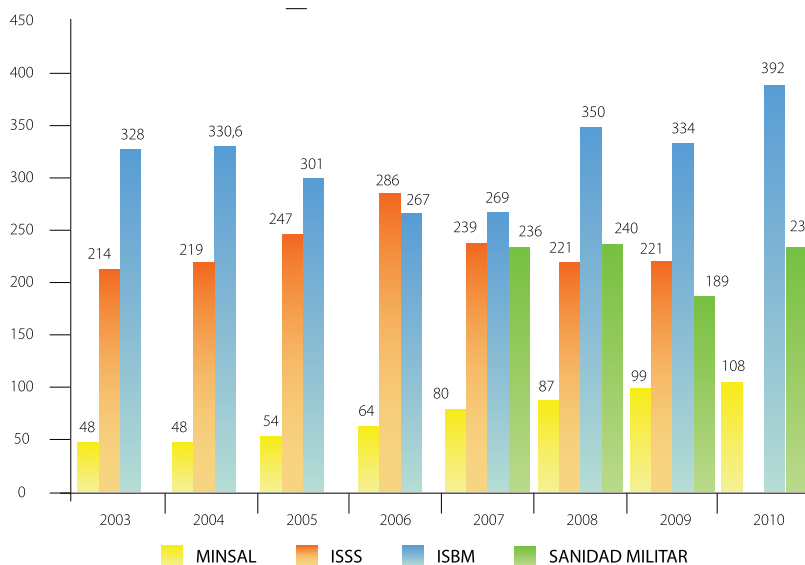
Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

Tan importante como el Gasto Público en Salud, es analizar el gasto per cápita institucional en salud (gasto al año por población de responsabilidad de cada institución). Se obtiene al dividir el gasto en salud institucional entre su población beneficiaria o potencialmente usuaria², dado que este es, por definición, un indicador del grado de

equidad en la distribución de los recursos públicos dentro del sector salud.

En el Gráfico 10 se presenta justamente el gasto per cápita institucional en salud (2003-2006), tanto del MINSAL como del ISSS y el ISBM, incluyéndose para los últimos años a Sanidad Militar

Gráfico 10. Gasto Per Cápita Institucional en Salud en El Salvador (En US \$)

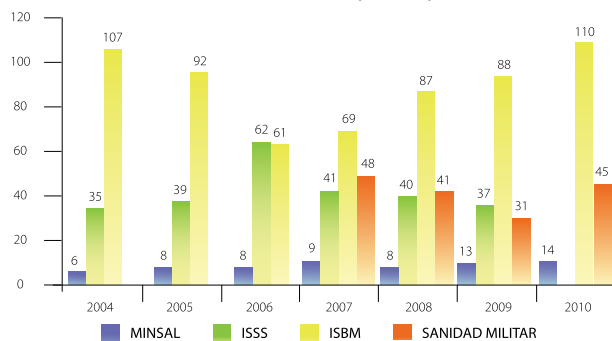


Fuente: Estimación de Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

² Para el caso del MINSAL, se considera como población potencialmente usuaria a toda aquella que no posee ninguna cobertura privada o pública de seguros de salud (alrededor del 76% de la población, según EHPM/DIGESTYC) y, para el caso del resto de entidades, se considera como población de responsabilidad aquella reportada por la información relativa a sus derechohabientes, incluyendo cotizantes y beneficiarios.

El gráfico en mención da cuenta de los problemas de desigualdad en la distribución per cápita de los gastos que persisten en los años considerados. De hecho, el MINSAL que potencialmente atiende al 70% (según EHPM 2009) o al 76% (según otras fuentes) de la población (población que no dispone de ningún tipo de aseguramiento público o privado) para 2009, contaba con sólo US\$99.00 por persona al año para atender demandas de salud; mientras que el ISSS, básicamente disponía de

Gráfico 11. Gasto Per Cápita Institucional en Medicamentos (En US \$)



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

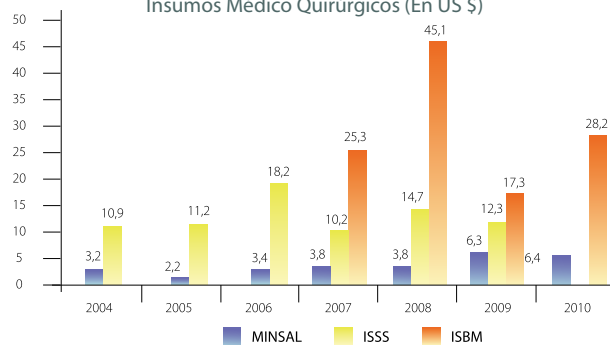
más del doble de asignación per cápita (US\$221) y, en el caso del ISBM, tres veces más por beneficiario (US\$334), que lo disponible por MINSAL. Sin embargo para el 2010 el MINSAL contó con US\$108 por persona para brindar servicios de salud.

Un análisis similar al anterior, puede hacerse también para el rubro de medicamentos (Gráfico 11) e insumos médico-quirúrgicos y de laboratorio (Gráfico 12)

Como se evidencia en el Gráfico 11, existe una marcada diferencia entre las instituciones públicas respecto al gasto per cápita disponible en materia de medicamentos, uno de los insumos más críticos del sector.

Para el caso del MINSAL, en 2009, pese a los esfuerzos por realizar un mayor gasto en medicamentos, su distribución per cápita indica que este anduvo por el orden de los US\$13.0, valor que fue casi tres veces inferior al gasto per cápita del ISSS (US\$37.00) y cerca de siete veces menor al del ISBM (US\$88.0). Los años anteriores a 2009, confirman la tendencia. A la fecha no se dispone del dato del ISSS para el año 2010, sin embargo para este año, el MINSAL sigue manteniendo el valor más bajo que el resto de instituciones (US\$14).

Gráfico 12. Gasto Per Cápita Institucional en Insumos Médico Quirúrgicos (En US \$)



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

En cuanto al gasto per cápita en insumos médico-quirúrgicos, tanto para el MINSAL como para el ISSS, puede notarse que es significativamente menor al gasto per cápita en medicamentos; prueba de ello es que, para el año 2009, el MINSAL tuvo un gasto per cápita en insumos médico-quirúrgicos de menos de la mitad del gasto per cápita en medicamentos. Además, el MINSAL ha mantenido un gasto per cápita inferior al de las demás instituciones, obteniendo para 2009 un gasto per cápita en IMQ de US\$6.3 inferior en casi dos y tres veces que el gasto del ISSS y de SM respectivamente. (US\$12.3 y US\$17.3 respectivamente). Para el año 2010 la tendencia es similar, a pesar de que a la fecha no se cuenta con el dato del ISSS, el MINSAL únicamente dispuso de US\$5.4 por persona para Insumos médicos, cantidad que es muy inferior a la Sanidad Militar (US\$28.2)

Capítulo 4

Desarrollo de la infraestructura sanitaria

Recapitulación de lo realizado durante el primer año de gestión (2009-2010)

Durante el periodo 2009-2010, MINSAL dio prioridad a los siguientes aspectos:

- Diagnóstico de toda la infraestructura sanitaria del MINSAL con sus diferentes fuentes de financiamiento.
- Daños producidos por Tormenta IDA
- Continuidad del Proyecto Casas de Espera Materna
- Reactivación de proyectos Hospital Nacional de Chalchuapa y Nacional Rosales
- Proyecto Hospital Nacional de Maternidad
- Continuidad al Proyecto de Reconstrucción de Hospitales por Emergencia de los Terremotos y Extensión de Servicios de Salud (PRHESSA)

Los fondos PEIS, por \$ 100 millones de dólares, de los cuales \$63.8 deben invertirse para reconstruir/habilitar/construir 105 Unidades de Salud, rehabilitar/reconstruir tres hospitales y construir un hospital, en total 109 proyectos, fueron aprobados por la Asamblea Legislativa mediante decreto No. 180. Posteriormente, en octubre de 2009, la Tormenta IDA provocó daños sustanciales en la infraestructura y se aprobó, a través de una declaratoria de emergencia nacional, la cantidad de 10 millones de dólares para 34 establecimientos de salud. Para ejecutar estos proyectos de fuentes PEIS-IDA, el Ministerio ha elaborado los expedientes técnicos desde su diagnóstico poblacional, servicios de salud con su programa médico funcional hasta el programa médico arquitectónico que incluye el perfil, los diseños, especificaciones técnicas y términos de referencia como base para la ejecución de la obra a través de contratación de equipos multidisciplinarios de profesionales médicos, biomédicos, ingenieros y arquitectos.

La continuidad del proyecto de los Hogares de Espera Materna financiados por el Gobierno de Corea, a través de KOICA, se realizó con una inversión de 2 millones de dólares. Entre los 8 municipios benefician a 315,807 habitantes de los municipios y comunidades vecinas. Estos hogares se concluyeron y están funcionando desde marzo de 2010.

	Hogar de Espera Materna	Población beneficiaria
1	La Palma, Chalatenango	12,481
2	Cara Sucia, Ahuachapán	57,221
3	Sonsonate, Sonsonate	115,413
4	Coatepeque, Santa Ana	54,483
5	San Gerardo, San Miguel	6,675
6	Corinto, Morazán	18,032
7	La Herradura, La Paz	40,588
8	San Juan Nonualco	10,914
	TOTAL	315,807 habitantes

Se iniciaron las licitaciones de los proyectos de Reparación del Hospital Nacional de Chalchuapa y la segunda planta del Hospital Nacional Rosales, proyectos financiados con fondos de Cooperación Italiana y de Japón respectivamente, por un monto de 4 millones de dólares. Asimismo, se iniciaron los diseños y estudios del nuevo Hospital de Maternidad, se obtuvo el terreno y se realizaron los estudios de factibilidad del proyecto, se inició y aprobó la gestión de \$41 millones de dólares para su construcción.

El Proyecto RHESSA fue suscrito por el Gobierno de El Salvador y el Banco Mundial en enero de 2002 y financiado por un monto de 169 millones de dólares, de los cuales se asignaron 115 millones de dólares para la reconstrucción de 7 hospitales dañados por los terremotos de 2001. A partir del 1 de Junio de 2009, con un nuevo equipo técnico de profesionales, el Proyecto es evaluado en lo correspondiente a la reconstrucción de hospitales, identificando que solamente 4 de ellos podrían concluirse. Por la magnitud del proyecto se realizaron peritajes técnicos y financieros para identificar la obra realmente ejecutada. El resultado no favoreció los intereses del Ministerio, ya que se identificó obra y equipo propio del inmueble, ya pagados y no en el sitio de la obra, lo que ha afectado considerablemente. El tema legal fue predominante en

el Proyecto RHESSA. Durante el primer año, además de investigar, se resolvieron litigios y arbitrajes.

En este periodo el Ministerio se caracterizó por disponer de gran capacidad resolutoria para reactivar las obras de los hospitales Santa Gertrudis de San Vicente, Santa Teresa de Zacatecoluca, San Pedro de Usulután y San Juan de Dios de San Miguel y paralelamente atender los aspectos legales y demandar ante la Fiscalía General de la República los daños y perjuicios ocasionados. Para alcanzar el objetivo, se implementó un nuevo plan de acción con el aval del Banco Mundial, para acelerar los trabajos, optimizar recursos, supervisar y monitorear la ejecución de las obras, se iniciaron nuevos procesos de licitación para obras civiles, instalaciones eléctricas, sistema y generación de vapor, gases médicos y aire acondicionado.

Desarrollo de la infraestructura sanitaria durante el segundo año de gestión (2010-2011)

La infraestructura sanitaria ha avanzado sustancialmente como un medio facilitador para mejorar las condiciones de atención en toda la red de servicios de salud y durante el período de junio 2010 a mayo 2011 se han mejorado las condiciones físicas de los establecimientos de salud.

Por más de 30 años la infraestructura sufrió muchas pérdidas en eventos naturales, su deterioro y falta de mantenimiento han ocasionado que los espacios no presenten las mejores condiciones. Para subsanar estas condiciones, el MINSAL, con los recursos disponibles de diferentes fuentes de financiamiento, realizó las intervenciones siguientes:

1. Red de hospitales

Proyecto Reconstrucción de Hospitales por Emergencia de los Terremotos y Extensión de Servicios de Salud (PRHESSA), comprendido en el Convenio de Préstamo BIRF 7084-ES, que fue suscrito por el Gobierno de El Salvador y el Banco Mundial el 11 de enero de 2002, ratificado por la Asamblea Legislativa de la República de El Salvador el 3 de junio de 2003. Este Convenio, tenía previsto finalizar el 30 de abril de 2007 y a partir de esa fecha ha tenido cuatro ampliaciones de plazo, siendo la última hasta el 30 de junio de 2011.

Durante este segundo año de gestión se finalizaron 3 hospitales de reconstrucción, construcción y equipamiento dañados por los terremotos del 2001, ya que de 7 hospitales incluidos en el Convenio, la administración anterior sólo entregó 2 y uno quedó sin construir. Lo que se ha ejecutado en este periodo es de \$18 millones, con fondos del Banco Mundial.

Las actividades y logros principales con este proyecto son los siguientes:

- Implementación del plan de acción para concluir los cuatro hospitales cuya obra estaba iniciada
- Superar los aspectos legales, interponer cuatro demandas ante la Fiscalía General de la República a empresas por incumplimiento de contrato
- Reactivación de ejecución de obra de hospitales Sta. Gertrudis de San Vicente, Santa Teresa de Zacatecoluca, San Pedro de Usulután y San Juan de Dios de San Miguel hasta concluirlos y beneficiar a más de 1,000,000 habitantes en la Región Oriental y Paracentral

	Hospital	Estado actual	Costo Infraestructura. USD millones	Costo de Equipo. USD millones	Número de camas	Población beneficiada
1	San Juan de Dios de San Miguel	Concluido Noviembre 2010	26.20	6.40	440	425,924
2	Santa Gertrudis San Vicente	Concluido Diciembre 2010	19.00	3.10	196	195,628
3	San Pedro, Usulután	Concluido Abril 2011	14.30	2.6	181	228,619
4	Santa Teresa Zacatecoluca	A concluir en Junio 2011	14.7	3.2	198	331,924
TOTAL INVERSION			74.2	15.3		

Construcción y equipamiento del Hospital Nacional de Maternidad

El actual Hospital de Maternidad data de 1954 y presenta deterioro por los daños físicos ocasionados por los terremotos, la falta de mantenimiento y la fuerte demanda de sus servicios. La concepción del nuevo Hospital de Maternidad tiene un alcance de Atención Integral de la Mujer y del Recién Nacido, que se focalizará en:

Un hospital de especialidades de la mujer, trascendiendo como una acción prioritaria de atención del alto riesgo obstétrico y atención especializada del recién nacido. Categorizado como hospital de tercer nivel, especializado para referencia nacional, de máxima complejidad y hospital docente asistencial, en estrecha coordinación con la red de segundo nivel y con los hospitales del centro médico nacional, extendiéndose el área de influencia de manera indirecta a todo el país, y de manera directa al departamento de San Salvador.

La construcción del Hospital se desarrollará en 29,000 m², distribuidos en 4 edificios: Edificio para consulta externa, edificio para emergencia y hospitalización, edificio de servicios generales, con capacidad de 399 camas, 31 consultorios médicos, 3 salas de emergencia, 10 quirófanos, amplias zonas verdes y parquesos.

El nuevo Hospital de Maternidad se ubicará en la Quinta María Luisa, sobre la calle Francisco Menéndez, Barrio Santa Anita, San Salvador.

Los logros más importantes para la ejecución de este proyecto han sido el cumplimiento de condiciones previas con el organismo financiero, obtener los permisos correspondientes de construcción, los permisos ambientales y que se declarara de interés social por la Alcaldía de San Salvador, asimismo se concluyó la validación de todos los diseños arquitectónicos y de especialidades que se realizó a través del FOSEP, manteniendo que es un hospital de tercer nivel, basado en una propuesta médico-arquitectónica inscrita en la nueva política de salud.

A partir del mes de marzo de 2011 se inició el proceso de licitación para las obras del hospital, actualmente las ofertas se encuentran en proceso de evaluación. De acuerdo a la programación se prevé iniciar durante el segundo semestre de 2011 y concluirlo en el 2013.

Mejoramiento funcional del Hospital Nacional de Chalchuapa y desarrollo de la red integrada de servicios de salud, Santa Ana

Este proyecto está financiado por la República de Italia por un monto de US\$2, 510,340.70.

El proyecto está ubicado en la Ciudad de Chalchuapa del Departamento de Santa Ana y comprende la remodelación/ampliación de los servicios de emergencia, obstetricia, ginecología, pediatría y neonatología y la

adquisición de equipo que fortalecerá la atención en las especialidades de medicina interna, cirugía general, ginecología, obstetricia, pediatría, y las sub-especialidades de neonatología y ortopedia. Es un hospital de referencia de la red de salud de Chalchuapa, que comprende las unidades de salud de Chalchuapa, San Sebastián Salitrillo, El Porvenir, Dos Ríos, y Unidad de Salud del Cantón el Coco.

La población beneficiada de la Red de Salud de Chalchuapa es de 160,000 habitantes, la que se vio aumentada en forma súbita por los proyectos de urbanización en un radio de 4 km que demandan los servicios de salud que ofrece el hospital.

La orden de inicio de la obra se emitió el 16 de agosto de 2010 y está avanzada en un 60%. Este proyecto ha dado la pauta para solicitar la fase II a la Embajada de Italia.

Remodelación y equipamiento de la segunda planta del Edificio de Especialidades del Hospital Nacional Rosales

Financiado por la República de Japón por un monto de 1.5 millón de dólares y por el GOES-PEIS por 1 millón de dólares este proyecto se ha desarrollado en la 2ª planta del ex edificio de especialidades del ISSS, y consiste en la remodelación/adecuación de espacios, así como en la adquisición de equipamiento médico que fortalecerá el área de hospitalización de Nefrología, Hemato-Oncología, Pacientes delicados de especialidades médicas y quirúrgicas, con capacidad de 85 camas. Se concluyó en marzo de 2011.

Construcción y equipamiento Consulta Externa del Hospital Nacional Benjamín Bloom

Para este proyecto se realizaron todos los diseños y estudios, se está preparando el proceso de licitación del hospital de tercer nivel; se desarrollará en un área de 6576.50m², se construirá un edificio de 2 plantas y 1 sótano para parqueo, se distribuirá en 52 consultorios médicos que comprenderán: a) medicina pediátrica: alergología, cardiología, dermatología, endocrinología y gastroenterología, genética, hematología, nefrología, neumología, neurología, general, psicología, psiquiatría, fisiatría, infectología, nutrición, reumatología, neonatología; b) cirugía pediátrica: cardiovascular, neonatal, general, plástica, neurocirugía, ortopedia, oftalmológica, otorrinolaringológica, urológica, odontológica, ortodoncia, maxilofacial.

Además, habrán 30 consultorios para procedimientos: pruebas funcionales de electrocardiografía, electroencefalografía, pruebas de esfuerzo, tomas de biopsias, eco cardiografías, epidemiología, úlceras y heridas, vacunación, terapia respiratoria. rehidratación oral, sala de yeso, broncoscopia, fisioterapia pulmonar.

Servicios de apoyo y áreas administrativas: estación de enfermeras, preparación de pacientes, salas de espera general y clasificada, ESDOMED, rayos X, farmacia, bodegas de medicamentos e insumos, oficinas de jefaturas médicas y de enfermería, salas de reuniones y sala de cómputo. Aproximadamente: 1, 346,000 niños serán beneficiados con este proyecto.

Costo USD Millones	Proceso	Ejecución
7,988,3836.36 incluye infraestructura y equipo médico	En contratación	A iniciarse en junio 2011

Construcción de Unidad para Niños Quemados en el Hospital Nacional Benjamín Bloom

En el Hospital Nacional Benjamín Bloom se concluyó la construcción de una moderna unidad para niños quemados con el apoyo del Gobierno de Japón y la Fundación Bloom. La inversión fue de US\$1,533,000.00. Actualmente está en proceso de equipamiento, lo que se logrará durante el próximo año de gestión.

Construcción y equipamiento del Edificio de Servicio de Apoyo y Diagnóstico en el Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña

Hospital de segundo nivel, el proyecto se desarrollará en 2,887.40 m² que comprenden un edificio de 2 niveles y se atenderá el servicio de imagenología, farmacia, servicio de pruebas de función cardiopulmonar y áreas de apoyo, laboratorio clínico, patología, rehabilitación pulmonar, unidad de procedimientos diagnósticos pulmonares, ESDOMED.

Durante este periodo se realizaron los diseños y estudios, el proceso de licitación y se iniciará a partir de junio de 2011 para concluirlo en julio de 2012.

El proyecto comprende la dotación de equipo médico hospitalario y será financiado con fondos PEIS. Se beneficiarán aproximadamente: 300,000 habitantes.

Costo USD Millones	Proceso	Ejecución
6,027460, incluye infraestructura y equipo médico	En contratación	A iniciarse en junio 2011

Construcción y equipamiento del Hospital Nacional de la Unión

Hospital de segundo nivel, con capacidad para 100 camas. Beneficia a alrededor de 156,228 habitantes.

El proyecto se desarrollará en un área de 9062.04 m² para una capacidad de 115 camas y se tendrán los servicios de medicina, cirugía, pediatría, obstetricia, ginecolo-

gía, emergencia, máxima urgencia, recuperación, trabajo de partos, recuperación posparto, cirugía ambulatoria, 18 consultorios médicos y de apoyo, 3 quirófanos.

Se inició la elaboración de todos los estudios y diseños a través de la preinversión financiada por FOSEP. El Hospital tendrá un costo aproximado de 14 millones de dólares, con fuente PEIS.

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

Hospital de tercer nivel, el proyecto se desarrollará en 400 m², contará con 30 incubadoras (25 sala general, 4 aislados, 1 quirófano).

Se realizaron todos los diseños y estudios; se está preparando el proceso de licitación. El proyecto será financiado con fondos PEIS con un costo de US\$1,158,282.

2. Primer nivel de atención

Rehabilitación/Reparación/Construcción de establecimientos de salud de primer nivel de atención a financiarse con fondos PEIS

Este proyecto está comprendido en el decreto No. 180 aprobado por la Asamblea Legislativa que se refiere al financiamiento para el Programa de Apoyo a la Política Social contenido en el PEIS para el periodo 2009-2011.

El proyecto comprende la rehabilitación, reparación, ampliación y adquisición de equipo para 105 unidades de salud, distribuidas en las cinco regiones del país. El proyecto requirió elaborar el programa de ejecución que comprende 67 unidades de salud, distribuidas así: 19 en la Región Metropolitana, 10 en la Región Oriental, 8 en la Región Central, 16 en la Región Occidental, 14 en la Región Paracentral. Para obtener la meta propuesta, el plan de trabajo se dividió en tres etapas:

- Elaboración de toda la preinversión; para ello se organizaron grupos multidisciplinarios entre ingenieros, arquitectos y médicos
- Realización del proceso de licitación a través de la UACI institucional con aplicación de LACAP
- Ejecución de la obra

Infraestructura sanitaria dañada por el IDA

La tormenta IDA ocasionó muchas pérdidas en la infraestructura sanitaria. El proyecto comprende rehabilitación, reparación, ampliación y adquisición de equipo para 33 unidades de salud. Para la ejecución de fondos se cumplirían requerimientos previos del Ministerio de Hacienda.

Proyectos concluidos al 31 de Mayo de 2011
Ejecutado en este periodo US\$5, 377,836.71

	Unidad de Salud	Departamento	Fuente de financiam.	Monto Contratado USD
1	Reparación y adecuación Unidad de Salud de Guazapa	San Salvador	PEIS-IDA	293,624.00
2	Reparación y adecuación Unidad de Salud de San Miguelito	San Salvador	PEIS-IDA	191,304.00
3	Reparación y adecuación Unidad de Salud de Villa Mariona	San Salvador	PEIS-IDA	103,184.00
4	Reparación y adecuación Unidad de Salud de San Marcos	San Salvador	PEIS-IDA	201,410.00
5	Reparación y adecuación Unidad de Salud de Aguilares	San Salvador	PEIS-IDA	102,699.00
6	Reparación y adecuación Unidad de Salud de Amatepec	San Salvador	PEIS-IDA	325,000.00
7	Reparación y adecuación Unidad de Salud de Popotlán	San Salvador	PEIS-IDA	247,839.00
8	Reparación y adecuación Unidad de Salud de Nejapa	San Salvador	PEIS-IDA	271,667.00
9	Reparación y adecuación Unidad de Salud de Barrios	San Salvador	PEIS-IDA	216,697.00
10	Ampliación y equipamiento Unidad de Salud de Chintuc, Apopa	San Salvador	PEIS	188,596.00
11	Reparación y ampliación Unidad de Salud Santo Tomás, San Salvador	San Salvador	IDA	78,894.00
12	Reparación y ampliación Unidad de Salud San Luis Talpa, San Salvador	La Paz	IDA	181,596.00
13	Reparación y ampliación Unidad de Salud Panchimalco, San Salvador	San Salvador	IDA	73,020.00
14	Reparación y ampliación Unidad de Salud Concepción, San Salvador	San Salvador	IDA	84,214.21
15	Adquisición de equipo para Unidades de Salud dañadas por IDA 33 establecimientos		IDA	1,443,008.00
16	Construcción Unidad de Salud San Lorenzo	Ahuachapán	PEIS	336,000.00
17	Construcción Unidad de Salud San José El Naranjo	Ahuachapán	PEIS	
18	Ampliación y mejoras Unidad de Salud de Lolotique	San Miguel	PEIS	137,598.80
19	Ampliación y mejoras Unidad de Salud de Comacarán	San Miguel	PEIS	152,949.49
20	Ampliación y mejoras Unidad de Salud de Primavera	San Miguel	PEIS	143,767.01
21	Ampliación y mejoras Unidad de Salud de El Triunfo			
22	Ampliación y equipamiento Unidad de Salud de San Francisco Chinameca	La Paz	PEIS	51,604.00
23	Reparación del Hospital Nacional San Bartolo	San Salvador	IDA	397,140.00

Unidades de Salud en proceso de ejecución
Total en proceso de ejecución: US\$ 7,057,139.81

No.	Unidad de Salud	Departamento	Fuente de financiam.	Monto Contratado USD	Avance físico
1	Ampliación y mejoras de Unidad de Salud de La Palma	Chalatenango	PEIS	176,175.00	78%
2	Ampliación y mejoras de Unidad de Salud de Azacualpa	Santa Ana	PEIS	106,571.00	35%
3	Ampliación y mejoras de Unidad de Salud de Belén Guijat	Santa Ana	PEIS	143,767.01	10%
4	Construcción de Unidad de Salud de San Antonio Pajonal	Santa Ana	PEIS	313,156.00	62%
5	Ampliación y equipamiento de Unidad de Salud de Las Chinamas	Santa Ana	PEIS	240,000.00	13%
6	Ampliación y equipamiento de Unidad de Salud de El Palmar	Santa Ana	PEIS	240,000.00	19%
7	Ampliación de Unidad de Salud de Tonacatepeque	San Salvador	PEIS	227,741.00	64%
8	Reparación, adecuación Unidad de Salud de Montserrat	San Salvador	PEIS	184,703.00	64%
9	Reparación, adecuación, Unidad de Salud de Rosario de Mora	San Salvador	PEIS	223,166.00	81%
10	Construcción de Unidad de Salud San Antonio Abad	San Salvador	PEIS	278,000.00	62%
11	Construcción de Unidad de Salud de Verapaz	San Vicente	IDA	485,000.00	26%
12	Reconstrucción, ampliación, equipamiento de Unidad de Salud de El Congo	Santa Ana	PEIS	201,255.45	1%
13	Reconstrucción, ampliación, equipamiento de Unidad de Salud de San Ramón	San Salvador	PEIS	141,920.35	1%
14	Construcción de muros de contención del ISRI	San Salvador	IDA	1,461,984	99%



Unidad Comunitaria de Salud Familiar, San Miguelito, Región Metropolitana de Salud
 Fuente: Unidad de Comunicaciones, MINSAL

Unidades de Salud en proceso de licitación
Total en proceso de licitación: US\$7,280,982.00

	Unidad de Salud	Departamento	Fuente de financiam.	Monto Contra-tado USD	Estado actual a mayo 2011
1	Ampliación equipamiento, mejoras y/o remodelación Sta. Lucia Ilopango	San Salvador	PEIS-IDA	269,786.00	A contratarse próximamente
2	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación Cuyultitan	La Paz	PEIS	215,000.00	A contratarse próximamente
3	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación La Parada, Candelaria de la Frontera	Santa Ana	PEIS	225,500.00	En evaluación de ofertas
4	Ampliación y equipamiento mejoras y remodelación San Juan las Minas	Santa Ana	PEIS	205,500.00	En evaluación de ofertas
5	Ampliación y equipamiento mejoras y remodelación San Miguelito	Santa Ana	PEIS	250,000.00	En evaluación de ofertas
6	Construcción y equipamiento mejoras y remodelación San Matías	La Libertad	PEIS	685,000.00	En evaluación de ofertas
7	Construcción, ampliación y equipamiento mejoras y remodelación San José Guayabal	Cuscatlán	PEIS	225,000.00	A contratarse próximamente
8	Construcción y equipamiento de San Sebastián Salitrillo	Santa Ana	PEIS	215,500.00	En evaluación de ofertas
9	Construcción y Equipamiento de El Dorado	Chalatenango	PEIS	205,500.00	En preparación de bases para firma
10	Ampliación, equip. mejoras y/o remodel. de Las Placitas	La Unión	PEIS	165,481.00	En preparación de bases para firma
11	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de San Rafael	Santa Ana	PEIS	254,277.00	En preparación de bases para firma
12	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de Ciudad Delgado	San Salvador	PEIS	205,500.00	Adecuación de bases
13	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de El Faro	La Unión	PEIS	295,620.00	En preparación de bases para firma
14	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de California	Usulután	PEIS	165,000.00	Adecuación de bases
15	Construcción y equipamiento de Uluzapa	San Miguel	PEIS	350,000.00	En preparación de bases para firma
16	Ampliación y equipamiento de Oratorio Concepción	Cuscatlán	PEIS	137,583.00	Adecuación de bases
17	Ampliación y equipamiento, mejoras y/o remodelación de la La Playa	La Unión	PEIS	184,700.00	En preparación de bases para firma
18	Ampliación, equipamiento, y/o remodelación de Sensuntepeque	Cabañas	PEIS	111,200.00	En evaluación de ofertas
19	Ampliación y equipamiento de Tepetitán	San Vicente	PEIS	90,000.00	En evaluación de ofertas
20	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de San Pablo Tacachico	La Libertad	PEIS	108,835.00	En preparación de bases para firma
21	Ampliación, equipamiento mejoras y/o remodelación a El Cuco Chirilagua	San Miguel	PEIS	90,000.00	En preparación de bases para firma
22	Ampliación, equipamiento mejoras y/o remodelación a San Fco del Monte, Ilobasco	Cabañas	PEIS	110,000.00	Adecuación de bases

	Unidad de Salud	Departamento	Fuente de financiamiento	Monto Contra-tado USD	Estado actual a mayo 2011
23	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de San Rafael Obrajuelo	Cuscatlán	PEIS	113,500.00	En preparación de bases para firma
24	Ampliación, equipamiento, mejoras y/o remodelación de Zacamil	San Salvador	PEIS-IDA	155,500.00	En preparación de bases para firma
25	Construcción y equipamiento de San Martín	San Salvador	PEIS-IDA	685,000.00	En preparación de bases para firma
26	Construcción y equipamiento de La Libertad	La Libertad	PEIS-IDA	1,200,000.00	En contratación próximamente
27	Construcción y equipamiento de El Molino	Usulután	PEIS-IDA	362,000.00	En contratación próximamente

Unidades de Salud en proceso de preinversión (elaboración de expedientes técnicos)

Total en proceso de preinversión: US\$4,880,285.71

	Nombre de Unidad	Monto	Estado	Monto
1	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud de Distrito Italia, Tonacatepeque	San Salvador	PEIS-IDA	239,785.71
2	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud de Soyapango	San Salvador	PEIS-IDA	340,500.00
3	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud de Santa Bárbara	Santa Ana	PEIS	250,500.00
4	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud Llano los Patos	La Unión	PEIS	222,000.00
5	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud San Antonio Silva	San Miguel	PEIS	135,000.00
6	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud Santa Lucía	Santa Ana	PEIS	250,500.00
7	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud Mercedes la Ceiba	La Paz	PEIS	140,000.00
8	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud San Juan Talpa	La Paz	PEIS	140,000.00
9	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud Carolina, Jutiapa	Cabañas	PEIS	167,000.00
10	Construcción y equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud Bobadilla, San Alejo	La Unión	PEIS	435,000.00
11	Construcción y equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud San Carlos Borromeo	La Unión	PEIS	435,000.00
12	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud El Piche, El Carmen	La Unión	PEIS	135,000.00
13	Construcción y equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud San Rafael	San Miguel	PEIS	435,000.00
14	Construcción y equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud San Buenaventura	San Miguel	PEIS	435,000.00
15	Ampliación, equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud, La Cruz	Usulután	PEIS	135,000.00
16	Construcción y equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud Tamanique	La Libertad	PEIS	435,000.00
17	Construcción y equipamiento, mejoras y remodelación de la Unidad de Salud Ciudad Arce	La Libertad	PEIS	550,000.00

Capítulo 5

Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)

Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) están constituidas por instituciones prestadoras de servicios del MINSAL y organizaciones del sector público de salud, que se incorporarán gradualmente. La red se caracteriza por la accesibilidad y capacidad instalada, proporcionando servicios de salud integrales e integrados que se ofertan a la población; además, garantiza el continuo de la atención a lo largo del ciclo de vida de las personas y las familias del territorio de responsabilidad, rinde cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, y trabajan articuladamente para incidir en los determinantes de la salud con participación ciudadana e intersectorial.

El enfoque de la RIISS fortalece el rol del primer nivel de atención para que este se convierta en la puerta de entrada al sistema público de salud y se articule con el segundo y tercer nivel a través de un sistema de referencia y retorno oportuno y eficaz. El trabajo en red permite el conocimiento, investigación y resolución de los problemas de salud por medio de la implementación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Organización de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

La organización de las RIISS queda de la siguiente forma:

Micro-Red Municipal

Está conformada, dentro del área de un municipio, por las unidades comunitarias de salud familiar básicas, intermedias y especializadas, casas de espera materna, centros rurales de nutrición y salud, casas de salud (si las hubiere), así como las sedes de los promotores de salud cuando, por razones de distancia, tienen su propio local.

Micro-Red Intermunicipal

Está conformada por varias micro-redes municipales que se articulan entre sí y con los hospitales generales básicos (si los hubiere) a través de un Consejo de Gestión de la Red.

Red Departamental

Está conformada por las micro-redes intermunicipales y los hospitales generales departamentales comprendidos en el área geográfica del departamento y articulados por un Consejo de Gestión Departamental de la Red. Debe aclararse que en situaciones especiales algunas redes municipales se articulan con la red departamental de un departamento diferente al que pertenece el municipio, debido a la mayor accesibilidad geográfica de la población a los servicios de salud que están situados en un departamento vecino.

Red Regional

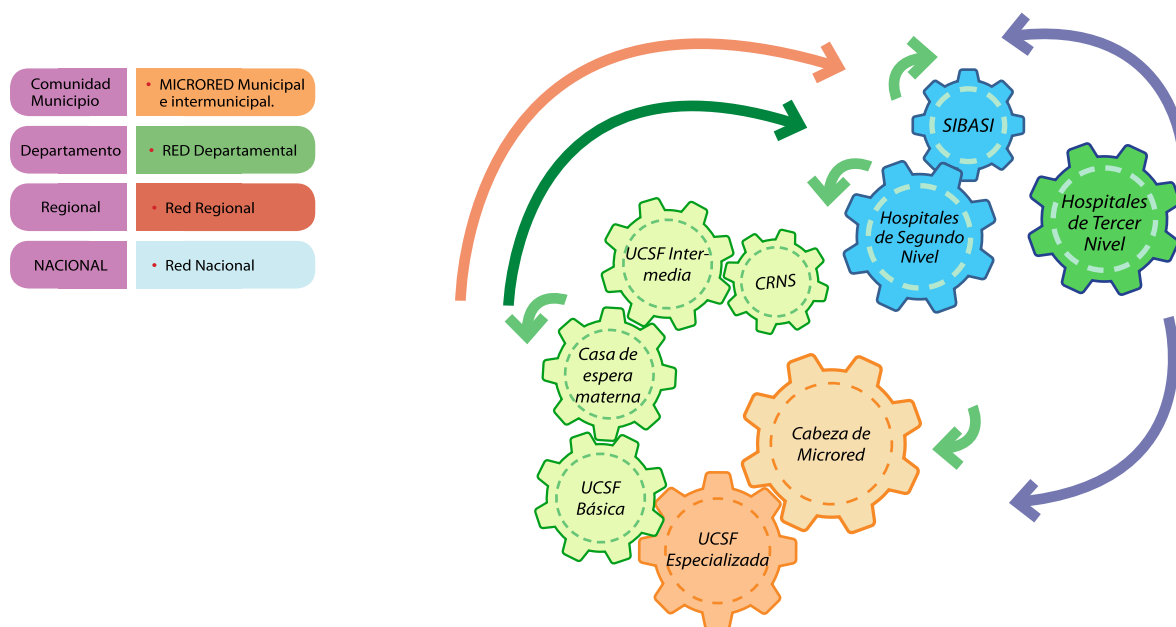
Está conformada por las redes departamentales de su área de responsabilidad y los hospitales de tercer nivel nacional y regional, según el caso.

Red Nacional

Está conformada por las Redes Regionales y los Hospitales de tercer nivel, articulados por un Consejo de Gestión de la Red Nacional.

A la fecha se han estructurado 68 micro-redes (4 La Libertad, 6 Chalatenango, 5 Santa Ana, 4 Ahuachapán, 5 Sonsonate, 3 San Miguel, 5 Morazán, 4 La Unión, 5 Usulután, 4 Cuscatlán, 2 Cabañas, 4 La Paz, 3 San Vicente y 14 San Salvador), 13 redes departamentales y 3 redes en el departamento de San Salvador, 5 redes regionales y una red nacional (ver mapas al final de este capítulo).

Funcionamiento del RIIS

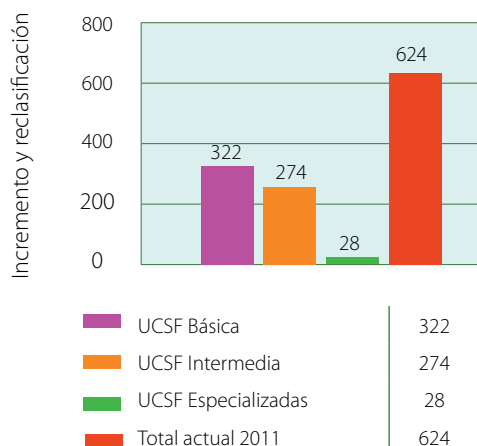


Primer Nivel de Atención

El primer nivel de atención está constituido por las unidades comunitarias de salud familiar en donde se prestan servicios de salud integrales de diferente complejidad y resolutivez; para ello se cuenta con:

- Unidades comunitarias de salud familiar básicas
- Unidades comunitarias de salud familiar intermedias
- Unidades comunitarias de salud familiar especializadas

Reorganización de los Servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención, según Capacidad Resolutiva. MINSAL, 2011



Actualmente, el primer nivel de atención del MINSAL cuenta con una capacidad instalada –según la nueva clasificación– de 624 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF: Básica, Intermedia y Especializada), con un incremento de 247 UCSF con relación al año 2010 (año en que había 377 unidades). De las 247 UCSF, 58 son casas de la salud reclasificadas y 189 sedes comunitarias donde se han instalado los ECOS Familiares con participación intersectorial y comunitaria; estas últimas son infraestructura proporcionada por las comunidades para que funcionen los ECOS Familiares de manera temporal, hasta que se concluya la construcción de las unidades comunitarias de salud familiar de acuerdo a lo programado. Asimismo, se cuenta con 11 casas de espera materna, 101 casas de salud y 47 centros rurales de nutrición. Los ECOS Familiares constituyen el componente principal de las RIIS para la implementación del nuevo modelo de atención.

Los ECOS Familiares en el área rural y urbana se conforman de la siguiente manera:

Los ECOS Familiares están integrados, por médico(a), personal de enfermería, promotores(as) de salud y colaboradores de servicios varios, con responsabilidad nominal de una población promedio de 600 familias para el área rural y 1800 familias para el área urbana.

Los ECOS Especializados están conformados por médicos especialistas en pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna o medicina familiar. Además, cuentan con personal de enfermería, nutrición, psicología, fisioterapia, laboratorio clínico, educación en salud y auxiliares de estadística. Con una población promedio de referencia de 6,000 familias para el área rural y 8,000 familias para el área urbana. Estos cuentan con capacidad diagnóstica y terapéutica especializada: laboratorio clínico, ultrasonografía, electrocardiograma y equipo de fisioterapia. Los ECOS Especializados tienen servicios de extensión horaria los fines de semana y días festivos y, dependiendo de la demanda, tienen servicios de 24 horas con apoyo de FOSALUD.

Por cada 1800 familias es asignado un odontólogo y los recursos humanos administrativos; de igual manera se dota con un inspector de saneamiento ambiental por cada 1800 familias y según número de establecimientos industriales y agroindustriales asignados. El modelo incorpora la participación social y el trabajo intersectorial, fomenta la corresponsabilidad y la contraloría social. Se viabiliza mediante la conformación y funcionamiento de los Comités Locales de Salud, los que participan en la realización de asambleas comunitarias, diagnóstico comunitario participativo, mesas de diálogo e intersectoriales.

Principales avances

La Reforma de Salud se inició el 1 de julio de 2010 en 80 municipios con 196 ECOS Familiares y 14 ECOS Especializados. Con este esfuerzo se acerca la prestación de servicios de salud a la población, logrando aumentar la cobertura al 100% de la población de responsabilidad del MINSAL en los municipios intervenidos.

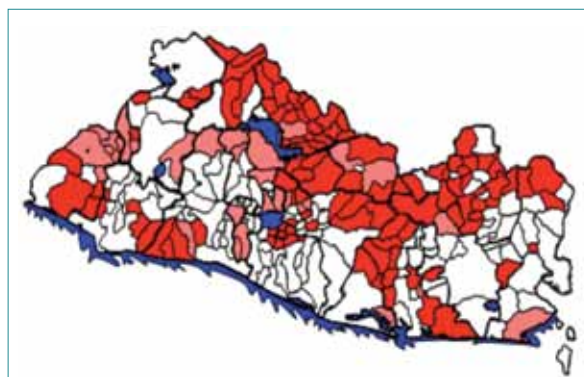
Los principales avances son los siguientes:

1. Instalación y funcionamiento de 380 ECOS Familiares y 28 ECOS Especializados (de estos últimos, uno en Ciudad Mujer y otro en el Bajo Lempa con la Subespecialidad de Salud Renal), ascendiendo a un total de 408 equipos en 141 municipios. De estos municipios, 112 tienen cobertura para toda la población y 29 municipios tienen cobertura parcial. Esto excede la meta que nos habíamos propuesto de intervenir 102 municipios durante el segundo año de gestión, como producto de la reorientación de los recursos existentes del MINSAL al nuevo modelo.
2. Con el nuevo modelo de atención integral se está beneficiando a una población de 1,234,081 personas (281,527 familias).

Instalación de ECOS Familiares y Especializados, municipios y población beneficiada, MINSAL, 2010-2011

Años	ECOS		Municipios	Población beneficiada	Inversión millones US\$
	Familiares	Especializados			
Jul-Dic de 2010	196	14	63 Cobertura total 17 Coberturas parciales	591,479	15.0
Ene-May de 2011	184	14	51 Cobertura total 10 Coberturas parciales	642,602	51.8
Acumulado	380	28	141 Municipios	1,234,081	66.8

Mapa de municipios con implementación de ECOS Familiares, 2011



- 112 Municipios de cobertura poblacional completa del Nvo. Modelo 2010-2011 (100 CSR. 2. CSU, 12 Alta Prevalencia en Desnutrición)
- 29 Municipios con cobertura poblacional parcial (Alta Prevalencia en Desnutrición)



Desplazamiento de un Equipo Comunitario de Salud Familiar para atender población bajo su responsabilidad

Fotografía: Primer Nivel de Atención, MINSAL

3. Acercamiento de los servicios de salud a la población más desprotegida incluyendo atención especializada, logrando un incremento de la cobertura en atenciones a los niños y niñas, embarazadas, púerperas, parto institucional y adultos, así como un aumento de las atenciones en promoción y educación en salud, además de la detección temprana de morbilidad aguda y crónica. Como resultado de las intervenciones realizadas por el personal de salud del primer nivel de atención (incluyendo las atenciones realizadas con el nuevo modelo y las realizadas en donde el modelo está en transición), se cuenta con un total de 16,079,128 atenciones preventivas y curativas; 2,749,860 vacunas aplicadas, 3,884,050 procedimientos. Asimismo, se realizaron 1,890,854 actividades de promoción y educación en salud.4. Fortalecimiento de la organización comunitaria, participación social e intersectorialidad, contribuyendo a la toma de decisiones en las comunidades e influyendo en los determinantes de la salud en el plano local. Conformación de 456 Comités Locales de Salud que se encuentran funcionando, se han realizado 496 asambleas comunitarias para la instalación de los ECOS Familiares y Especializados. Además, el MINSAL participa en 136 Consejos Intersectoriales Municipales y en 14 Gabinetes de Gestión Departamentales.
5. Al presente se han contratado 2,266 nuevos recursos humanos con fondos GOES lo cual incluye la absorción de 1,322 recursos humanos que se encontraban en contratos por servicios profesionales en el 2010, lo que ha significado un incremento de la fuerza laboral en salud en un 23.51%, disminuyendo la brecha de recursos humanos en el primer nivel de atención. Los gráficos que se presentan a continuación muestran la distribución de recursos por disciplinas y especialidad.

Es importante mencionar que con el esfuerzo de acercar los servicios de salud especializados en el primer nivel de atención se contrataron 86 médicos especialistas y profesionales de nutrición, fisioterapia y educadores en salud que no existían en las unidades de salud.

6. Otro logro importante fue mejorar las competencias de los recursos humanos. Se capacitaron a 43 formadores en la política de salud y metodología de la enseñanza, quienes posteriormente capacitaron a los 2,266 recursos integrantes de los 380 ECOS Familiares y 28 ECOS Especializados. Asimismo, se capacitaron en calidad de los servicios de salud, atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia, habilidades obstétricas, promoción de la salud, APS, discapacidad y rehabilitación, entre otros.
7. Se cuenta con 160,787 familias adscritas a los ECOS Familiares a través del llenado de la ficha familiar, quienes fueron clasificadas según riesgo familiar y comunitario.
8. Dotación de 90 vehículos todo terreno para la movilidad de los ECOS Familiares y Especializados y 28 motocicletas.
9. Acercamiento del personal de salud a la población, logrando empatía y confianza entre los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y la comunidad.
10. Elaboración de los lineamientos para el funcionamiento de los ECOS Familiares y Especializados, y el Manual de Organización y Funcionamiento de la RIISS.
11. Diseño del curso del promotor de salud en el marco de la Reforma de Salud, con enfoque integral.



Visita domiciliar de un ECOS Especializado en la Región Oriental de Salud

Fotografía: Primer Nivel de Atención, MINSAL

- Definición del conjunto de prestaciones de salud en el primer nivel de atención, lo que conllevó asimismo la modificación del cuadro básico de medicamentos (modificación pendiente de oficialización).
- Asignación presupuestaria adicional por 28 millones de dólares (18.9 millones aporte Fondos GOES y 9.1 millones de fondos PEIS), al presupuesto ordinario para el primer nivel de atención.
- Implementación del Proyecto Piloto de Presupuesto por Resultados.

Proyecciones 2011-2012:

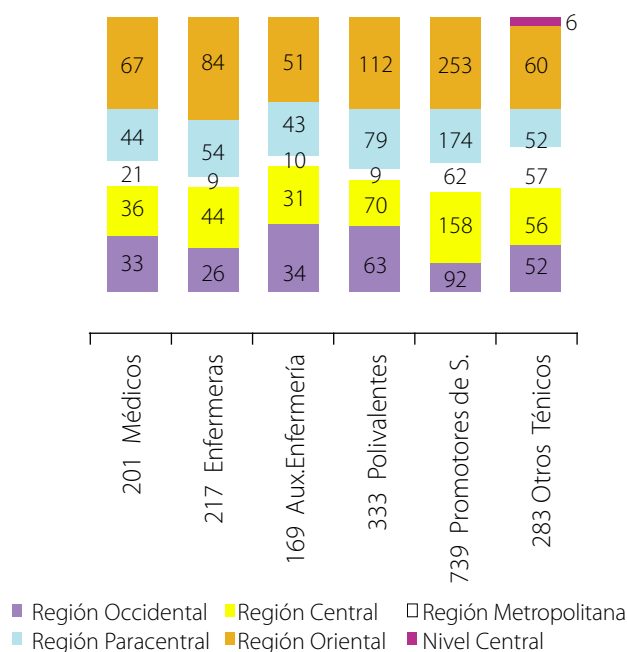
- Para el 2012 se tiene proyectado consolidar la implementación del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario en 112 municipios, completar la intervención en 29 municipios atendidos de forma parcial e iniciar el modelo en 31 nuevos municipios.
- Trabajar en adaptar la normativa vigente al nuevo modelo de atención en salud.
- Funcionamiento efectivo en red y aplicación de la nueva normativa de referencia y retorno.
- Mejorar las competencias técnicas del personal de salud, actualización y formación del recurso humano.

Diferencia entre el modelo de atención que impulsa la Reforma y experiencias anteriores en el primer nivel de atención

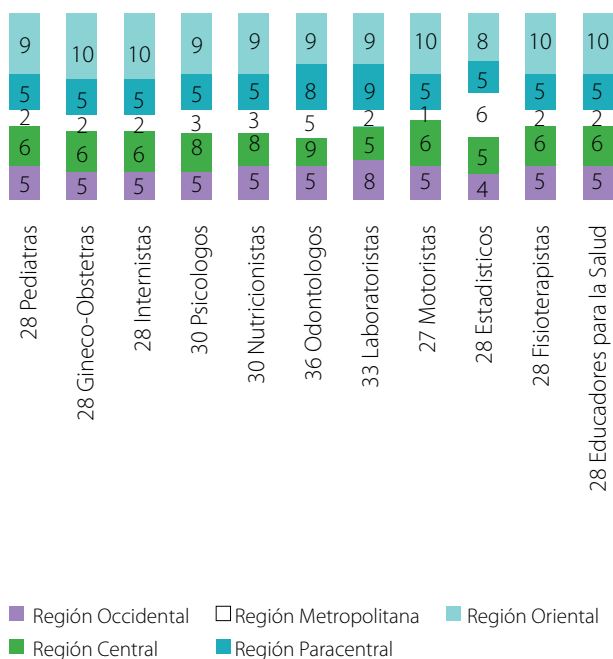
La Ley de creación del Sistema Nacional de Salud aprobada en el 2007 contempla en su artículo 14 la atención en salud por parte de equipos en salud familiar con personal multidisciplinario. Esto nunca fue definido con especificidad ni implementado. Los programas de Extensión de Cobertura financiados con préstamos del Banco Mundial no tenían estos equipos, sino que contrataban ONGs y/o conformaban unidades móviles con las características que se comparan a continuación.

Los Equipos de Extensión de Cobertura estaban orientados a acercar un Paquete Básico de Servicios de Salud y Nutrición a las familias más pobres, con enfoque de atenciones materno-infantil, mediante Equipos Móviles de Salud, conformados por 1 Médico, 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería; apoyados por Promotor de Salud en la comunidad. Estos equipos realizaban acercamientos comunitarios a través de brigadas médicas curativas y preventivas por demanda. El Equipo daba cobertura a una población de 10,000 personas y el promotor de salud tenía una responsabilidad de 1000 personas, desarrollando una visita al mes a cada cantón, a través de brigadas

Recursos Humanos contratados por Región de Salud ECOS Familiares. MINSAL, 2011



Recursos Humanos contratados por Región de Salud ECOS Especializados, MINSAL, 2011



médicas preventivo/curativo por demanda. Esta atención se desarrollaba con la contratación de servicios a fundaciones y ONG's; por un costo promedio por persona por año de \$ 17 dólares. En este caso había una duplicación de esfuerzos porque esta misma población consultaba a las Unidades de Salud en vista de que el equipo no estaba permanentemente en la comunidad.

Como se vio, el modelo de atención basado en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados tiene diferencias estructurales con respecto al antedicho.

Hospitales de segundo y tercer nivel en las RIIS

Inversión física y equipamiento

En el capítulo de Desarrollo de la Infraestructura Sanitaria, se han consignado los avances realizados en inversión física durante este año.

Se realizó durante el período una inversión millonaria en equipo médico de alta complejidad destinado a los hospitales del país, indispensable para resolver problemas complejos que habían sido relegados. Por primera vez en la historia, el Hospital Nacional Rosales cuenta con un equipo de resonancia magnética nuclear. Además se instaló en este hospital un nuevo equipo de tomografía axial computarizada. El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom también se vio favorecido con un moderno equipo de tomografía y un equipo de fluoroscopia digital. De la misma manera, se dotaron a 14 hospitales con equipos de radiología convencionales y móviles. Además, se adquirió equipo de refrigeración para laboratorios, máquinas de anestesia, monitores de signos vitales, aires acondicionados para quirófanos y aparatos de ultrasonografía. El valor de este equipo ascendió a \$13,145,967 y fue posible gracias a recursos propios como al apoyo de la cooperación internacional. En el período se inauguró el moderno laboratorio de inmuno-histoquímica del Hospital Nacional Rosales para poder establecer diagnósticos más específicos.

En el Hospital Nacional Rosales están creadas las condiciones de infraestructura, personal y equipamiento para aumentar de 8 a 21 las camas en la Unidad de Cuidados Intensivos, además de haber dotado a la Unidad de Emergencia de un área de respuesta rápida con 20 camas para fortalecer dicha área. Se proveyó también de 10 nuevas camas al Hospital de Ilobasco.

Dotación y desarrollo de recursos humanos

Históricamente, la red de servicios de salud ha registrado grandes deficiencias en cuanto a la dotación de personal de salud en todos los niveles del sistema y en todas las categorías profesionales.

En este momento es evidente que, si se busca lograr un aumento significativo de la cobertura y calidad de la atención a la salud, se debe fortalecer a la red hospitalaria con recursos humanos. En este marco, durante el primer año, se realizó un diagnóstico de necesidades para el quinquenio, en donde se identificó la brecha de plazas en las diferentes disciplinas.

Entre enero y mayo de 2011 se realizaron avances importantes tanto en la estabilidad laboral de los trabajadores, como en la expansión de planta de técnicos y profesionales en los hospitales. Sumando nuevas plazas otorgadas por el Ministerio de Hacienda, regularización de plazas que pasaron de contratación por servicios profesionales a contrato GOES, así como las plazas financiadas con fondos de la Asamblea Legislativa y gestionados por las Mujeres Parlamentarias, el total suma 1218 plazas. De ellas, si se restan las plazas gestionadas por las Mujeres Parlamentarias, se suman 1144 plazas. De estas últimas, 1005 son nuevas plazas creadas por el Ministerio de Hacienda y 139 son plazas en las que el Ministerio de Hacienda autorizó el pase de condiciones precarias de contratación hacia contratos estables. Con estas plazas se fortalecieron 11 hospitales.

Aspectos relacionados con el desarrollo del personal se consignan en el Capítulo sobre Desarrollo de Recursos Humanos.

Avances en el desarrollo institucional y resolutivez de la red de hospitales públicos

Un proceso de auto-evaluación de los hospitales en materia de recursos humanos, equipo, proceso de enseñanza, infraestructura, procesos de atención y otros aspectos fue desarrollado por parte de los profesionales de los 30 hospitales de la red. Esto se realizó con el propósito de definir los criterios de categorización en tres niveles: básicos, departamentales, regionales especializados y nacionales de tercer nivel. Esta categorización se articula con las RIIS en un mismo sistema.

Así como se realizó en el primer nivel de atención, se ha definido el conjunto de prestaciones de salud que proporcionan los hospitales de acuerdo a su categoría, lo que ha conllevado a una reestructuración del cuadro básico de medicamentos para cada institución (esta reestructuración está pendiente de ser oficializada).

En este mismo esfuerzo de crear un sistema hospitalario homogéneo y coherente en el marco de las RIIS, se ha tomado en cuenta a los expertos de la mayoría de hospitales en siete especialidades para elaborar los protocolos clínicos nacionales de atención en pediatría, cirugía pediátrica, psiquiatría, medicina interna, cirugía general,

Participación comunitaria

Fotografía: Efraín Vigil Navarrete

Concurso Maternidad Segura, OPS/OMS-El Salvador

ortopedia y gineco-obstetricia, los cuales servirán para estandarizar la atención en toda la red nacional hospitalaria. Se ha incorporado al primer nivel de atención en el diseño de estos protocolos.

En administraciones anteriores once centros de salud se constituyeron como hospitales de segundo nivel sin el adecuado equipamiento, infraestructura y sin dotarlos del recurso humano necesario. De los 11 hospitales que fueron ascendidos de centros de salud a hospitales en la década pasada, alrededor del 60% de la consulta corresponde al primer nivel de atención. Durante este año se elaboró y comenzó la implementación de un plan de separación de las atenciones del primer nivel con respecto a la atención hospitalaria. Hasta ahora, durante este segundo año de gestión, se separó el primer nivel de atención de los hospitales de San Bartolo y Usulután, estando en proceso otros cuatro hospitales para este próximo año.

Con el objetivo de fortalecer las RISS se ha aumentado la cobertura de atención especializada a las 24 horas del día en 14 hospitales en la especialidad de ginecología, 6 hospitales en la especialidad de pediatría y en el Hospital de Santa Ana en la especialidad de neonatología.

En el marco de la estrategia de desconcentración de cirugías de bajo riesgo y consulta externa de los hospitales de tercer nivel, ya se cuenta con el plan elaborado a implementarse en el Área Metropolitana de San Salvador y Cojutepeque. Además, se ha iniciado el diseño participativo del mismo plan para Occidente y Oriente. En el Área Metropolitana se ha iniciado la desconcentración de la cirugía pediátrica del Hospital Bloom, incluyéndose a seis hospitales que han generado una red para las patologías quirúrgicas de baja complejidad.

Se han reducido los tiempos de espera en cirugía general y consulta externa de especialidades de primera vez al estándar de dos meses en la mayoría de hospitales, fal-

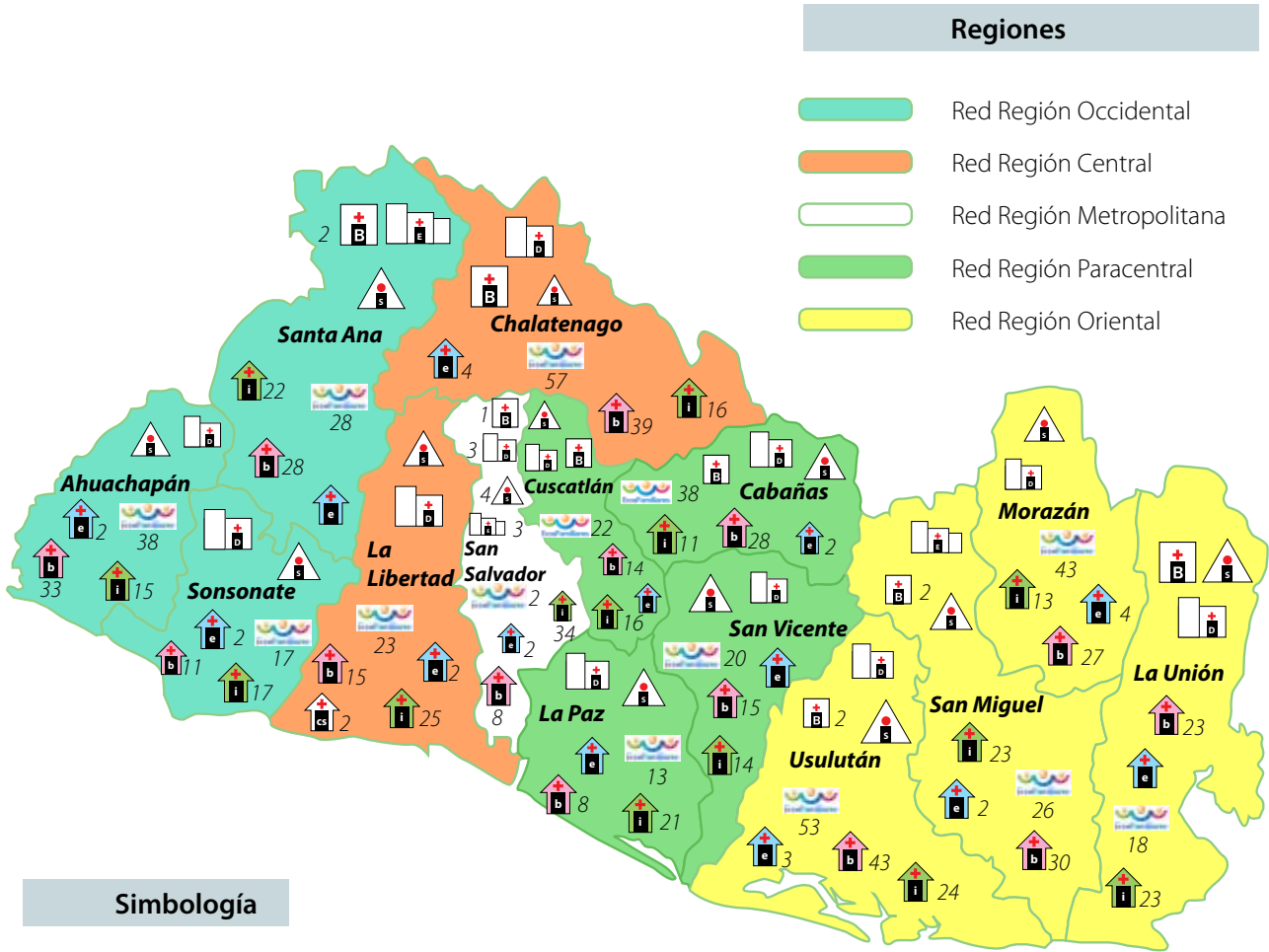


tando todavía acortar los tiempos en sub-especialidades críticas como urología, endocrinología, neurología y ortopedia. Se han realizado jornadas quirúrgicas en las especialidades de oftalmología, ortopedia y cardiología con el apoyo de países amigos con el propósito de aumentar la resolutivez de los hospitales y reducir los tiempos de espera para las cirugías electivas.

Proyecciones 2011-2012

1. Continuar fortaleciendo los hospitales con especialistas para la atención de turnos vespertinos y nocturnidades, según disponibilidad presupuestaria
2. Dotación y renovación de equipo obsoleto en algunos hospitales, según disponibilidad presupuestaria
3. Reforzar las acciones hospitalarias para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal
4. Apoyar un incremento del número de camas con el equipamiento y los recursos humanos necesarios para mejorar la capacidad resolutivez del Hospital Nacional Rosales, según disponibilidad presupuestaria

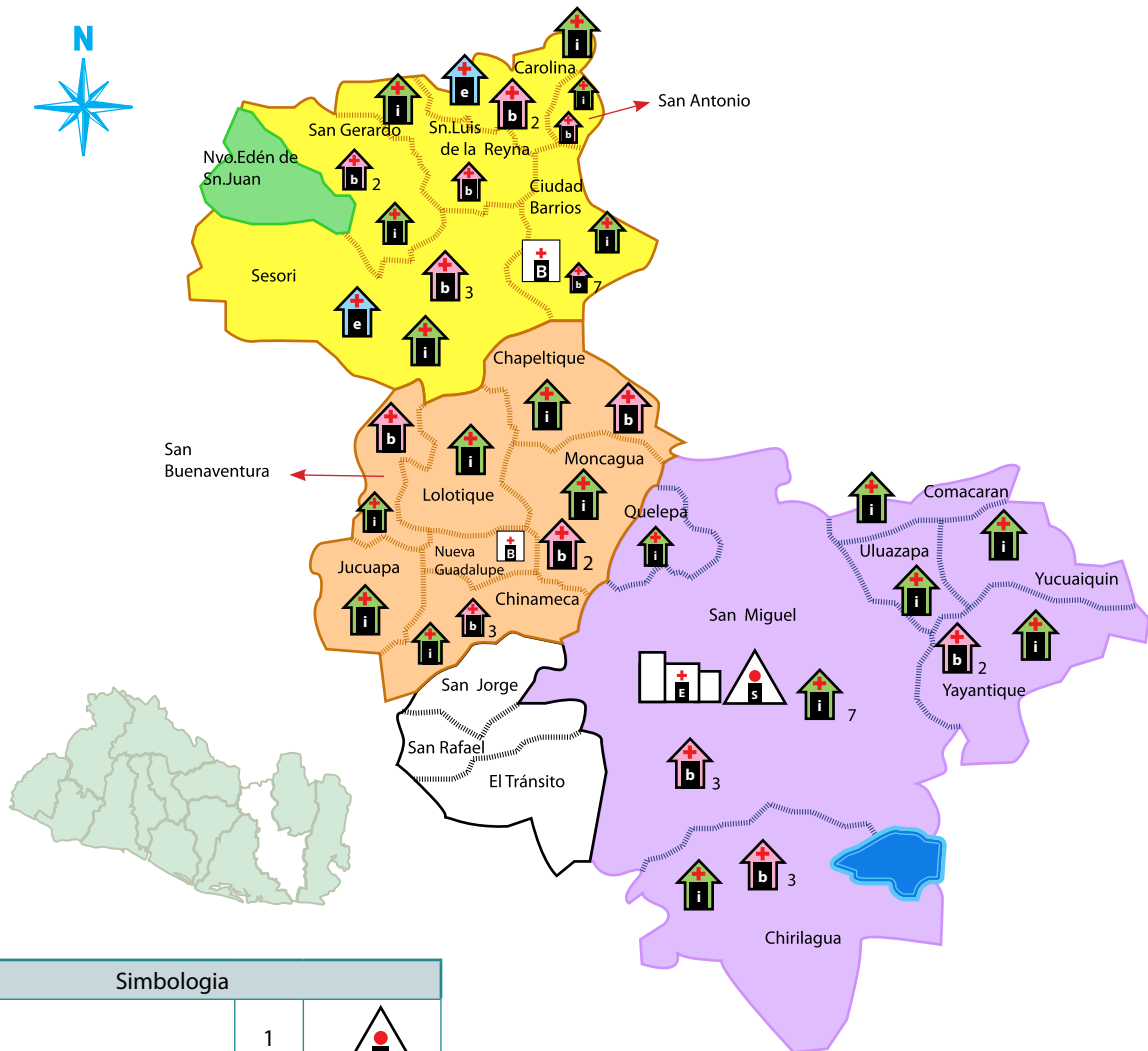
RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS) NACIONAL



Capacidad instalada

380	ECOS Familiares
28	ECOS Especializados
30	Hospitales
141	Municipios Intervenido

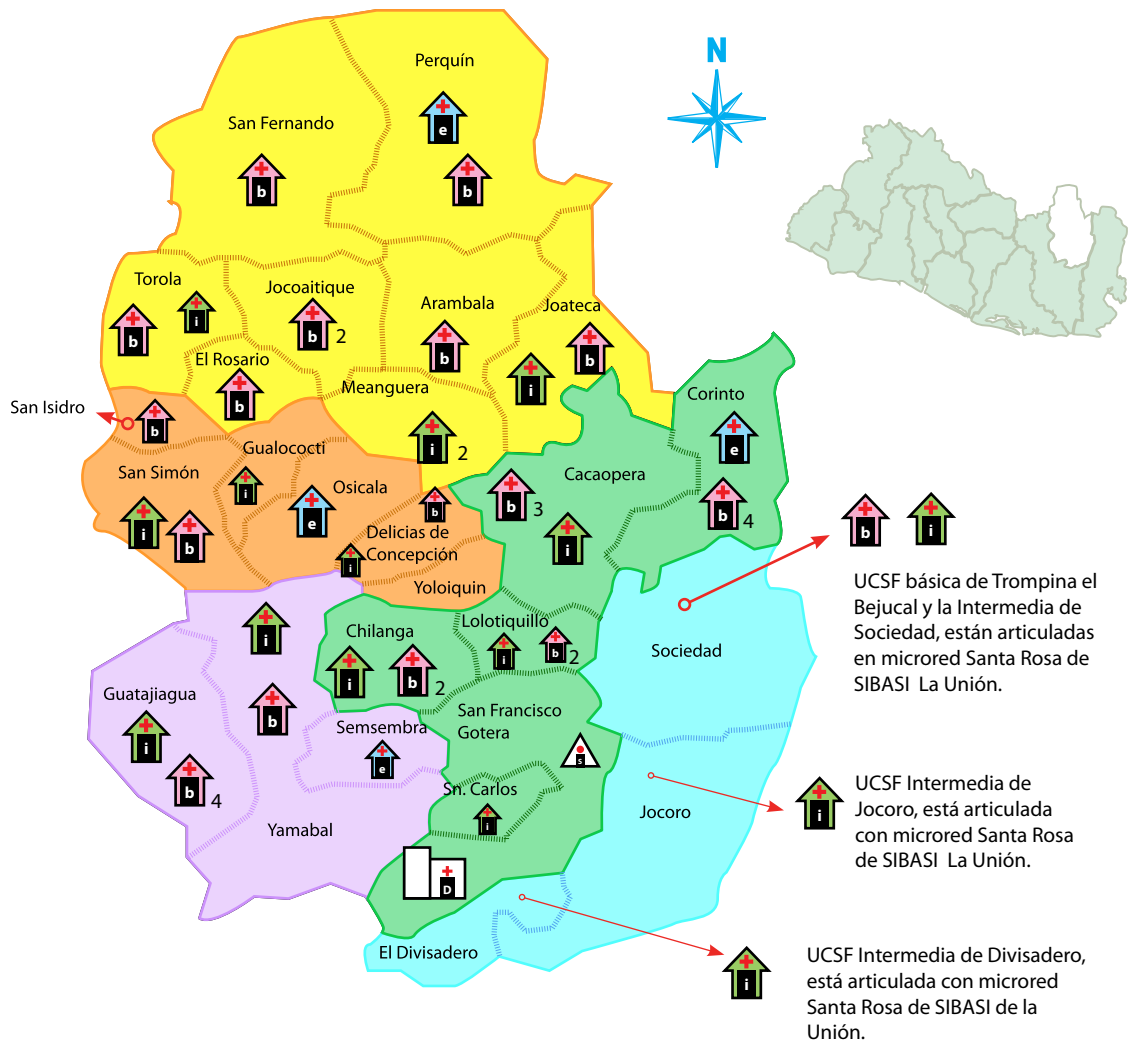
RED DEPARTAMENTAL SAN MIGUEL



Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL REGIONAL	1	
HOSPITAL BASICO	2	
UCSF ESPECIALIZADAS	2	
UCSF INTERMEDIAS	23	
UCSF BASICAS	30	
ECOS Familiares	24	
ECOS Especializados	2	

- Micro red Ciudad Barrios
- Micro red Chinameca
- Micro red San Miguel atienden Yucuaiquin y Yayantique del Departamento de La Unión
- Municipio Nuevo Edén de San Juan atendido por SIBASI Cabañas
- Municipios de San Jorge, San Rafael y El Tránsito son atendidos por SIBASI Usulután

RED DEPARTAMENTAL MORAZÁN



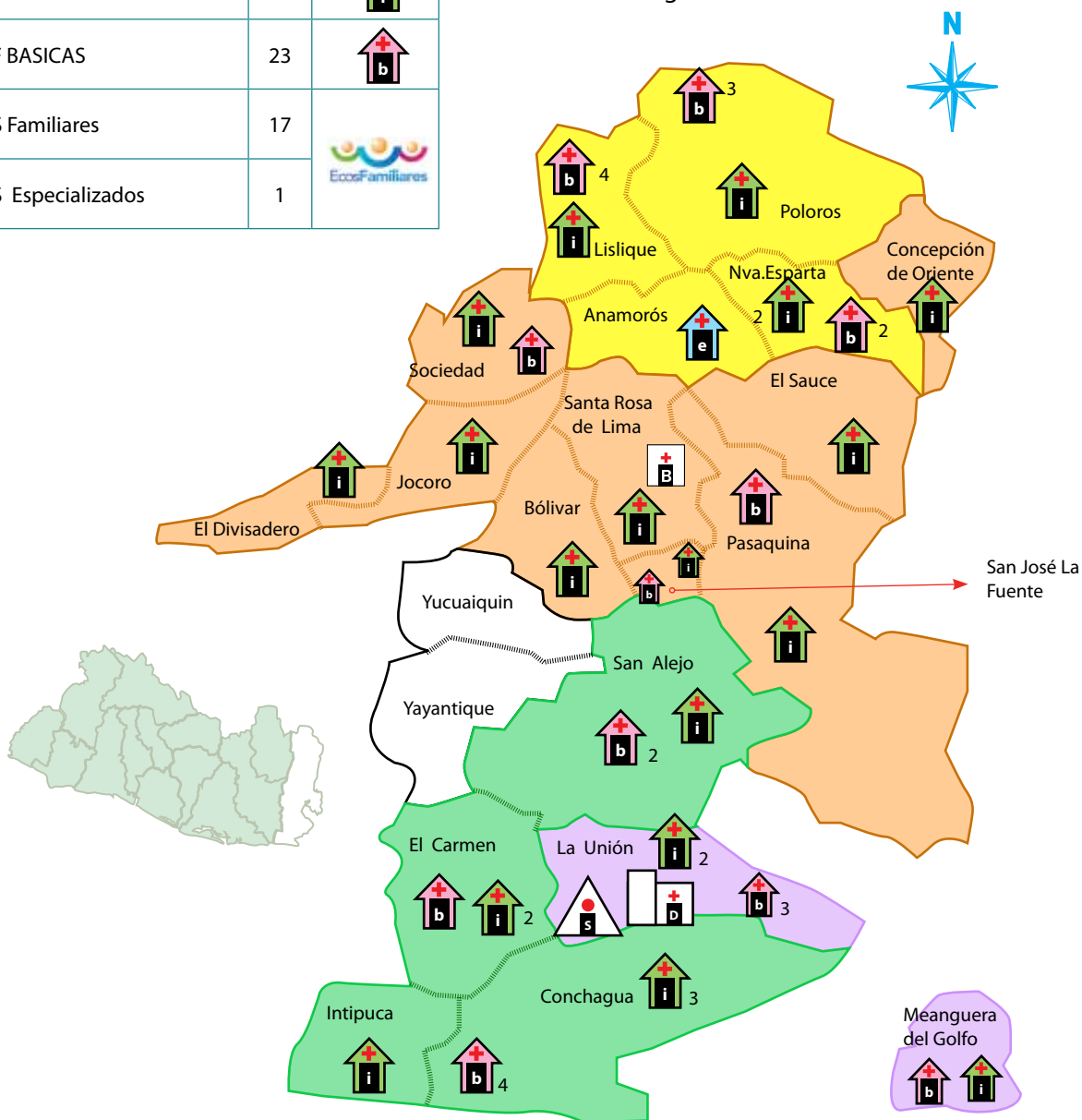
Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	4	
UCSF INTERMEDIAS	13	
UCSF BASICAS	27	
ECOS Familiares	39	
ECOS Especializados	4	

- Micro red Perquin
- Micro red Osicala
- Micro red San Francisco Gotera
- Micro red Sensembra
- Micro red Jocoro, integrada a Hospital de Santa Rosa de Lima de la Unión

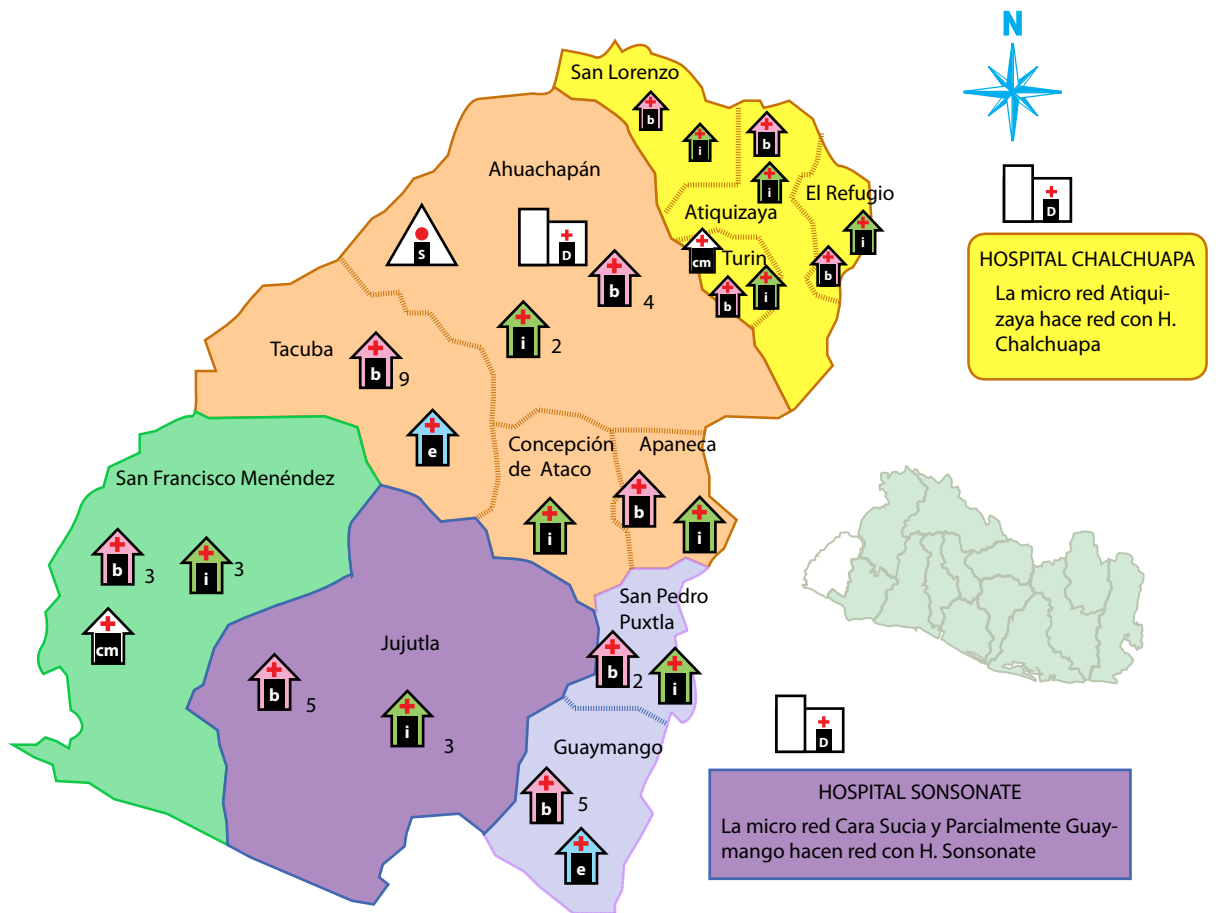
RED DEPARTAMENTAL LA UNIÓN

Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
HOSPITAL BASICO	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	1	
UCSF INTERMEDIAS	23	
UCSF BASICAS	23	
ECOS Familiares	17	
ECOS Especializados	1	

- Micro red Anamorós
- Micro red Santa Rosa se integran los Municipios de Jocoro, Sociedad, y Divisadero de Morazán.
- Micro red Llano de Los Patos, Conchagua
- Micro red La Unión San Carlos Borromeo
- Municipios atendidos en microred de San Miguel



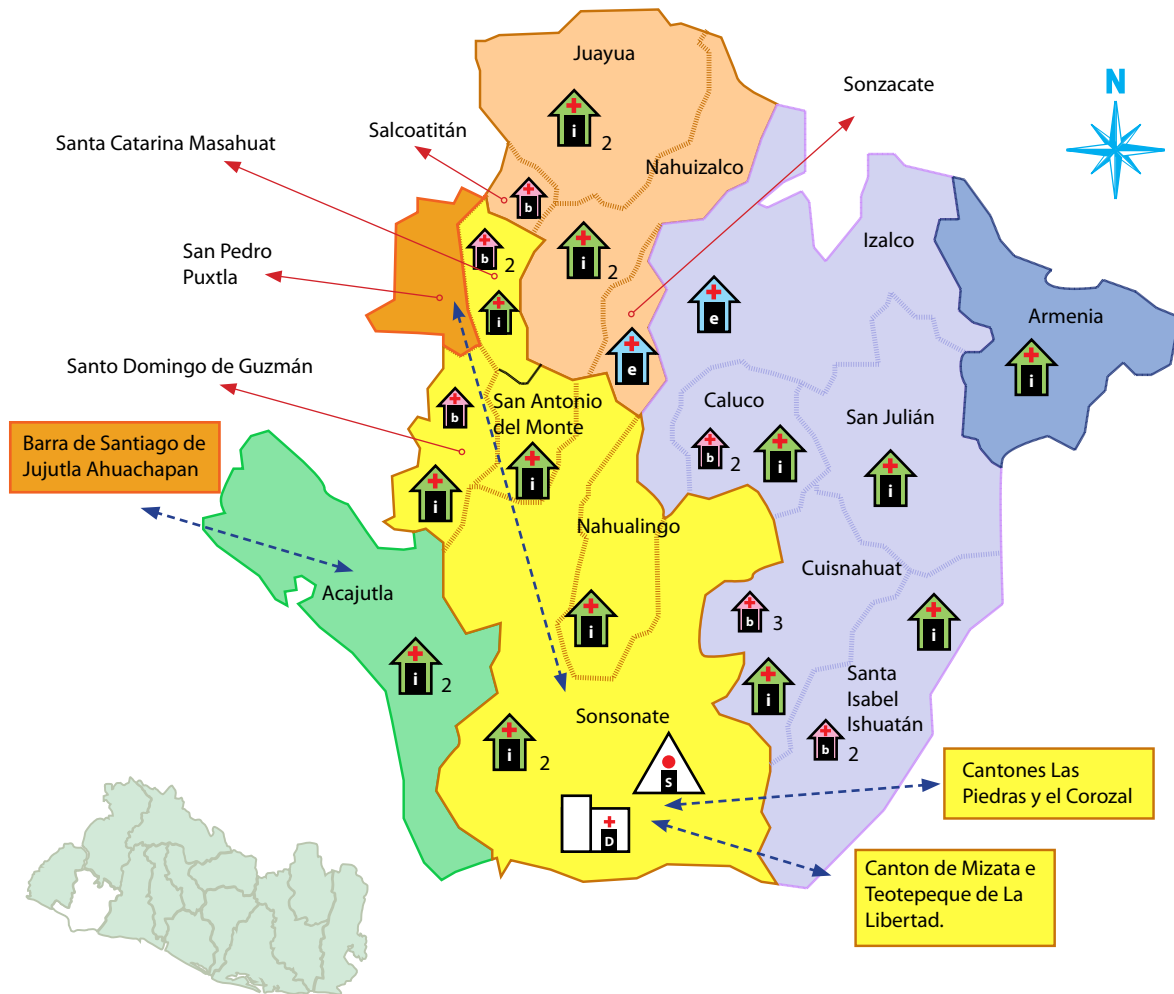
RED DEPARTAMENTAL AHUACHAPAN



Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	2	
UCSF INTERMEDIAS	15	
UCSF BASICAS	33	
ECOS Familiares	36	
ECOS Especializados	2	

- Micro red Atiquizaya
- Micro red Ahuachapán
- Micro red Cara Sucia
- Micro red Guaymango
- Comparte atención de los cantones Tihuicha y Urbano con **Microred de Guaymango**; y Cantones de Guayapa Abajo, Falla, Santa Rosa, San Antonio, Barra de Santiago y San José El Naranjo con **Microred de Cara sucia**

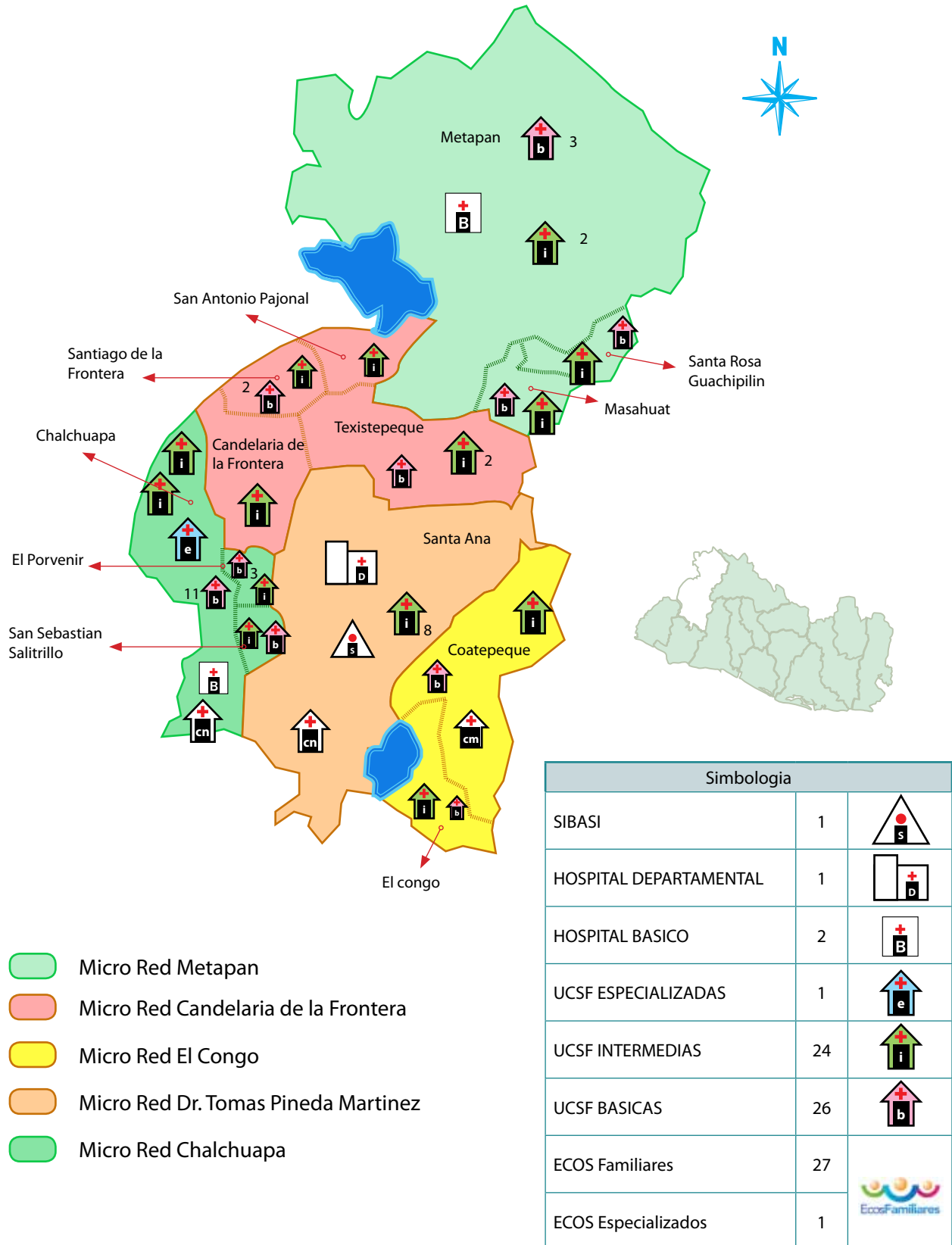
RED DEPARTAMENTAL SONSONATE



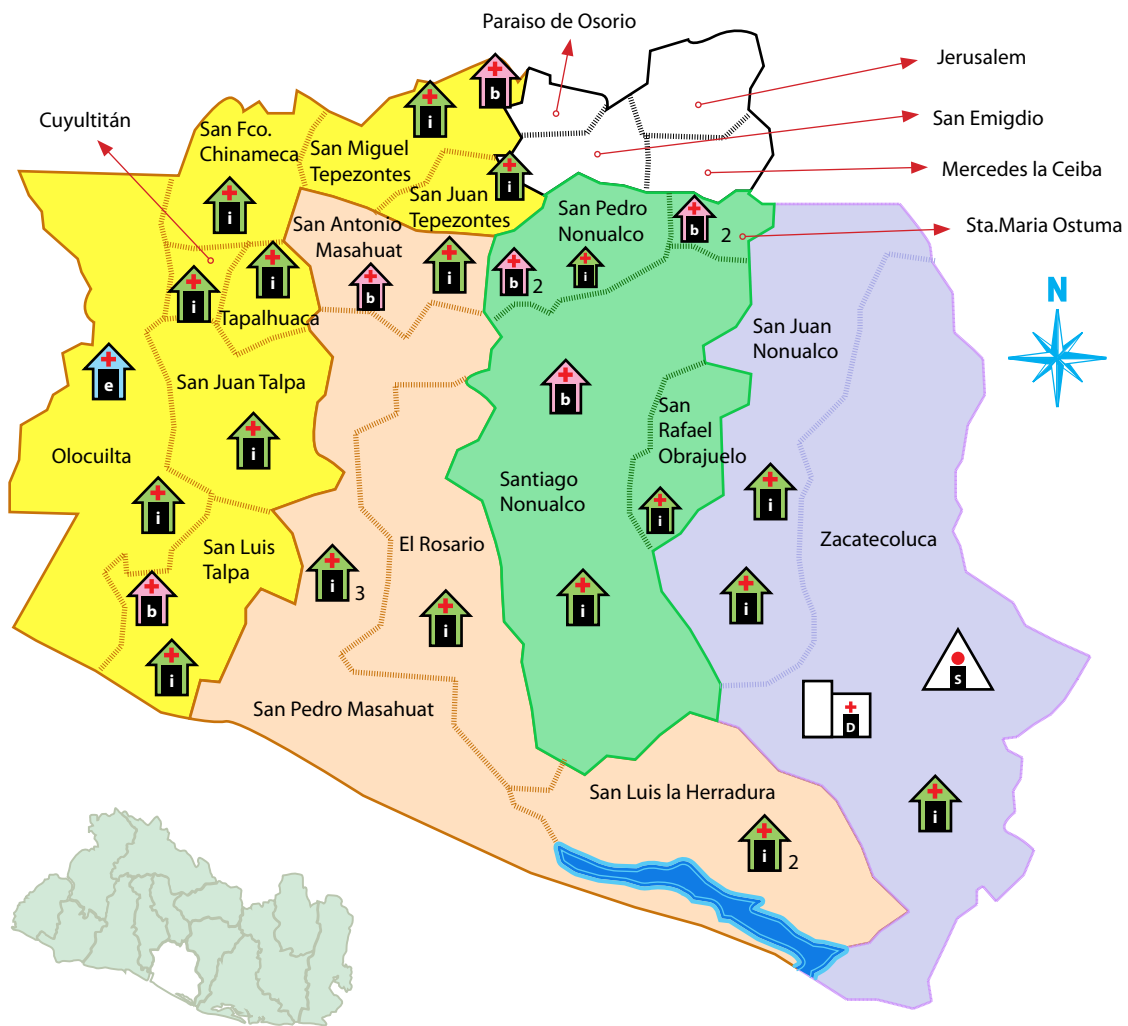
Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	2	
UCSF INTERMEDIAS	17	
UCSF BASICAS	11	
ECOS Familiares	15	
ECOS Especializados	2	

- Micro red Sonsonate
- Micro red Sonzacate
- Micro red Acajutla
- Micro red Izalco
- Micro red Lourdes Colón
- Municipios de Ahuachapán vinculados a la Red de Acajutla y Sonsonate

RED DEPARTAMENTAL SANTA ANA



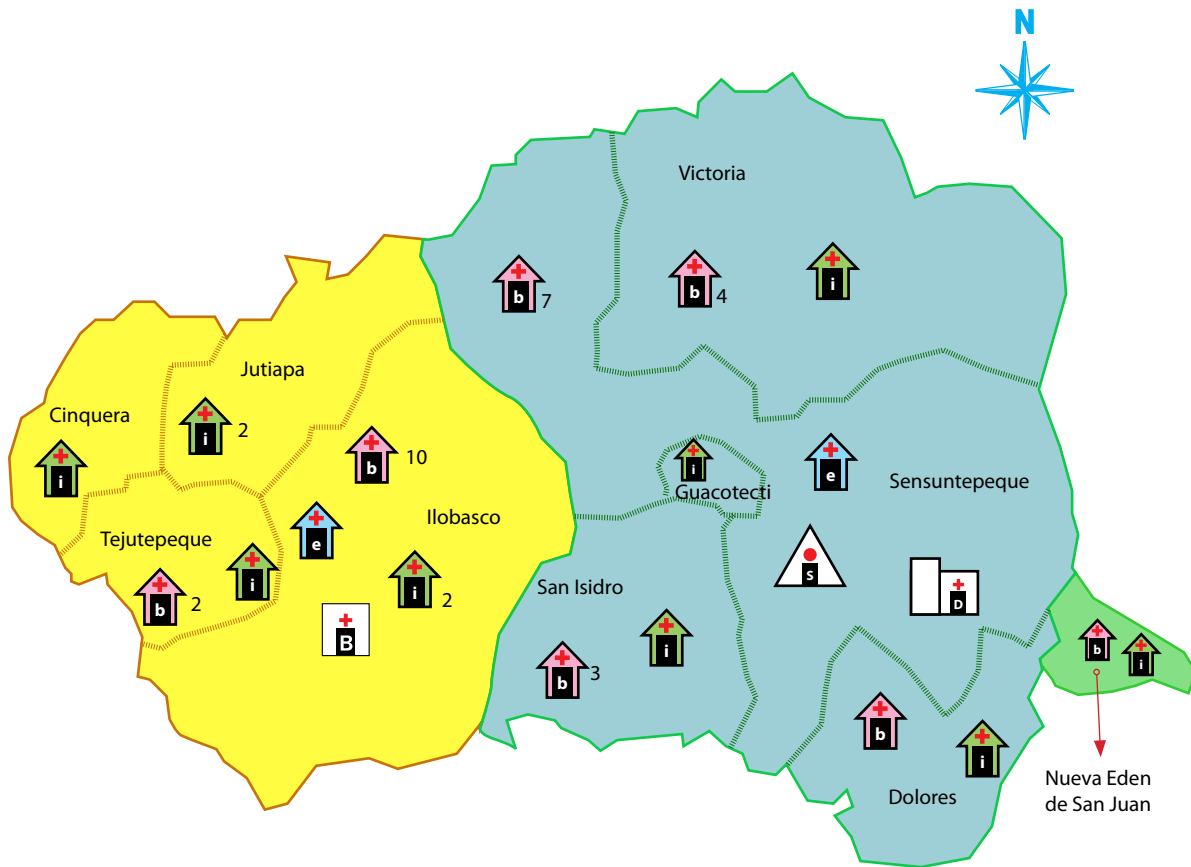
RED DEPARTAMENTAL LA PAZ



Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	1	
UCSF INTERMEDIAS	21	
UCSF BASICAS	8	
ECOS Familiares	12	
ECOS Especializados	1	

- Micro red Olocuilta
- Micro red Rosario La Paz
- Micro red Santiago Nonualco
- Micro red Zacatecoluca
- Municipios atendidos por SIBASI Cuscatlan y SIBASI San Vicente

RED DEPARTAMENTAL CABAÑAS

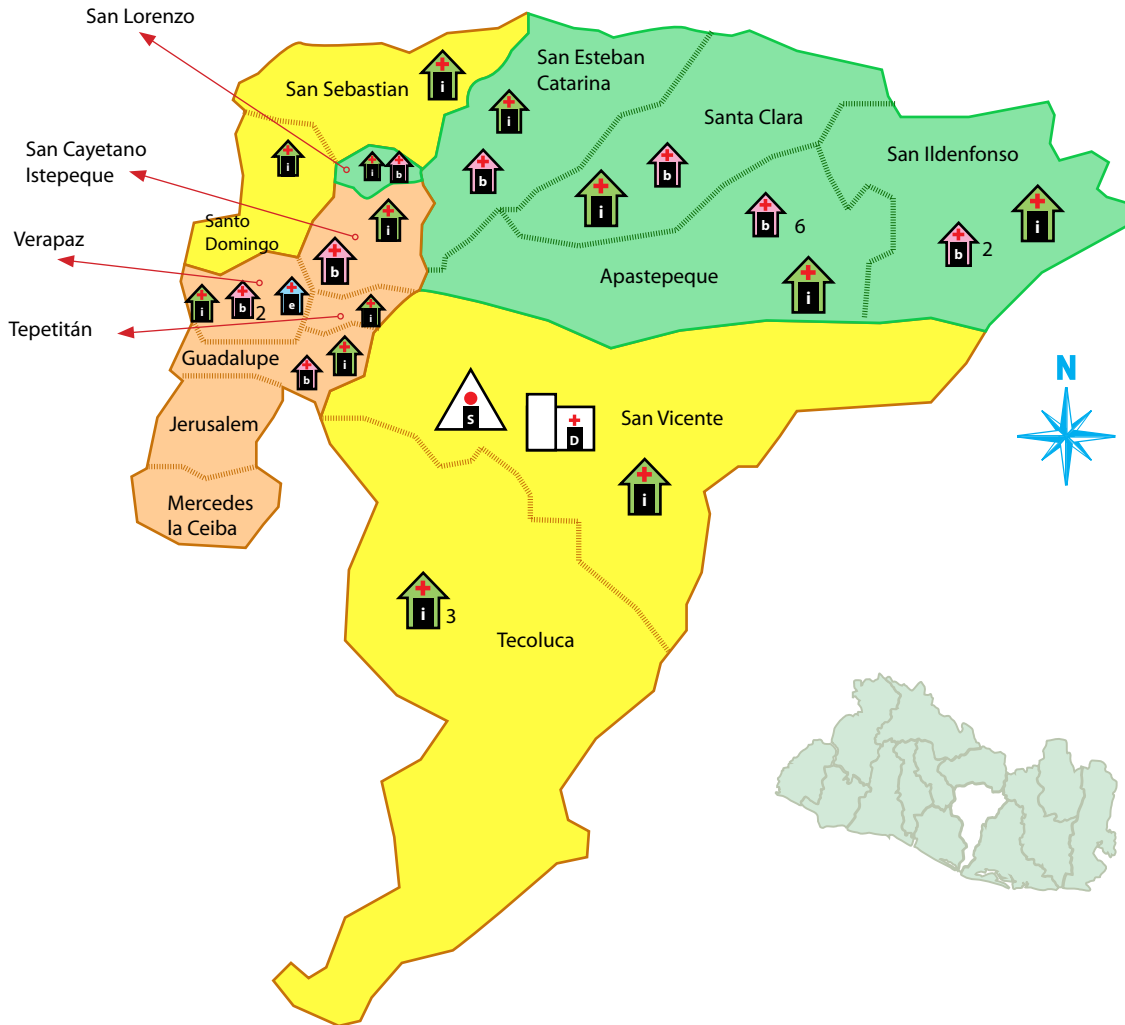





Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
HOSPITAL BASICO	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	2	
UCSF INTERMEDIAS	11	
UCSF BASICAS	28	
ECOS Familiares	36	
ECOS Especializados	2	









- Micro red Ilobasco
- Micro red Sensuntepeque
- Municipio del SIBASI San Miguel

RED DEPARTAMENTAL SAN VICENTE

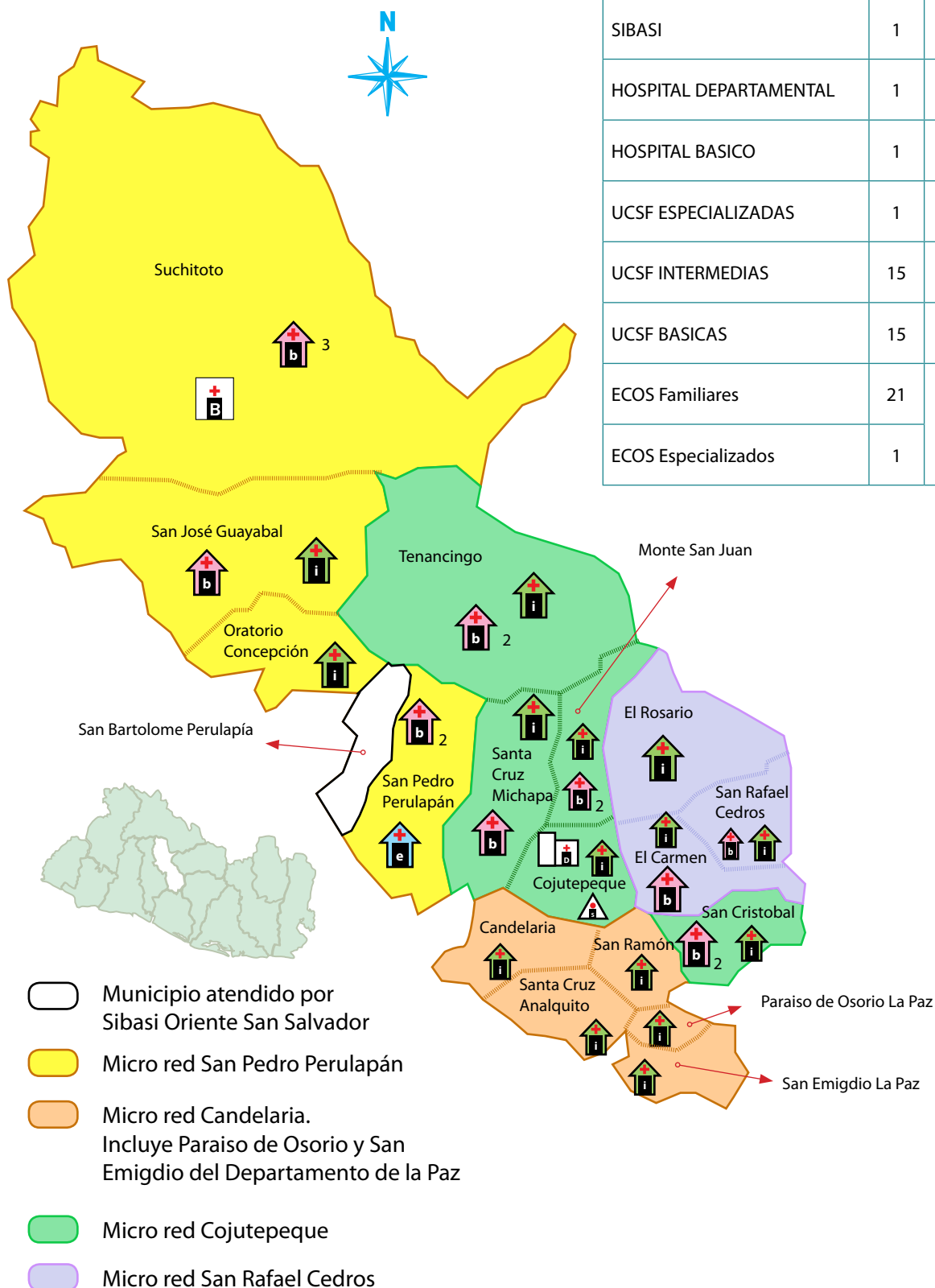


-  Micro red San Vicente
-  Micro red Apastepeque
-  Micro red Verapaz
Incluye Municipios Mercedes la Ceiba y Jerusalem de SIBASI la Paz

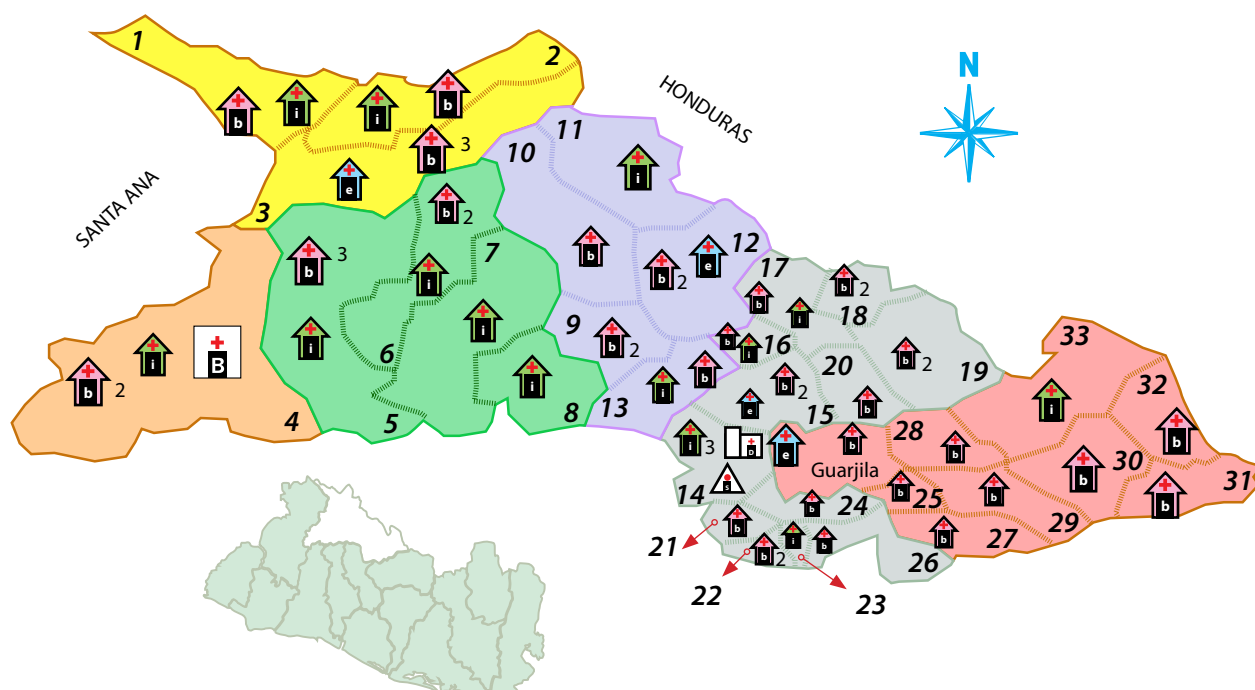
Simbologia		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	1	
UCSF INTERMEDIAS	14	
UCSF BASICAS	15	
ECOS Familiares	19	
ECOS Especializados	1	

RED DEPARTAMENTAL CUSCATLÁN

Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
HOSPITAL BASICO	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	1	
UCSF INTERMEDIAS	15	
UCSF BASICAS	15	
ECOS Familiares	21	
ECOS Especializados	1	



RED DEPARTAMENTAL CHALATENANGO

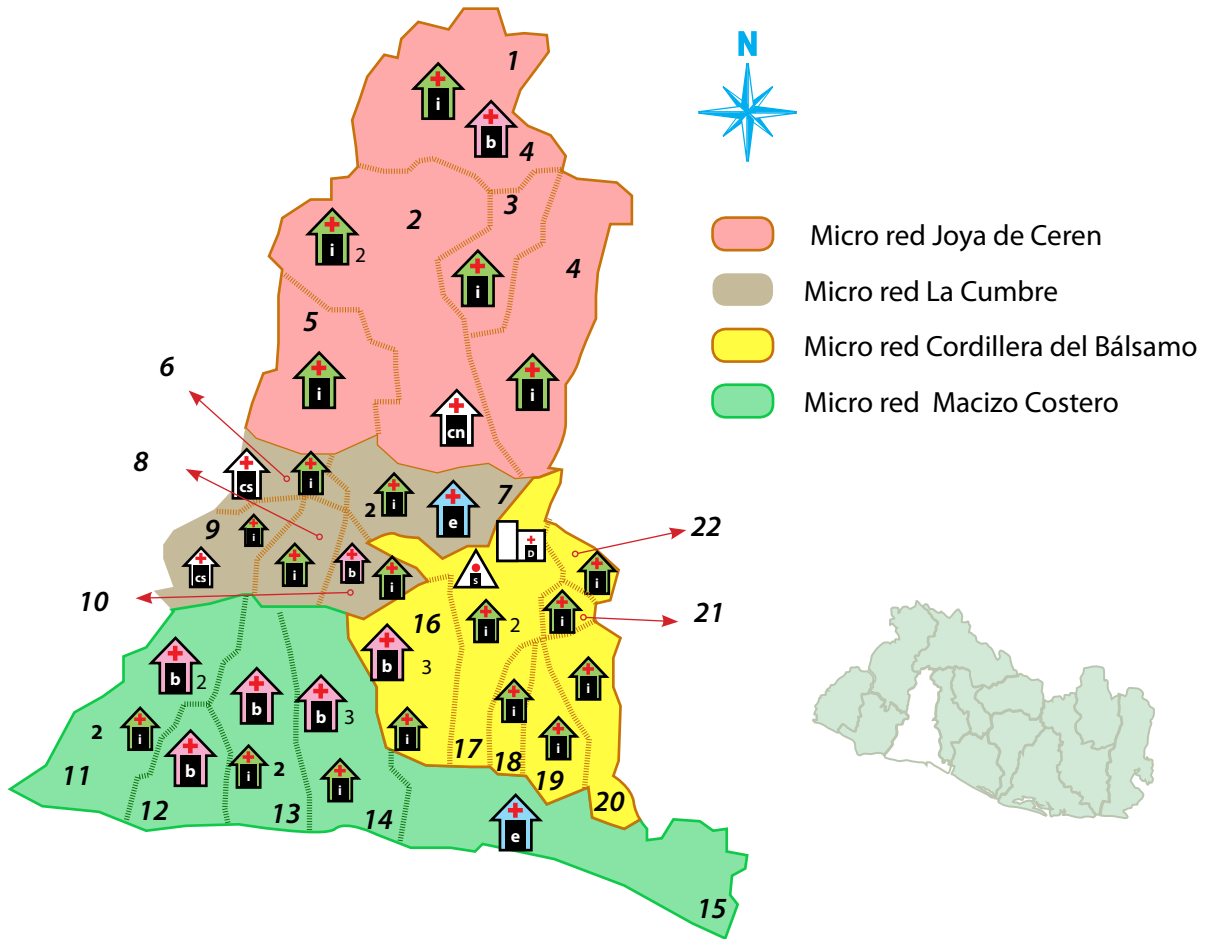


- Micro red La Palma
- Micro red Nueva Concepción
- Micro red Tejutla
- Micro red Dulce Nombre de María
- Micro red Chalatenango
- Micro red Guarjila

Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
HOSPITAL BASICO	1	
UCSF ESPECIALIZADAS	4	
UCSF INTERMEDIAS	16	
UCSF BASICAS	39	
ECOS Familiares	53	
ECOS Especializados	4	

DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO					
MUNICIPIO		MUNICIPIO		MUNICIPIO	
1	Citala	12	D. N. de María	23	Azacualpa
2	San Ignacio	13	Santa Rita	24	S. M. de Mercedes
3	La Palma	14	Chalatenango	25	S. A. Los Ranchos
4	N. Concepcion	15	C. Quezaltepeque	26	Potonico
5	Agua Caliente	16	Comalapa	27	Cancasque
6	La Reina	17	La Laguna	28	Las Flores
7	Tejutla	18	El Carrizal	29	S. I. Labrador
8	El Paraiso	19	Ojos de Agua	30	S. A. La Cruz
9	San Rafael	20	Las Vueltas	31	Nombre de J.
10	S. F. Morazan	21	San F. Lempa	32	Arcatao
11	San Fernando	22	S. L.del Carmen	33	N. Trinidad

MICRO REDES SIBASI LA LIBERTAD



Simbología		
SIBASI	1	
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	1	
CASAS DE SALUD	2	
UCSF ESPECIALIZADAS	2	
UCSF INTERMEDIAS	25	
UCSF BASICAS	15	
ECOS Familiares	21	
ECOS Especializados	2	

DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO			
MUNICIPIO		MUNICIPIO	
1	San Pablo Tacachico	12	Jicalapa
2	San Juan Opico	13	Chiltupan
3	San Matías	14	Tamanique
4	Quezaltepeque	15	El Puerto de La Libertad
5	Ciudad Arce	16	Comasagua
6	Sacacoyo	17	Santa Tecla
7	Colon	18	Zaragoza
8	Tepecoyo	19	San José Villanueva
9	Jayaque	20	Huizucar
10	Talnique	21	Nuevo Cuscatlán
11	Teotepeque	22	Antiguo Cuscatlán

Capítulo 6

Desarrollo de recursos humanos de salud

Política Nacional de Recursos Humanos en Salud

La Reforma de Salud de El Salvador considera el desarrollo integral, equitativo y sostenible de los Recursos Humanos en Salud (RRHH) como la “piedra angular del proceso” para el logro de sus objetivos. El objetivo central es asegurar para el sistema la contribución de trabajadores de salud en cantidad suficiente, con las competencias necesarias, que se desempeñen con calidad y respeto, y adecuadamente capacitados y calificados, motivados, bien distribuidos y con un compromiso efectivo con la salud de la población.

Para un abordaje estratégico del desarrollo de los RRHH, a largo plazo y en función de los objetivos de la Reforma, durante el período que se informa, se ha iniciado la elaboración de la Política Nacional de Recursos Humanos en Salud.

En tal sentido se ha elaborado el documento base Prioridades para una Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud en respuesta a los principios, ejes y necesidades de la Reforma de Salud de El Salvador. Este documento contiene las prioridades a ser abordadas con una amplia participación de las instituciones del sector y las relacionadas a los mismos.

Dichas prioridades serán la base del diálogo social amplio, que convocará a los actores sociales e institucionales más relevantes en el campo de los recursos humanos, con la finalidad de definir participativamente una política de Estado en este campo fundamental para el sistema nacional de salud.

1. *Recursos Humanos necesarios para el Primer Nivel de Atención de las RIISS*
2. *Recursos Humanos necesarios para los Hospitales de las RIISS*
3. *Reorientar y regular las Residencias Médicas en concordancia con las prioridades de la Reforma de Salud*
4. *Desarrollo de Líderes para la Reforma de Salud*
5. *Asegurar la pertinencia social y técnica de los Promotores de Salud*
6. *Desarrollo participativo de una Carrera Sanitaria para el conjunto de los trabajadores del SNS*
7. *Reorientación de la Formación Profesional y Técnica de los profesionales y técnicos de la salud acorde a los requerimientos de la Reforma de Salud*
8. *Educación Permanente para todos los trabajadores del SNS*

Incremento de recursos humanos necesarios para el primer nivel de atención y hospitales de la red de servicios de salud del MINSAL

Para cumplir con los objetivos de la Reforma relativos al fortalecimiento de la atención en todos los niveles del sistema, el MINSAL debe resolver un serio déficit de personal de salud.

Durante el ejercicio anual transcurrido, el MINSAL ha realizado un esfuerzo importante en la contratación de nuevo recurso humano para cerrar esa brecha de necesidades para el desarrollo del primer nivel de atención y de los hospitales (ver capítulo 5 RISS para un detalle de los recursos contratados).

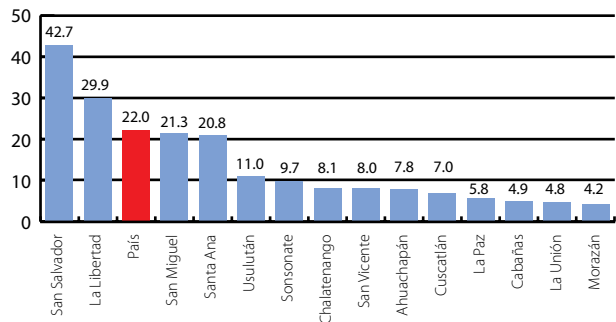
La Política Nacional de Salud tiene en consideración los acuerdos internacionales en materia de Desarrollo de Recursos Humanos para el fortalecimiento de los sistemas basados en la Atención Primaria de Salud, contemplados en el Informe Mundial de la Salud del año 2006 de la OMS. De manera más específica, para los países de la Región de las Américas, se toma en cuenta el Llamado a la Acción de Toronto del año 2005. Un trabajo especial se ha realizado en el marco de la iniciativa de las 20 Metas Regionales del año 2007, en el marco de la llamada Década de los Recursos Humanos de Salud 2006-2015, en concordancia y coincidencia con las Metas de Desarrollo del Milenio. En diciembre de 2010 se finalizó la medición de la línea base de dichas Metas para el País.

Según los resultados generales agregados obtenidos el país aún está por debajo del punto de referencia de densidad de recursos humanos para el logro de resultados sanitarios, es decir, está todavía en el grupo de países que comprometen los resultados sanitarios por falta de personal de salud. Esta es una medida no que marca el ideal, que es mucho más alto, sino el mínimo requerido para que el sistema de salud pueda obtener resultados sanitarios acordes a lo esperado. El Salvador muestra 22 por cada 10 mil habitantes, mientras, como se sabe, el punto de referencia es de 25 trabajadores por 10,000 habitantes (médicos, enfermeras y parteras profesionales). No obstante, el nivel de densidad de RRHH per se no garantiza una utilización óptima del recurso ni el acceso a los mismos, ya que su distribución en el caso de El Salvador es muy inequitativa, siguiendo la pauta de distribución desigual de los recursos del sistema de salud. El país tiene un muy serio problema de distribución del personal que afecta los objetivos de fortalecer el primer nivel de atención. Así, se tiene que el ISSS tiene una mayor densidad que el MINSAL, el área urbana concentra más recursos que la rural, los departamentos más ricos poseen mayor número de personal que los más pobres, etc.

Es debido a este problema que el MINSAL ha desarrollado un abordaje integral de la problemática de los RRHH y se ha preocupado no solamente de incrementar el número (por medio de más contrataciones), sino también de mejorar la distribución. Igualmente, los criterios para su contratación han privilegiado sus capacidades y el desempeño en el terreno.

La otra meta que se ha cumplido es la definición por el país de los mecanismos legales para el reconocimiento

Gráfico 1. Densidad de Recursos Humanos en Salud por 10,000 habitantes, El Salvador, 2010



Fuente: MINSAL

de los profesionales formados en el exterior, subsistiendo aun dificultades derivadas del proceso de incorporación por las instancias académicas nacionales.

La formación de especialistas y la gestión de las residencias médicas

El MINSAL afronta una limitante debido a que existe un serio problema de déficit de especialidades críticas tanto para el primer nivel de atención como para los hospitales de segundo y tercer nivel. Este déficit cuantitativo se complica porque se requiere un desempeño en un entorno organizacional de RISS, clave para los objetivos de la Reforma de ampliación de la cobertura hacia la universalidad con calidad y resolutivez.

La actual organización y funcionamiento de las residencias médicas se caracteriza por falta de dirección estratégica y de gobernanza que se traduce en la inexistencia de un cuadro de especialidades prioritarias, ausencia de planificación de la producción de especialistas, y carencia de marcos e instrumentos de regulación de los procesos de ingreso, evaluación, docencia, y de la calidad de la formación de especialistas. Esta carencia esencial hace que la formación de especialidades obedezca más a criterios del mercado de atención especializada y a la presión de las corporaciones profesionales que a las necesidades del sistema de salud. La Universidad, la otra parte clave en este proceso, asume su responsabilidad de manera autónoma y parcial, en base a sus propios objetivos, intereses y normativas. Por opinión de expertos convocados por el MINSAL en el año 2010 para analizar la situación, se sabe que se caracteriza por las siguientes condiciones:

- Déficit de especialidades requeridas de manera imperativa por la Reforma de Salud, para los diversos niveles del SNS. De manera perentoria se resalta la necesidad de especialistas en Medicina Familiar

- Debilidad de la gestión educacional de las residencias. En un primer intento de mejorar esta situación se decidió definir 9 Unidades de Formación Profesional (UFP) con un hospital líder que sería el Hospital Rosales
- Programas de formación técnicamente deficientes y formulados de manera autónoma por las unidades docentes y las universidades participantes, sin orientación ni alineamiento con los modelos de atención y los programas del SNS
- Inadecuada y obsoleta reglamentación de la organización y funcionamiento. Esta normativa debe incluir también la reglamentación y control de las condiciones de trabajo y de bienestar en que se desempeñan los residentes, con la finalidad de mejorarlas

Durante el año que se informa el MINSAL ha avanzado en la formulación de una estrategia de desarrollo de un sistema nacional de residencias médicas, que se compone de: a) Instalación de una Comisión Nacional de Residencias Médicas la que contará con una secretaría técnica ejecutiva, responsable de apoyar a la Autoridad Sanitaria en la regulación de las residencias médicas b) formulación de un plan estratégico acorde a la Reforma de Salud; c) formulación de una nueva normatividad de la gestión, organización y funcionamiento.

En lo operativo y con la finalidad de resolver las carencias más urgentes se ha puesto en práctica un programa de mejoría de la gestión. Los jefes de las nueve UFP están finalizando el Diplomado en Gestión de la Formación Universitaria, desarrollado en el marco de cooperación con el Proyecto Magisterio de la Universidad de El Salvador y está en proceso de oficialización del Manual de Organización y Funciones. También han participado en un curso virtual de Formación de Especialidades Médicas.

Desarrollo de líderes para la Reforma de Salud

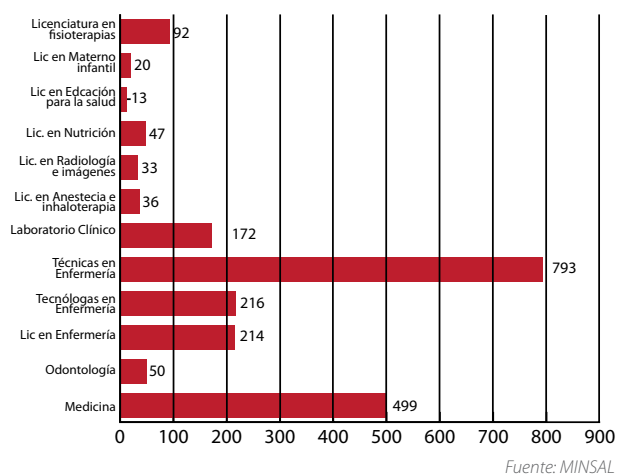
Como consecuencia del indispensable recambio de los Directores de los 30 Hospitales dependientes del MINSAL se configuró la necesidad de un programa urgente para dotar de las competencias esenciales a los nuevos directores. La Escuela de Gobierno en Salud, dependencia creada en el ámbito del Despacho de la Ministra de Salud, organizó y ejecutó con la colaboración docente de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada, España) y el apoyo de la OPS/OMS, el Curso de Gestión de Hospitales que se realizó entre mayo y octubre de 2010.

Mejora de la gestión del Servicio Social

El Ministerio de Salud ha reorientado y ampliado el espec-

tro del Servicio Social para egresados de las profesiones de Ciencias de la Salud de las diferentes universidades e institutos especializados, posibilitando un mejor desempeño acorde a las necesidades. Esto ha significado una doble ventaja: la oportunidad de formación profesional y el fortalecimiento del Ministerio con recursos con que antes no se contaba, incrementándose en casi un 100 por ciento en relación a los años anteriores. En el año 2010, la cantidad de participantes en el Servicio Social de todas las profesiones fue de 2200.

Gráfico 2. Participantes en el Servicio Social, 2010



En este proceso es importante mencionar la estrecha colaboración y coordinación que ha existido entre el MINSAL, la Comisión de Servicio Social y las instituciones formadoras con sus autoridades, profesores y estudiantes. Este año las autoridades, haciendo un esfuerzo extraordinario, lograron pagar el servicio social del 100% de los egresados que así lo prefirieron de las carreras de medicina de todas las universidades.

Capacitación del personal de salud

La capacitación del personal de salud en servicio es una de las actividades más frecuentes y menos aprovechadas en el sistema de salud. Por lo general las actividades de capacitación se realizan con la finalidad de incluir nuevos conocimientos y criterios de atención o de control en el marco de programas verticales centrados en la enfermedad o para mejorar aspectos específicos de la administración.

En la actual coyuntura de la Reforma y de cambio del sistema de salud se requiere desarrollar un sistema nacional de educación permanente para todo el personal de salud

Por ello, un avance importante para ordenar las diversas actividades de capacitación es el diseño de un plan de capacitación 2011. Dicho plan se propone articular

la respuesta a las necesidades de educación continuada construido participativamente sobre la base de un proceso de consenso con los diversos actores involucrados de acuerdo a sus prioridades, eliminando la tradicional verticalización y centralización de las capacitaciones. Dicho plan tiene como principal propósito construir capacidades ofreciendo a los trabajadores de la salud oportunidades de aprendizaje, principalmente en sus espacios de trabajo, de tal manera que estos procesos se vinculen con los principales problemas de salud y no provoquen interrupciones del servicio.

Entre junio 2010 y junio 2011 se capacitó en contenidos de la Política de Salud y metodología de la enseñanza a 43 formadores. Para fortalecer las capacidades de los promotores de salud, actores claves del proceso de reforma y vínculo importante con la comunidad, en el nuevo abordaje del proceso de Reforma, se ha diseñado un programa de formación que se iniciará en el segundo semestre del 2011 dirigido a 821 promotores recién contratados por los SIBASI. Adicionalmente, se ha iniciado un estudio sobre las necesidades de capacitación del resto de los promotores para complementar sus actuales capacidades y certificar sus competencias.

En febrero de 2011 se finalizó el Curso Nacional de Promoción y Prevención de VIH/SIDA en Grupos Vulnerables con enfoque en salud familiar, dirigido a técnicos de enfermería de la Región Metropolitana de Salud. Para fortalecer algunas competencias críticas del personal se han aprovechado los cursos del campus virtual de salud pública de OPS/OMS sobre Liderazgo de RRHH (4), Funciones Esenciales de la Salud Pública (20 personas), salud ocupacional (2), enseñanza médica de la APS (2) y el curso de gestión de la APS dirigido a los coordinadores de SIBASI. Además, con la Universidad de El Salvador se está participando en el Diplomado de Gestión de la Educación Superior (12 participantes, 9 de ellos los Jefes de UFP) y Maestría en Salud Pública (8). Se han realizado pasantías de profesionales médicos en el área de gerencia en salud en Taiwán y Japón; así como la participación de 12 promotores de salud que obtuvieron la Beca Semilla, realizando una pasantía de 6 meses en Universidades de EEUU, entre otras capacitaciones internacionales (ver un cuadro resumen de misiones oficiales por capacitación y reuniones técnicas al final del Capítulo Dimensión Internacional).

Gestión del trabajo en los servicios de salud

En el área de gestión del trabajo se han realizado talleres para la formulación participativa del Manual de Puestos congruente con el proceso de Reforma. Este esfuerzo está acompañado y desarrollado en coordinación con la

Sub-Secretaría de Gobernabilidad y Modernización del Estado, formando parte de la Red de Recursos Humanos del Sector Público. Es importante mencionar que en el taller de validación han participado tanto personal de salud como autoridades de los diferentes niveles del sistema y los representantes de los trabajadores organizados.

Otra actividad importante ha sido la capacitación para el funcionamiento de Comités de Salud y Seguridad de los Trabajadores como elemento esencial para promover mejoras en la salud y el ambiente de trabajo. Se han formado comités en los 30 hospitales, en la Secretaría de Estado y en tres de las cinco Regiones de Salud. El MINSAL está participando en el proceso que conduce el Ministerio de Trabajo en la elaboración de la Política Nacional de Salud Laboral.

Perspectivas

En el orden político, la principal prioridad será la formulación, concertación y puesta en plena vigencia de la política nacional de desarrollo de los recursos humanos en respuesta a los objetivos y desafíos de la Reforma de Salud. Se tiene previsto la instalación de un amplio e intenso proceso de diálogo social con participación de todos los actores políticos, sociales e institucionales relevantes. La política es una condición necesaria para asegurar el logro de los objetivos de la Reforma y por ello deberá asegurar todas las condiciones para su éxito. No se trata solamente de la viabilidad política, sino también de su factibilidad técnica y financiamiento sostenible.

En el orden operacional se tiene previsto:

- Finalizar el diseño y oficializar el Manual de Puestos con una propuesta de adecuación salarial
- Validar y aplicar un nuevo sistema de evaluación de desempeño, que valore los méritos y el desempeño real de los RRHH
- Implementar un sistema de información integral de RRHH vinculado al sistema actual de información del Sistema Nacional de Salud
- Implementación y seguimiento al plan nacional de ordenamiento de la capacitación
- Diseño de instrumentos que apoyen la implementación de la Ley de Salud Laboral
- Apoyar el fortalecimiento de las capacidades de los niveles de dirección nacional y local
- Establecer mecanismos de coordinación y trabajo con las universidades e institutos especializados y colegios/asociaciones profesionales para implementar estrategias que mejoren la formación de los RRHH y su regulación, en la perspectiva de la Reforma de Salud y los requerimientos del SNS

Capítulo 7

Medicamentos y vacunas

Medicamentos

Los debates en torno a la Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios presentada por el MINSAL en febrero de 2010 se extendieron a lo largo de todo el período cubierto por este Informe de Labores. Las sesiones de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa han contado con la presencia y aportes de numerosas organizaciones de la sociedad civil, personalidades y funcionarios gubernamentales que han hecho ver sus puntos de vista y la necesidad de contar sin más postergaciones con una Ley de Medicamentos.

Sin embargo, al cierre de este documento y después de 1 año y 4 meses de debates, la Comisión de Salud apenas abordaba el artículo 8 de los más de 100 artículos de los que consta la ley.

El entrapamiento de los debates radica fundamentalmente en los planteamientos básicos de la Ley orientados a resolver el documentado problema de los altos precios de medicamentos en El Salvador, que se cuentan entre los más altos del mundo, tanto para medicamentos protegidos por patente como para medicamentos genéricos. A esto se une la ausencia de control de calidad sobre los mismos y la ausencia de mecanismos efectivos de regulación.

Estos planteamientos básicos que propone la Ley presentada por el MINSAL son:

- 1. Asignación de la rectoría en el área de medicamentos al Ministerio de Salud, a quien corresponde como autoridad sanitaria nacional.**

La rectoría del área supone el control de los requisitos

necesarios para el registro de medicamentos, elemento fundamental para autorizar la comercialización de cualquier medicamento. Supone igualmente el control y supervisión de todos los procesos relacionados con la comercialización de medicamentos por el sector privado y con la adquisición de medicamentos por el sector público.

Actualmente, la rectoría de los medicamentos en El Salvador, a diferencia de lo que sucede en el resto de países, está compartida entre dos instituciones: una instancia colegiada (Consejo Superior de Salud Pública -CSSP-) y el Ministerio de Salud, que tiene asignado únicamente el control de calidad post registro. Esta distorsionada concepción de la rectoría hace descansar casi todos los procesos y su regulación en los mismos sectores que comercializan los medicamentos, lo que en la práctica se traduce en una ausencia de regulación, sea por la ausencia de normativas, por una desactualización como sucede con las Buenas Prácticas de Manufactura o por la ausencia o administración tolerante de los procesos regulatorios y sancionatorios.

Algunos actores han presionado para mantener el registro y procesos relacionados en el CSSP o por hacer descansar estos en una instancia autónoma en la que se legalizan y perpetúan los conflictos de interés que la Ley pretende erradicar, ya que configura esta instancia con una plena participación de los sectores regulados, lo que contraviene principios de transparencia, de ética gubernamental y de probidad en el manejo de los fondos públicos y de los procesos reguladores.

El MINSAL ha demostrado el papel negativo que juegan

los conflictos de interés insertados en los procesos de decisivos y de regulación, sin que eso haya podido influir en acelerar la aprobación de un proyecto de Ley en los términos requeridos por el país. El MINSAL ha insistido en la necesidad de que se le asigne la rectoría del área, sea a través de una Dirección Nacional de Medicamentos organizada al interior del MINSAL o a través de una instancia autónoma adscrita siempre al MINSAL, las dos formas en que universalmente se ejerce la rectoría.

2. Instauración de Mecanismos de Regulación de Precios

En ausencia de una regulación efectiva la sociedad y el sistema público deben seguir pagando altos precios por sus medicamentos. Otros países han implementado con niveles variables de éxito diferentes mecanismos tendientes a contener los altos costos de los medicamentos, lo que incluye entre otros recurrir a precios internacionales de referencia, implementación de las facilidades acordadas en la ronda de Doha con respecto a los TRIPS, fijar tasas de ganancia, regular el monto de los márgenes agregados, evitar mecanismos antiéticos de publicidad y recompensas a intermediarios y prescriptores, propiciar un mayor nivel de competitividad, introducir mecanismos innovadores como compras en la bolsa de valores o subasta inversa, negociación y compras conjuntas con otras instancias nacionales y subregionales, etc. La posibilidad de recurrir a todas ellas se abre con la aprobación de la nueva Ley de Medicamentos, permitiendo incrementar los niveles de acceso de la población a medicamentos de buena calidad a costos razonables en el sector privado y gratuitos en el sector público.

La regulación de precios no es posible sin la aprobación de la Ley. Sin embargo, el MINSAL ha impulsado diversas iniciativas al interior del sector público a fin de hacer más eficiente la ejecución de los fondos asignados en el presupuesto para la compra de medicamentos, entre ellos:

- Propiciar un nivel mayor de competitividad entre los oferentes en las licitaciones públicas, liberando requisitos que los reducían a un pequeño grupo de empresas elegibles
- Impulso a la negociación y compra conjunta de medicamentos con otras instancias públicas en el nivel nacional y con otros ministerios e instituciones de seguridad social a nivel centroamericano. La experiencia obtenida al respecto ha sido sustanciosa y ofrece amplias perspectivas de constituirse en un mecanismo habitual de adquisición a precios más razonables con claro beneficio para los países participantes

3. Control de Calidad de los medicamentos

El control de calidad es una herramienta fundamental para garantizar que los medicamentos que utilizan los usuarios de la red pública, tanto como los que los compran en la red privada, tienen la efectividad que se requiere y no produce reacciones nocivas atribuibles a defectos en su fabricación o a elementos extraños u otros contaminantes.

El deterioro del sistema público incluyó la limitación de las capacidades del Laboratorio Central del MINSAL, entidad que debería realizar el control de calidad post registro. Por otra parte, el CSSP, para cumplir con el control de calidad pre-registro, recurrió a la subcontratación de laboratorios privados de control de calidad que introdujo el problema de los conflictos de interés.

En respuesta al entrampamiento de los debates sobre la Ley de Medicamentos, el MINSAL ha impulsado un amplio proceso participativo para la formulación de la Política Nacional de Medicamentos, que ha entrado ya en su etapa final, estándose a la espera de concluir la validación por los actores relevantes. Ella permitirá avanzar en elementos sustanciales no necesariamente condicionados por la Ley, relacionados a los aspectos antes descritos de rectoría y control de calidad, entre los que se destacan:

- Mejorar sustancialmente la disponibilidad de los medicamentos esenciales en los establecimientos del sector público, haciendo cada vez menos necesario que la población recurra al gasto de bolsillo para satisfacer sus necesidades de salud
- Recuperar la capacidad del MINSAL de controlar la calidad de los medicamentos a través del Laboratorio Central de Control de Calidad, a fin de asegurar la calidad de los productos que se dispensan en el sector público y en los establecimientos del sector privado
- Crear un Sistema Nacional de Farmacovigilancia que permita generar las alertas sobre reacciones adversas y fallas terapéuticas y de calidad, necesarias para retirar los medicamentos del mercado y de los establecimientos de salud, públicos y privados
- Ejecutar las medidas necesarias para crear una cultura de uso racional de medicamentos, tanto de los usuarios como de los dispensadores y prescriptores de medicamentos en la red pública de servicios de salud
- Desarrollar una unidad propia encargada de verificar y certificar las Buenas Prácticas de Manufactura entre los proveedores de la red pública

Adicionalmente a lo antedicho, el MINSAL ha realizado di-

ferentes acciones que han significado logros importantes en este tema:

- Con el propósito de asegurar el abastecimiento de medicamentos en la red de los establecimientos de salud del MINSAL, durante el período de junio 2010 a mayo 2011 se realizaron compras centralizadas de medicamentos para el abastecimiento del primer nivel de atención, contribuyendo al cumplimiento de los logros de la Reforma en el abastecimiento y cobertura de medicamentos
- Como un acto previo a las licitaciones generadas en 2011, orientadas a minimizar el tiempo de evaluación de los procesos de compra, se sometieron a proceso de pre-calificación 482 medicamentos, de los cuales se calificaron 359; asimismo se elaboró el Banco de Proveedores calificándose con estas dos acciones la parte técnica, legal y financiera
- Se dio inicio a la implementación del Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB) en los 30 Hospitales Nacionales en el rubro de medicamentos y 25 hospitales en el rubro de insumos médicos, con el objetivo de tener información en tiempo real y un efectivo control de la rotación de inventarios. Luego de un período inicial de validación y perfeccionamiento se convertirá en una herramienta estratégica que proporcionará la información estadística oportuna para la toma de decisiones en el área de abastecimiento.
- Se ha iniciado el proceso de actualización del listado oficial de medicamentos, el cual tendrá como finalidad hacer una selección racional ajustada al perfil epidemiológico del país incrementando la disponibilidad de medicamentos esenciales y generando significativos ahorros al presupuesto estatal
- Se mejoró el proceso de planificación para la estimación de necesidades y los requisitos técnico-administrativos para las adquisiciones de medicamentos en 2011, que amplió y cualificó la participación de oferentes, con exigencias como la elevación del estándar de Buenas Prácticas de Manufactura
- Se han homologado 333 presentaciones farmacéuticas y se han elaborado 63 fichas técnicas entre otros procesos de armonización de requerimientos técnicos y administrativos entre el MINSAL y el ISSS, a fin de facilitar la compra conjunta de medicamentos entre ambas instituciones, seleccionando 47 medicamentos de alta rotación para la primera compra conjunta entre ambas instituciones
- El MINSAL tuvo un destacado liderazgo en la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos que tuvo a cargo el proceso de negociación conjunta de precios, así como la calificación técnica y administrativa

de las ofertas, generando ahorros presupuestarios importantes y permitiendo además la armonización de instrumentos jurídicos y procesos operativos institucionales

- Como parte del desarrollo de capacidades del Laboratorio Central de Control de Calidad del MINSAL, se analizaron un total de 3268 lotes de medicamentos, efectuándose 12,417 determinaciones físico-químicas y 12,308 determinaciones microbiológicas. Dichas capacidades fueron adicionalmente fortalecidas con la adquisición de moderno equipo en las áreas de análisis físico-químico y microbiológico. Estos esfuerzos fueron reconocidos cuando el CONACYT, ente acreditador nacional, confirió al Laboratorio Central el certificado de acreditación bajo la norma ISO/IEC 17025:05

Durante el próximo año está previsto realizar los siguientes avances:

- Lanzamiento de la Política Nacional de Medicamentos y ejecución de su Plan de Implementación, lo que a su vez supondrá entre otras acciones: a) fortalecimiento del Comité Farmacoterapéutico Institucional con la finalidad de elaborar la normativa para la conducción del programa nacional de uso racional de medicamentos, desarrollar las directrices clínicas basadas en evidencia como base para la selección (Listado Unificado de Medicamentos Esenciales), prescripción y uso de medicamentos (Formulario Terapéutico Nacional); b) fortalecimiento de los Comités de Farmacoterapia Locales de los Hospitales Nacionales y las Regiones de Salud denominados como centros centinela como estrategia para promover la notificación espontánea de RAM, fallas terapéuticas y fallas de calidad; c) organización y capacitación de la red de farmacovigilancia conformada por los comités de farmacoterapia de la red hospitalaria pública, de los comités de investigación para el desarrollo de estudios de utilización de medicamentos y de la red de administradores de farmacias en hospitales y regiones sanitarias; d) establecimiento de un centro nacional de información de medicamentos; e) normatización y divulgación del sistema de gestión de suministros
- Incidir en la normativa secundaria para mejorar los procesos de registro y control de calidad de los medicamentos, adoptando las recomendaciones de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica en lo relativo a: buenas prácticas de manufactura, bioequivalencia, buenas

prácticas clínicas, falsificación y regulación de biológicos y biotecnológicos, buenas prácticas de almacenamiento y distribución de medicamentos y otros de interés para el país

- Conformación de un Comité Interinstitucional que permita abordar el tema de propiedad intelectual y acceso a medicamentos
- Incorporar nuevas metodologías de análisis y acreditarlas para aumentar la capacidad de analizar mediante un programa de control y vigilancia, la calidad de los medicamentos adquiridos por el sector público y los circulantes en el sector privado
- Concluir con la actualización y depuración del Listado Oficial de Medicamentos que sienta las bases para la elaboración del Listado Unificado de Medicamentos Esenciales con base en las Recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS, que regirá a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud
- Mantener una alta disponibilidad de medicamentos esenciales en la red de servicios del MINSAL

Inmunizaciones

El Programa Ampliado de Inmunizaciones tiene como prioridad la ejecución de diferentes acciones encaminadas a lograr coberturas universales de vacunación con la finalidad de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles, encaminando los esfuerzos al cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales de erradicar, eliminar y/o controlar dichas enfermedades.

El laboratorio de biológicos del MINSAL, por su parte, ha logrado en este periodo producir 1,700,000 dosis de vacuna antirrábica de uso veterinario, de las cuales 425,000 se encuentran en proceso (a granel) corriendo sus controles de calidad, 430,000 se encuentran almacenadas y 845,000 fueron distribuidas a las respectivas regiones para las campañas de vacunación de perros y gatos.

El principal logro en el área de vacunación en este periodo fue el de fortalecer el esquema de vacunación para el control de infecciones respiratorias:

- Vacunación contra el Neumococo a los niños menores de 1 año de edad comprando 308,700 dosis
- Vacunación contra Neumococo a los grupos de riesgo y personal de salud en contacto directo con el paciente
- Vacunación contra la influenza pandémica a los grupos de riesgo aplicando en un período corto de 1 mes 1,690,000 dosis con una cobertura superior del 90% de la población programada contribuyendo de

una manera significativa a disminuir la transmisión del virus de la influenza pandémica

- Fortalecimiento de la vacunación contra el *Haemophilus influenzae* y la tosferina con coberturas del 90%; para alcanzar esta meta fue necesario comprar 462,754 dosis de vacuna pentavalente
- Disminuir el impacto de la enfermedad diarreica producida por el rotavirus mediante la vacunación de los niños menores de 8 meses de edad con coberturas superiores al 88%. Para alcanzar esta meta, se compraron 308,500 dosis
- Se triplicó el número de vacunas administradas: en el año 2009 se aplicó un aproximado de 1.5 millones de dosis y en el 2010 se aplicaron más de 4,3 millones de dosis
- Fortalecimiento de la cadena de frío a nivel central y local; adquisición de 2 cuartos fríos y 150 refrigeradoras de tipo doméstico; capacitación al 90% de promotores de salud para la aplicación segura de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones; amplio proceso de capacitación para conocer la calidad e inocuidad de las vacunas, las tasas de los eventos que puedan estar relacionados con las mismas, notificar, investigar y analizar los eventos que supuestamente estén relacionados con vacunas, tomar medidas para corregir cualquier problema identificado en la investigación; comunicarse, eficiente y eficazmente, con la comunidad y los medios de comunicación

Es importante destacar que durante el período no se han reportado casos de Tb meníngea, se ha mantenido la erradicación de la poliomielitis, no ha habido casos de difteria, sarampión, rubeola o síndrome de rubeola congénita.

En el próximo año está previsto aplicar vacuna contra el neumococo a la población de adultos mayores de 60 años, vacunar a 530,000 niños menores de 5 años contra influenza estacional, aplicar el primer refuerzo de vacuna pentavalente a los 18 meses de edad, vacunar contra el tétanos a los niños mayores de 10 años de edad con refuerzos cada 10 años y realizar una encuesta de coberturas con apoyo de organismos internacionales.

Capítulo 8

Participación social

Foro Nacional de Salud

La Participación Social se ha definido como uno de los ejes fundamentales de la Reforma de Salud y ha evolucionado creativamente a lo largo de su ejecución en estos dos años de gestión. La Política Nacional de Salud establece un claro compromiso por parte de la actual Administración cuando establece que se deberán “crear estructuras y procedimientos de participación comunitaria en atención primaria de salud en todos los niveles del sistema”¹ recurriendo a diferentes formas entre las cuales se cita expresamente “promover la integración social comunitaria y las organizaciones sociales en la definición y ejecución de las políticas de salud”, llamando a estas organizaciones a “ejercer la contraloría social en salud, participar en la evaluación y en la toma de decisiones de mayor trascendencia que afectarán a la comunidad”.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud que orienta el actual proceso de Reforma de Salud establece como uno de sus principios fundamentales el que “las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria”², estableciendo además el camino para poder ejercer este derecho plenamente cuando dice que esta “desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar”³.

La forma más relevante y dinámica en que se han tratado de concretar los principios y estrategias citadas lo constituye el Foro Nacional de Salud, constituyéndose en elementos igualmente dinamizadores del innovador proceso participativo en el diseño de las políticas públicas y otras formas de participación que se han abierto para que los ciudadanos en su carácter de tales expresen su opinión o sus propuestas. A continuación, una breve descripción de estas modalidades de participación.

El Foro Nacional de Salud se ha concebido como una instancia de organización comunitaria encargada precisamente de desarrollar la habilidad de las comunidades para participar. Apoyado y estimulado inicialmente por el MINSAL es, sin embargo, independiente de este y se desarrolla con la clara visión de constituirse a mediano plazo en el instrumento para garantizar a las comunidades organizadas el ejercicio pleno de su derecho a la salud. El Foro ha avanzado rápida y sostenidamente en su organización territorial, habiendo identificado inicialmente 75 líderes facilitadores territoriales a nivel nacional, con los cuales ha realizado tres talleres de formación conceptual en promoción de la salud, contraloría ciudadana y metodología de organización del FNS. Un cuarto taller metodológico de Planificación Participativa para la Intervención Comunitaria fue realizado con la intención de compartir una metodología de trabajo para hacer el análisis y planificación participativa en salud con todas las personas de un barrio o de una comunidad que permita que las comunidades cuenten con una herramienta de trabajo para lograr la articulación y el empoderamiento comunitario, adaptándola a las realidades salvadoreñas de lo urbano, rural y urbano-rural.

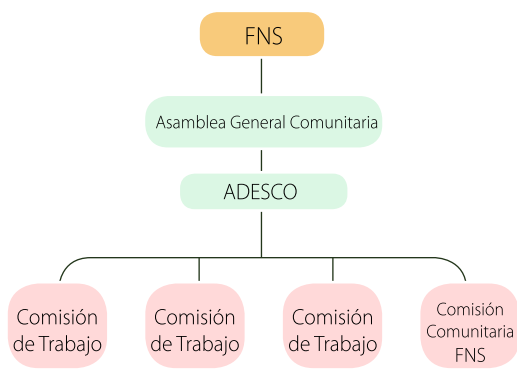
A la fecha y con este enfoque participativo se han organizado 200 comités Comunitarios del FNS articulados con las Directivas Comunes, en 9 (Usulután, San Miguel, Chalatenango, San Salvador, La Libertad, Morazán, Sonsonate, Zacatecoluca y San Vicente) de los 14 departamentos del país, los cuales se han activado para la organización de foros municipales.

Estos Comités han asimilado y puesto en práctica los conceptos y metodologías aprendidas, siendo una de sus primeras actividades la gestión de cartas ciudadanas, en 16 municipios (activados por sus respectivos Comités Comunitarios del FNS) en apoyo a la propuesta de Ley de Medicamentos presentada por el MINSAL y que se está discutiendo en el seno de la Asamblea Legislativa.

¹Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendaciones en Salud. pp 20-21; 2a. Edición Octubre 2009, San Salvador, Editorial del Ministerio de Salud.

²Declaración de Alma Ata IV, 1978. OMS.

³Declaración de Alma Ata VII-E. 1978. OMS.



A fin de no fragmentar a la comunidad y contribuir más decididamente al desarrollo local integral, la estructura territorial del Foro Nacional de Salud procura que sus Comités Comunitarios tengan desde su origen una vinculación directa con las Directivas Comunales (ADESCOS), siendo los miembros de los Comités Comunitarios elegidos en Asamblea Comunitaria, constituyéndose desde entonces en una comisión de trabajo de las directivas comunales.

Adicionalmente y para ejercer la contraloría social, se ha iniciado la construcción del instrumento de contraloría de los servicios de salud en el que se apoyarán los Comités Comunitarios del FNS, para lo cual se han establecido tres ejes de medición: 1. la calidad de los servicios de salud, 2. la calidez con la que se reciben, y 3. los niveles de abastecimiento. Dicho instrumento se está construyendo con la participación de los comités comunitarios, dotándolos paralelamente de un sistema de información que permita generar reportes en los diferentes niveles: municipal, departamental, regional y nacional.

También a fin de identificar los elementos positivos y los puntos que deben fortalecerse para dar fiel cumplimiento a lo planteado en el Documento de Reforma Integral de Salud, se ha desarrollado en 4 regiones del país (Occidental, Central, Metropolitana y Oriental) un Estudio de percepción de los Equipos Comunitarios de Salud desde la óptica de los liderazgos comunitarios.

A Nivel Sectorial. Se ha activado la primera mesa sectorial vinculada al tema de la salud sexual y reproductiva. En esta mesa se cuenta con la participación de diferentes sectores representativos de la diversidad sexual, entre ellos, personas con discapacidad, tercera edad, colectivo transgénero, jóvenes, mujeres, universidades y ONG's, que trabajaron una amplia temática producto de consultas territoriales a nivel nacional, que incluyeron: embarazo en adolescentes, prevención ITS, VIH/sida, atención de la SSR para adulto(a) mayor, mortalidad materna, prevención del aborto, acceso a la planificación familiar, educación integral de la sexualidad, prevención del cáncer de cérvix, cuello uterino, mamas y próstata, equidad de género, atención de la SSR para adolescentes, atención de la SSR para personas en situación de discapacidad.

Incidencia en Políticas Públicas. Las conclusiones de la mesa de SSR fueron retomadas por el MINSAL en la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En el segundo semestre de 2011 y primero de 2012 se espera instalar las mesas sectoriales de Salud Mental, Medicamentos y Violencia como parte de procesos similares de formulación de políticas públicas. El Foro Nacional de Salud ha participado activamente en las instancias política y técnica de la CISALUD llevando propuestas y generando debates en torno a diferentes temas que afectan a las comunidades, dando paralelamente aportes al Sistema de Información del MINSAL. En el primer semestre de 2011 introdujo en esta instancia la problemática derivada del impacto a la salud de las comunidades aledañas al relleno sanitario de MIDES en el Municipio de Nejapa, ubicadas en la ruta por la que transitan diariamente 400 camiones con 2000 toneladas de basura, dejando lixiviados y polvo, en detrimento de las comunidades. Se han desarrollado diversas acciones de movilización y propuesta en torno al proceso de Reforma y por la demanda de incrementar el gasto público en salud.

Habilitación de instrumentos de denuncia a las violaciones al derecho a la salud

La Oficina por el Derecho a la Salud (ODS) instalada durante la presente gestión para facilitar por la ciudadanía el ejercicio del derecho brindó 2215 atenciones de las cuales 1789 son solicitudes y 426 denuncias. La mayoría de solicitudes y denuncias provienen de la actividad hospitalaria, principalmente del área metropolitana.

De las solicitudes, el 90% provienen de personas que acuden directamente a la ODS en el MINSAL, y un 10% proviene de otras instituciones como la Secretaría de Inclusión Social. Algunas de las principales necesidades sentidas por la población son: información (vacunas), solicitudes de gestiones para exámenes diagnósticos que necesitan los usuarios y que en ese momento el MINSAL no puede proporcionar, tales como resonancias magnéticas nucleares, cateterismos cardíacos y embolizaciones, los cuales son resueltos a través de convenio específico ISSS-MINSAL.

En cuanto a las 426 denuncias registradas, el 45% fueron recibidas a través de la página web institucional, 31% provienen de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH), 5% del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales y 19% a través de correspondencia, llamadas telefónicas o correos electrónicos. Entre las principales denuncias tenemos: maltrato al paciente por parte del personal de los establecimientos de salud, insalubridad, falta de atención y falta de medicamento.

Además de las atenciones descritas anteriormente, se realizan coordinaciones interinstitucionales para el abordaje de casos específicos que incluyen asistencia técnica, logística, acompañamiento y verificación según ameriten:

- Ministerio de Relaciones Exteriores: monitoreo y supervisión del mecanismo de implementación de las medidas de reparación en materia de salud, para dar cumplimiento a la sentencia emitida por la Corte Interamericana de los Derechos Humanos en contra del Estado Salvadoreño por violación a los derechos humanos, en relación al Caso Serrano Cruz y al Caso García Prieto; también, a las recomendaciones emitidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en relación al Caso Natividad Ramírez y al Caso Contreras, Mejía y Rivera; en total son 30 personas a las que se les brinda atención médica, acompañamiento y asistencia social a través de los establecimientos de salud según su domicilio y de acuerdo a la complejidad de cada caso, implementando mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles de atención, Cancillería y representantes de las víctimas.
- La ODS es responsable de dar apoyo técnico y logístico al MINSAL y al Programa de Misión Milagro (convenio entre la República Bolivariana de Venezuela y El Salvador), mediante el cual se contribuye a mejorar el estado visual de población de escasos recursos económicos que son operados en la República Bolivariana de Venezuela.
- Jornadas de promoción de trato digno y derechos humanos, dirigido a jefaturas de seis hospitales nacionales, cinco coordinadores de SIBASI y ocho directores de unidades de salud.
- Secretaría Técnica de la Presidencia (Proyectos veteranos y veteranas de guerra) y Secretaría de Inclusión Social, donde se realizaron coordinaciones para la atención de pacientes a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud, según el domicilio y la complejidad de cada caso.
- Actividades de representación del MINSAL en seguimiento a convenios marco y específico MINSAL-ISSS, junta directiva de FOPROLYD, CONAIPD-política nacional de personas con discapacidad, política nacional de protección al consumidor y proceso de regularización de migrantes nicaragüenses (MRREE-OIM).

Formulación participativa de las políticas de salud

El MINSAL, en consulta con diferentes instancias y socios estratégicos del proceso de Reforma de Salud, delinearon un proceso participativo para la formulación de las políticas públicas de salud que desarrollarán las diferentes estrategias y recomendaciones contenidas en la Política

de Salud. El proceso responde a la necesidad de abrir los espacios a la sociedad en sus diferentes manifestaciones a fin de que las políticas reflejen inclusión, respondan a la necesidad de resolver los problemas de salud considerados, orienten el funcionamiento y rediseño del sistema de salud en sintonía con los objetivos de la Reforma y generen en los diferentes actores sociales el empoderamiento necesario de los contenidos de las diferentes políticas para garantizar su defensa y viabilidad.

El proceso participativo involucra los siguientes pasos metodológicos: 1) Identificación de la necesidad política; 2) Conformación de un Equipo Técnico con personal técnico del MINSAL, instancias de cooperación y un actor social clave del tema a abordar, que faciliten y cubran aspectos operativos del proceso; se trabaja el plan de acción para la elaboración participativa de la política; además se identifican actores clave a nivel nacional para incluirlos en el proceso. 3) Conformación de un Comité Consultivo: identificados los actores clave a nivel nacional, se convocan para formar parte de dicha instancia, lo que permite la presentación de la necesidad política, definir la pertinencia, elaborar el diagnóstico del tema planteado y el plan de acción para la formulación participativa. 4) Elaboración de documento preliminar: en el seno del Comité Consultivo se elabora la propuesta inicial de discusión a nivel nacional a partir de la construcción colectiva del documento preliminar. 5) Proceso de consulta: para efectos de ampliar la participación se divide en consulta técnica (con profesionales y técnicos versados en el tema, que pueden o no formar parte del Comité Consultivo, se revisa el documento preliminar) y luego pasa a consulta pública en eventos con metodología de talleres, que se organizan de manera desconcentrada en todo el territorio nacional, para posibilitar la participación de todas las regiones de salud. Adicionalmente el documento socializado y modificado en los talleres se coloca en la página web del MINSAL por un mes, para recibir los aportes ciudadanos. 6) Sistematización de aportes: que permite garantizar que los aportes de la consulta estén plasmados en el documento, a cargo del Equipo Técnico que lo presenta al Comité Consultivo para lograr que recoja todos los puntos de vista identificados en el proceso, sobre el tema a tratar. 7) Revisión jurídica: para cumplir los requisitos formales del documento de la Política. 8) Remisión para aprobación y oficialización. 9) Transferencia, Edición y Divulgación. 10) Divulgación y elaboración del Plan: con la Política oficializada se organizan jornadas de divulgación a nivel nacional y proceder a la construcción participativa del Plan Estratégico de Implementación de la Política.

Capítulo 9

Programas prioritarios

Gestión y programación sanitaria

El enfoque estratégico es superar la fragmentación del sistema producida por los programas verticales y fomentar su articulación con las RIIS.

En este periodo se ha concretado la integración programática para la atención a la persona en su ciclo de vida. Anteriormente se tenían programas aislados para la atención de los niños, mujer, adolescente, adulto mayor y adulto masculino. El resultado era un abordaje fragmentado de la atención a la persona, sin considerar el continuo de la atención en su ciclo de vida. Se ha iniciado la integración de los programas en la estructura y continuum de las RIIS. Tradicionalmente los programas eran ejecutados por cada uno de los niveles de atención sin relación entre ellos. Actualmente los programas atraviesan las RIIS, ejecutándose en cada uno de los niveles de acuerdo a su complejidad. También se ha iniciado la horizontalización programática, que permite la participación de las diferentes direcciones del nivel ministerial y de los diferentes niveles de atención en la toma de decisiones referentes a los aspectos programáticos para superar la verticalidad con que los programas se ejecutaban en periodos anteriores.

Actualmente funcionan tres grandes programas para la atención a la persona en el ciclo de vida: el programa de atención a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), el Programa de Atención a las Enfermedades Prevalentes y el Programa de Salud Bucal. Se ha estructurado un cuarto programa orientado a la atención a todas las formas de violencia, respondiendo así a este grave problema social y de salud pública. En todos estos programas se articulan los aspectos de enfermería.

Atención integral e integrada a la salud sexual y reproductiva en el ciclo de vida

A través de este programa se trata de abordar los aspectos de la SSR en el ciclo de vida, enfatizando no sólo la función reproductiva de la mujer y el hombre, sino considerando todos los aspectos de su sexualidad. Dos de los logros más relevantes han sido el lanzamiento del Plan Estratégico Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna y Perineonatal y el apoyo a la elaboración de la Política Nacional de SSR, cuya última versión está actualmente en proceso de consulta. En el presente periodo se ha otorgado prioridad a los componentes siguientes:

Componente Maternidad y Nacimiento Seguros.

Comprende planificación familiar, atención prenatal, cuidados obstétricos esenciales y atención del parto. El objetivo es disminuir la mortalidad materna y peri neonatal. Los avances más importantes han sido planificación familiar, en donde se aumentó la cobertura de métodos permanentes de control prenatal, así como la cobertura de colocación de DIU post parto; se ha ampliado el acceso de adolescentes a los métodos de planificación de mayor aceptación y efectividad, habiéndose realizado una compra en mayor cantidad del inyectable mensual Norigynon, que evita efectos secundarios en las adolescentes como la osteoporosis, sustituyendo así a la inyección trimestral de Depo Provera. En atención prenatal se introdujeron en los protocolos pruebas de tamizaje para detectar bacteriuria sintomática con el objeto de disminuir la prematuridad originada por las IVU; se han incluido en el primer nivel de atención intervenciones basadas en evidencia que disminuyen la mortalidad materna y peri-

neonatal, tales como uso del sulfato de magnesio para el manejo temprano de la preeclampsia, esteroides para mejorar la maduración pulmonar en caso de prematuridad. En cuidados obstétricos esenciales se elaboró y difundió en el SNS la norma para la atención de las principales morbilidades obstétricas y ginecológicas y se capacitó a personal hospitalario médico y de enfermería en habilidades obstétricas. En atención al parto, recién nacidos (RN) y al puerperio se han fortalecido las áreas de obstetricia/ginecología y de recién nacidos de 7 hospitales fortaleciéndolos con RRHH (médicos y enfermeras), material y equipo con el objeto de que las pacientes y RN sean atendidos por especialistas en horarios ampliados 24 horas y fines de semana. En lo que corresponde a la atención al recién nacido, se está implementando la estrategia madre canguro para atención a niños prematuros, se ha retomado la lactancia materna como pilar para la sobrevivencia y el desarrollo futuro del RN y se ha iniciado el proceso para la instalación de bancos de leche humana. Igualmente se ha elaborado la guía Hospitalaria de la Atención del Neonato y se concluyó la investigación rápida de prevalencia de defectos congénitos del tubo neural. Como ya se ha mencionado, con fondos de la Iniciativa de las Parlamentarias se han creado 42 plazas para hospitales (19 médicos especialistas, 22 enfermeras y 1 licenciada en radiología).

Componente cáncer cérvico uterino y mamario

Se ha trabajado intensamente para transformar un programa de detección precoz de cáncer cérvico/uterino y mamario con muy baja cobertura de citologías de primera vez en mujeres en edad fértil y en una fragmentación del proceso de detección y tratamiento de las lesiones pre-cancerosas y cancerosas del cérvix. Sucedió lo mismo con el cáncer de mama con una baja cobertura de mamografías en mujeres por arriba de 40 años. En el período se tomaron 3,350 mamografías y 20,000 citologías.

Con fondos provenientes de la Iniciativa de Mujeres Parlamentarias aplicados a este componente en el período en mención se obtuvieron los logros siguientes: creación de 26 nuevas plazas (5 radiólogos, 6 Técnicos en Rx, 3 patólogos 2 técnicos en patología, 3 citotecnólogas, 1 ultrasonografista, 2 secretarías, 1 auxiliar de servicios, 1 auxiliar administrativo, 2 ordenanzas); apertura de 2 laboratorios de patología (Hospital San Vicente y San Rafael), fortalecimiento de 4 laboratorios de patología (Santa Ana, San Miguel, Zacamil y Maternidad), fortalecimiento de 5 laboratorios regionales de citología, apertura de 3 clínicas de colposcopia (Hospital Metapán, Sensuntepeque y Santa Rosa de Lima), fortalecimiento de 16 clínicas de colposcopia en diferentes hospitales, fortalecimiento del

área de radiología de 9 hospitales, apertura del laboratorio de inmunohistología del Hospital Nacional Especializado Rosales, formación de 18 nuevos colposcopistas, fortalecimiento del Nivel Central para la supervisión del programa y para realizar una campaña de detección precoz de cáncer cérvico-uterino y mamario, suscripción del convenio MINSAL - Basic Health, para la implementación de la prueba Care HPV para detección del Virus del papiloma humano.

Atención a las enfermedades prevalentes en el ciclo de vida

En este programa se integran la atención a las enfermedades prevalentes de niños de 1 mes a 9 años, adolescentes y adultos mayores. El componente de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años progresivamente había disminuido su cobertura, reportándose nuevamente casos de desnutrición severa. Se decidió revertir esta tendencia declinante y para tales efectos se han dado lineamientos para contribuir a que los niveles locales puedan fortalecer el componente. Se produjo la guía "Escala simplificada del desarrollo en el menor de 5 años"; se actualizó la guía de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI Clínico) y se capacitó a recursos médicos y enfermeras para la aplicación de dichas guías. En lo que se refiere a la atención del adulto mayor se deben resaltar avances en la formación de recursos humanos de los niveles locales para la atención integral e integrada del adulto masculino y adulto mayor, así como la formación de adultos mayores como facilitadores en el autocuidado a la salud. Se elaboró el documento "Norma Técnica para la prevención, detección temprana y atención de enfermedades prostáticas". En cuanto a la atención al adolescente se han realizado investigaciones sobre prevalencia de enfermedades en adolescentes y capacitaciones al personal de los niveles locales para atención a adolescentes

Salud mental

Desarrollo de competencias para el personal de Salud Mental. Se desarrollaron acciones de capacitación; entre ellas, se destacan la capacitación de 90 trabajadores de la salud en el manejo de seis pruebas psicométricas (de personalidad y de inteligencia) para ser implementadas en el área de atención de casos, la ejecución del Taller de arte terapia dirigido a 35 profesionales en psicología y arte terapia, que culminó con una exposición de trabajos en el MINSAL; el desarrollo de talleres de autocuidado de la salud mental a 200 recursos humanos del MINSAL y de la

red intersectorial; en el marco de prevención de la Iniciativa No Más Violencia se realizó la preparación de líderes en “Prevención de la violencia” en coordinación con la ONG Trabajemos por la Paz, dirigido a grupos de ex pandilleros, líderes religiosos y pastores de iglesias; formación de 225 facilitadores del MINSAL y de la red intersectorial en “Prevención, detección y atención a los casos de alcoholismo y otras drogas”.

Fortalecimiento institucional. Impulso a la creación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Nacional Benjamín Bloom para un mejor abordaje de los pacientes infante juveniles con problemas psiquiátricos y de salud mental; contratación de 6 equipos móviles de salud mental en la Región Central, Paracentral y Metropolitana con el objetivo de dar seguimiento a casos detectados y referidos en sus comunidades; equipamiento de las Unidades de Salud Mental de los hospitales de Santa Ana y Saldaña; firma del convenio MINSAL y Asociación de Proveedores Agrícolas (APA) para la creación de centro de llamada para la atención de las personas con intento suicida; coordinación nacional con MINED para atender la salud mental de alumnos y profesores del magisterio nacional; ejecución del proyecto de Cooperación entre países Guatemala, Cuba y El Salvador, “Descentralización: Incorporar el componente de Salud Mental en los Hospitales Generales”.

Desarrollo de políticas y normas técnicas. Revisión y actualización de la Política Nacional de Salud Mental con la participación de la red intersectorial.

Atención a todas las formas de violencia

Este nuevo enfoque programático nació con el objetivo de dar respuesta a la atención sanitaria integral de las diferentes causas de violencia existentes en el país. La violencia constituye tal vez el problema social de mayor gravedad en el país, al tiempo que un serio problema de salud pública. Los tipos de violencia a ser abordados serán la violencia de género, la violencia intrafamiliar, la trata de personas, el trabajo infantil y las lesiones ocasionadas por la violencia con arma de fuego y accidentes de tránsito. Un hito institucional en el año transcurrido ha sido la conformación del Comité Interinstitucional de Atención Integral a la Violencia en todas sus formas, constituido por 30 instituciones gubernamentales y no gubernamentales y que deberá ser oficializado en el próximo mes de junio. En este período los logros más significativos han sido la presentación del programa ante las instancias interins-

titucionales e intersectoriales que trabajan en el mismo problema, la gestión de fondos para financiar el plan operativo del programa, elaboración del plan de capacitación continua para el abordaje integral de la violencia dirigido al personal de salud con el objetivo de fortalecer la capacidad técnica de los RRHH para el abordaje integral e integrado de la violencia en todas sus formas.

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

Las ECNT (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales, diabetes mellitus y cáncer) representan la principal causa de mortalidad prematura en las Américas. En año 2007 representaron 3.9 millones de muertes de las cuales el 80% son prevenibles, interviniendo de forma directa factores de riesgo tradicionales como el hábito de fumar, consumo nocivo de alcohol, dietas malsanas e inactividad física. En El Salvador constituyen la primera causa de muerte.

El Programa Nacional para La Prevención y Control de Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles tiene la responsabilidad de integrar las intervenciones en promoción de la salud, vigilancia sanitaria, servicios de salud, programas en el ciclo de vida, nutrición, planificación y regulación; de manera que se pueda ejercer acciones efectivas que impacten en la prevención, la atención primaria en salud, el control y la rehabilitación de las ECNT. El MINSAL ha asumido compromisos internacionales importantes como son: a) abogar para elevar la prioridad en la agenda de gobierno de la prevención y control de las ECNT con enfoque multisectorial y multidimensional en donde participen las diferentes carteras de estado, b) iniciar acciones intersectoriales con los demás sectores de gobierno, organismos internacionales, ONG's, gobiernos locales y sociedad civil para que se promueva la prevención a través de estilos de vida saludables como la actividad física, las dietas sanas y evitar el consumo de tabaco y alcohol, c) crear un programa integral dentro del MINSAL que actúe intersectorialmente en el abordaje integral, promoción y prevención de las ECNT.

Salud Renal

En América Central y el sur de México se ha reportado un alto incremento de la ERC y la insuficiencia renal crónica (IRC), reportando una alta prevalencia en hombres agricultores menores de 60 años expuestos a productos agroquímicos. En El Salvador, la IRC constituye la 5ª causa de muerte a nivel nacional en personas mayores de 18 años, la 2ª causa de muerte en el sexo masculino y la 1ª causa de mortalidad hospitalaria.

En el Bajo Lempa se estudiaron 375 familias y 775 personas \geq 18 años de ambos sexos. La prevalencia de ERC en ambos sexos fue de 18%; en el sexo masculino 25.7% y sexo femenino 11.8%. La prevalencia de IRC en ambos sexos fue de 9.8%; en el sexo masculino 17% y sexo femenino 4.1 %. Se demostró una elevada prevalencia de factores de riesgo vasculares ateroscleróticos (tradicionales): diabetes mellitus 10.3%, hipertensión arterial 16.9%, historia familiar de ERC 21.6%, dislipidemia 63.1%, sobrepeso 34%, obesidad 22.4%, síndrome metabólico 28.8% y elevada prevalencia de exposición a nefrotóxicos: consumo de analgésicos 74.8%, enfermedades infecciosas 86.9%, consumo de plantas medicinales 64%, contacto con agroquímicos: 50.3%.

Proyecto NEFROLEMPA (con apoyo de AECID). Por esta razón se diseñó y se encuentra en ejecución el Proyecto NEFROLEMPA, que desde agosto del año 2010 viene actuando en la zona del Bajo Lempa que presenta las más altas cifras de prevalencia de ERC. La siguiente es una síntesis de sus principales actividades y logros: 1-Investigación: abordaje intersectorial y multidisciplinario con CISALUD, en 10 comunidades 700 familias y 3913 personas de todas las edades, caracterización clínico epidemiológica para determinar la frecuencia, distribución y posibles factores causales de ERC, planificación y gestión de la caracterización clínica e histopatológica de la ERC, estudio del medio ambiente físico, laboral y social de las comunidades del Bajo Lempa y San Miguel. 2-Servicios de Salud: Primer Nivel de Atención: fortalecimiento de la Unidad de Salud Renal en el Bajo Lempa para la investigación, prevención-asistencia y desarrollo de los recursos humanos en la comunidad, programa educativo orientado a la población general y específico para las personas con riesgo incrementado, seguimiento sistemático a los pacientes en las RIIS, atención preventivo asistencial a 23 comunidades a través del equipo de salud de la Unidad de Salud Renal del Bajo Lempa, acciones intersectoriales (MINSAL, universidades, sociedades profesionales, asociaciones comunitarias, ONG, y medios de comunicación entre otras, para el abordaje integral de la salud poblacional. En el Hospital de San Juan de Dios de San Miguel se ha apoyado a través de los fondos de AECID a servicios de Nefrología con los insumos para los pacientes que requieren de hemodiálisis, diálisis peritoneal en el sistema nacional de salud. 3-Desarrollo de Recursos Humanos: educación continuada dirigida a los profesionales, técnicos de la salud y personal en formación (estudiantes, médicos), así como de los comités de salud de las comunidades que atiende la Unidad de Salud Renal, incorpo-

ración de estudiantes de la carrera de salud ambiental al programa NEFROLEMPA, programas educacionales para difundir la importancia de las estrategias de salud renal dirigidas a profesionales no relacionados con la salud: comunicadores, docentes, profesionales del ámbito social, líderes comunitarios. 4-Creación de la Comisión Intersectorial de Salud Renal: con apoyo de la OPS/OMS se constituyó la Comisión Intersectorial de Salud Renal, que tiene como objetivo la atención de la enfermedad renal como problema de salud pública a nivel nacional, formulando estrategias de intervención en los componentes de investigación, servicios de salud y formación de recurso humano. Participan representantes de la Asociación de Nefrología e Hipertensión de El Salvador, jefes de los servicios de nefrología de los hospitales Rosales, Bloom, San Juan de Dios de San Miguel y Santa Ana, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Instituto de Bienestar Magisterial, FOSALUD, así como el nivel central del MINSAL y OPS/OMS.

ITS-VIH-SIDA

La orientación política del MINSAL ha sido el mantenimiento del acceso gratuito a la atención a personas con infección por VIH, incluyendo medicamentos antirretrovirales y pruebas de seguimiento, sin presentar desabastecimiento. Esta orientación ha sido cumplida en su totalidad.

Gestión y Coordinación. Se amplió la atención descentralizada de las Personas con VIH con la apertura de tres clínicas en los Hospitales de Sensuntepeque, Zacatecoluca, Usulután, sumando a 20 las clínicas que existían desde mayo del 2009. Se contó para esto con financiamiento del Fondo Global, Ronda 7 fase 1. Se elaboró el Protocolo de Atención Nutricional para Personas con VIH a nivel hospitalario, el cual se encuentra ya implementándose en cada uno de los hospitales con y sin atención descentralizada. Dentro del marco del enfoque de los tres unos, se finalizó el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015, elaborado en coordinación con todos los sectores gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la respuesta nacional al VIH. Se finalizó el informe UNGASS 2010, en el que brinda información esencial sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de la respuesta nacional al VIH-Sida. Emisión de un boletín epidemiológico que brinde respuestas concretas y prácticas para el VIH en coordinación con la Mesa de Contraloría Social en VIH.

Prevención de la transmisión materno-infantil. Desde el 2003 se han implementado estrategias orientadas a la

disminución de la transmisión materno-infantil del VIH, lo que se ha traducido en una reducción considerable del número de nuevos casos de niños menores de 1 año infectados con el virus (reducción del 88% en el número de casos de niñez nacida con VIH, e incremento en el número de pruebas de VIH realizadas, descentralización del tratamiento al segundo nivel: de contar con un hospital en el año 2001, a 18 hospitales en el 2010). Actualmente se tienen 290 niños con Terapia Antirretroviral y según datos del SIP nacieron 33 niños con sífilis congénita durante el año 2010. Por esta razón se elaboró durante el año 2010 la estrategia de prevención de la transmisión de VIH y sífilis, con énfasis en el trabajo del primer nivel de atención, con un rol activo de los ECOS en la búsqueda activa de embarazadas en las zonas rurales. Además, se ha equipado con reproductores de DVD para cada uno de los establecimientos del primer nivel de atención para que se pueda reproducir la estrategia en cada uno de estos lugares. Además se ha mejorado la entrega de sucedáneos de leche maternizada a cada una de las mujeres que han realizado parto y se encuentran infectadas con VIH como parte de la estrategia de reducción de la transmisión materna infantil.

Atención integral a las personas con VIH. Se descentralizó la atención integral en los hospitales de Cojutepeque, Sensuntepeque, Usulután y Zacatecoluca. Actualmente son 20 los hospitales que brindan atención integral descentralizada a personas con infección por VIH, que cuentan con equipos multidisciplinarios para la atención, recuperación y prevención de las complicaciones existentes o no en las personas con VIH de las áreas geográficas de influencia de cada uno de los hospitales. Se ha asegurado acceso gratuito de la atención a personas con infección por VIH, incluyendo medicamentos antirretrovirales y pruebas de seguimiento. A diciembre de 2010, se encontraban 5,843 personas activas en tratamiento antirretroviral, a quienes se les dispensa cada mes su tratamiento en los 20 hospitales que brindan atención a personas con infección por VIH. Es decir cada día el MINSAL entregó 292 tratamientos antirretrovirales. Para el año 2010, se iniciaron más de 1400 nuevas personas en tratamiento antirretroviral. Se ha conformado el Comité de Farmacovigilancia en VIH. Se ha avanzado en la validación de compra de medicamentos antirretrovirales año 2011 y en el análisis de costos de medicamentos antirretrovirales. Se cuenta con apoyo del Programa Nacional de VIH-sida del Ministerio de Sanidad de España a través de los procesos de capacitación continuada y con la maestría en VIH. A su vez, se han ampliado las pasantías para los médicos o

paramédicos que brindan la atención en VIH por centros de atención especializada en España.

La acción de los Promotores de Salud en VIH. Con la implementación de la estrategia de contratación de personas con VIH en cada uno de los diferentes centros que cuentan con atención descentralizada para el desempeño de funciones de promotores en los procesos de pares e interrelacionen con los grupos de apoyo, se ha logrado la reducción de los abandonos, su integración al equipo multidisciplinario, participación en el seguimiento de casos difíciles en personas que recién acaban de comenzar la terapia antirretroviral, procesos de capacitación continuada a cada uno de los promotores en VIH en las diferentes temáticas de implementación de la respuesta con las personas con VIH y mejoría de las domiciliarias para la recuperación de personas que se encuentran en abandono de la terapia antirretroviral.

Prevención y atención a las personas privadas de libertad. El Programa Nacional de ITS/VIH-sida se ha constituido en eje para integrar diferentes formas de abordaje a los centros penales con el apoyo de la comunidad, las organizaciones de apoyo y basadas en la fe. Se trata de una estrategia única en la región para la prevención atención y reducción del estigma y la discriminación en privados de libertad. En este período se pueden informar estos avances: programación y ejecución conjunta con las 5 regiones de salud para el mejor desarrollo de la estrategia de centros penales, procesos de evaluación conjunta entre el Programa Nacional de ITS/VIH-sida y la representación de los centros penales de todo el país con la integración de la Dirección General de Centros Penales, apoyo de organizaciones que han sido reconocidos mundialmente en su trabajo en centros penales, conformación de 22 equipos integrados de trabajo entre el personal de centros penales y los establecimientos de salud de las áreas geográficas de influencia, coordinación de la Red Centroamericana y de República Dominicana para la prevención y atención del VIH-sida en los centros penales (REDCARD) cuyo proceso de coordinación finalizó en agosto de 2010 y es entregada a Honduras, realización del II Foro Centroamericano y de República Dominicana en VIH y Centros Penales y realización del IV Foro nacional de VIH y Centros Penales, dos clínicas de atención integral al interior de los centros penales de La Esperanza (Mariana, Mejicanos) y Apanteos (Santa Ana).

Aún se tiene pendiente la realización de un diagnóstico situacional en centros penales, mantener el trabajo conjunto interprogramático para la reducción de la morbili-

dad relacionada a la tuberculosis al interior de los centros penales, continuidad de la capacitación del personal de las unidades de salud de las áreas geográficas de influencia de los centros penales, el personal de custodios, los equipos criminológicos para mejorar la respuesta integrada, integración del eje de trabajo Clínica de VIH (Hospital)/ Unidad de Salud/SIBASI para integrar estrategias que conlleven a la reducción de otras comorbilidades al interior de los diferentes centros penales.

SIDATEL y líneas amigas de apoyo en la prevención del VIH. En el período que se informa se ha asegurado la continuidad de la orientación de trabajo en la Línea Confidencial de SIDATEL y se ha adquirido una nueva central telefónica para la respuesta integrada entre SIDATEL y las líneas amigas en la respuesta de VIH.

Derechos Humanos y VIH. Se ha logrado la designación de un abogado con nombramiento Ministerial encargado de velar por el cumplimiento de la Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el VIH. Con este apoyo se reciben y se dan seguimientos a las diferentes denuncias, así como acompañamiento a las víctimas, a fin de garantizar evitar que se continúen violentando sus derechos. El MINSAL forma parte de la Red Regional de Derechos Humanos y VIH.

Abordaje del tratamiento a la coinfección TB-VIH. Se han redoblado los esfuerzos para avanzar en tratar de forma integral la coinfección TB-VIH. Para ello se han oficializado los nuevos lineamientos sobre coinfección TB-VIH a nivel nacional según las normas internacionales actuales.

Capacitación del personal de la red de laboratorios clínicos y bancos de sangre del MINSAL y otras instituciones del sector salud. Se han realizado programas de capacitación orientados a desarrollar competencias en el personal de salud para todo el ciclo de identificación y seguimiento laboratorial.

Fortalecimiento institucional, equipamiento y dotación de materiales y reactivos para diagnóstico de VIH y sífilis. Los almacenes regionales de la Región Metropolitana y Paracentral fueron equipados con refrigeradores para almacenamiento y conservación de reactivos de laboratorio clínico; 182 laboratorios clínicos y bancos de sangre del MINSAL fortalecidos con equipo, insumos, materiales y reactivos para la realización de pruebas de VIH y Serología para sífilis; apoyo a otras instituciones como Cruz Roja Salvadoreña con reactivo para serología

de sífilis a donantes de sangre; laboratorios de confirmación para pruebas de VIH en los hospitales de Santa Ana, San Miguel y Sonsonate con micropipetas multicanal, lectores con impresor y lavadores para pruebas de ELISA, con su respectiva instalación y entrenamiento del personal para su uso; equipamiento completo para la realización de pruebas de ELISA automatizadas y semi-automatizadas en el Hospital Nacional Rosales

Diagnóstico con Unidades Móviles de VIH

No de pruebas para VIH:	
Enero-diciembre 2010	23,777 pruebas
Enero-Abril 2011	11,125 pruebas

No de serologías para Sífilis en trabajadoras sexuales	
Junio – diciembre 2010	1,134 pruebas

Atención en prevención del VIH. Desde el año 2007, con financiamiento de Fondo Global, se ha desarrollado una estrategia de abordaje a personas que utilizan las fronteras y las estaciones de paso de nuestro país como sitios de trabajo (sean establecidos o como vías frecuentes). Se realizan acciones de prevención (acciones educativas charlas y entrega de condones), consultas y jornadas de tomas de prueba en estos diferentes puntos. Durante el período que se informe se han realizado las siguientes acciones:

Estas actividades son realizadas por un grupo de médicos en cada uno de los puestos fronterizos del occidente y centro del país y en las estaciones de paso, en la Oficina Sanitaria Internacional en el Aeropuerto de Comalapa, así como a los compatriotas que son repatriados.

Acciones realizadas	Total
Número de Trabajadoras Sexuales informadas	3,470
Número de motoristas informados	16,737
Número de personas en riesgo atendidos	21,174
Adolescentes Informados	4,161
Número de grupos focales atendidos (Repatriados y Marineros)	26,027
Consejería y toma de la prueba	
Número de pruebas realizadas	7,395
No de pruebas reactivas o indeterminadas	29
Número de pruebas no reactivas	7,366
Sector salud	
Cantidad de condones entregados	295,169
Fortalecimiento de redes comunitarias	
Número de líderes sociales capacitados	253

Prevención y tratamiento del VIH en las municipalidades.

Se viene trabajando en el proyecto de capacitación de personal, líderes y lideresas de cada uno de los 262 municipios de El Salvador. El objetivo final es que cada municipalidad pueda generar una política de trabajo, reducción del estigma y la discriminación y prevención en la respuesta integrada al VIH que incluya a toda la comunidad. En el año 2010 se logró capacitar un total de 3000 personas que laboran dentro de las alcaldías de diferentes zonas del país. También se pudo contar con la participación de líderes de las comunidades con disposición a integrarse al trabajo en control del VIH. En el primer semestre del 2011 se han capacitado otros 2500 recursos humanos para aumentar así la cobertura de personal y avanzar hacia la meta de capacitar al personal que labora en las alcaldías de los 262 municipios de nuestro país.

Monitoreo y evaluación. Seguimiento del trabajo de la comisión de Monitoreo y Evaluación de CONASIDA, finalización y lanzamiento oficial de Plan Estratégico Nacional Multidisciplinario (PENM) 2011-2015 el cual dará los lineamientos de funcionamiento para el seguimiento de esta comisión y del PENM, realización del Plan Anual Operativo para el PENM para lo que resta del presente año, elaboración e implementación de trabajo conjunto para el desarrollo del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación en respuesta al quinquenio.

Tuberculosis y enfermedades respiratorias

La Reforma de la Salud ha permitido fortalecer el enfoque actual de horizontalización de las intervenciones y aumento del acceso de la población tanto al diagnóstico como al tratamiento de la tuberculosis de forma gratuita. Ha hecho factible también la incorporación de otros proveedores de salud en la lucha contra la tuberculosis y el fortalecimiento de los servicios a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar. El acceso, la cobertura y el tratamiento es gratuito en el 100 % de casos diagnosticados con tuberculosis a nivel nacional, desde que El Salvador inició en el año 1997 la Estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) alcanzando el 100% de establecimientos del Ministerio de Salud en el año 2001.

Durante el período 2010-2011 el Programa ha alcanzado algunos logros de importancia tanto en su efectividad como en su capacidad institucional. Caben resaltar el mantenimiento de la tasa de curación de los casos de tuberculosis en 87% logrando que El Salvador esté por encima del estándar mundial que es de 86% ; la detección

de casos de tuberculosis del 92% con relación a la carga estimada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), disminución de la coinfección tuberculosis más VIH/ SIDA en dos puntos porcentuales con relación al periodo anterior, durante este año El Salvador no ha registrado casos de tuberculosis resistente, El Salvador es el único país en la región que ha puesto en práctica las 6 estrategias de ALTO A LA TUBERCULOSIS, priorización de la atención de la tuberculosis a grupos más vulnerables (VIH/SIDA privados de libertad, asentamientos urbanos precarios), reforzamiento de la red de laboratorios y hospitales de los 26 municipios priorizados con equipamiento adquirido con financiamiento del Fondo Global.

En lo que se refiere a la capacidad institucional en el período se deben resaltar:

- La visita en marzo de este año de la misión evaluadora Internacional constituida por un equipo de expertos provenientes de la OPS/OMS y la Unión Internacional de la Tuberculosis. La evaluación realizada llegó a la conclusión que “el PNTYER del Salvador con base en la organización y logros alcanzados en la implementación de todos los componentes de la Estrategia Alto a la Tuberculosis puede servir como modelo para otros programas de salud pública del país, así como para otros programas de control de TB de la Región de Las Américas”
- En marzo del 2011 el Programa de Tuberculosis de El Salvador fue considerado el mejor Programa de las Américas por la Unión internacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. De manera similar al realizarse la evaluación en el manejo de la tuberculosis resistente, se recomendó que “el Programa Nacional de Tuberculosis debe de continuar con el excelente manejo de pacientes con multi-drogaresistencia”
- Se participó en el IX Curso Internacional de Epidemiología y Control de la Tuberculosis (Marzo 2011) coordinado por la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión)
- A nivel mundial la Unión Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias seleccionó a tres países, siendo uno de ellos nuestro país, para la implementación del Proyecto de Asma, cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención de las personas que padecen de asma, iniciando su fase piloto en tres establecimientos de salud
- Por segunda ocasión se cuenta con financiamiento del Fondo Global para la implementación de estra-

tegrías diferenciadas a poblaciones vulnerables de 26 municipios priorizados, lo que ha permitido el fortalecimiento de recursos a nivel comunitario llamados “agentes urbanos solidarios”

Prevención y control de la Enfermedad de Hansen (lepra)

Se ha logrado mantener el indicador de eliminación de la Lepra a nivel país (0.01x 10,000 hab) con diagnóstico temprano de la enfermedad y aplicación de poli-quimioterapia gratuita a pacientes, como parte de la APS Integral del Sistema de Salud. Todo el sector salud ha informado y registrado los casos detectados, presentando a la fecha una prevalencia de 96 casos. El 62% de los pacientes en tratamiento son del sexo masculino, el 100% mayor de 15 años y en tratamiento multibacilar. En el 91% de casos la clasificación clínica es lepra lepromatosa. La detección temprana de los casos, el acceso a la atención y el tratamiento normado, oportuno y gratuito en el 100% de los pacientes ha disminuido significativamente el número de casos con discapacidad grado II, ya que en el año 2010 no se presentó ningún caso con esta discapacidad y el 90 % de los casos no presentó discapacidad alguna al momento de su detección. En todos los establecimientos que presentaron casos nuevos se capacitó técnicamente al personal que maneja los casos en tratamiento y en seguimiento de lepra. Se supervisaron todos los laboratorios que realizaban en ese momento el diagnóstico bacteriológico de la enfermedad (13 laboratorios) y a todas las muestras se les realizó control de calidad según los estándares internacionales.

Atención a la salud bucal en el ciclo de vida

Se ha enfatizado el fortalecimiento de la capacidad institucional. Los logros más relevantes en el periodo son la elaboración del Diagnóstico de Salud Bucal, educación y sensibilización de la ciudadanía, se han incluido las morbilidades odontológicas en el sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL, se realizaron acciones de coordinación con otras instituciones tales como la investigación de la “Efectividad de la Técnica Restaurativa Atraumática” (TRA), realizada en coordinación con la Universidad de El Salvador. Asimismo, se implementó la estrategia “Comunidades libres de caries”, impulsada por OPS/OMS, siendo el logro más relevante la conformación y oficialización del Comité Interinstitucional de Salud Bucal conformado por 26 representantes de diferentes instituciones y sectores involucrados en el quehacer de la salud bucal.

Seguridad alimentaria y nutricional

Lactancia materna. Entre las acciones realizadas están el aseguramiento de condiciones para que 110 empleadas del Ministerio de Salud puedan amamantar sus hijos, haciendo uso del Acuerdo Ministerial n.º 302, referente a la utilización de una hora diaria para amamantar hasta el noveno mes de edad, realización y publicación del informe de la III Evaluación del Código Internacional de Sucesos de Leche Materna, difusión del informe de la III Evaluación del Código Internacional de Sucesos de la Leche Materna en El Salvador (670 profesionales), evaluación de 4 servicios de salud y acreditación de 3 de ellos como establecimientos amigos de la niñez y las madres, capacitación de 60 nuevos recursos humanos de enfermería en Consejería de Lactancia Materna (duración de 40 horas) y de otros 550 recursos humanos de diversas disciplinas en el Curso Básico de Lactancia Materna (18 horas), elaboración de la política de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, actualmente en proceso de consulta.

Micronutrientes: Elaboración y divulgación del Plan Nacional 2010-2014 para la prevención y control de las deficiencias por micronutrientes, con participación de 129 profesionales del sector gubernamental y no gubernamental, gobiernos locales, sector productor de alimentos y de la academia; aprobación del hierro aminoquelado para ser incorporado en listado oficial de medicamentos (versión XI); aprobación de la norma salvadoreña obligatoria de fortificación de pastas alimenticias fortificadas con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B; mejoría del nivel de vigilancia de alimentos fortificados que se refleja en los reportes de niveles apegados a la norma en la industria y hogares a lo largo del año (los resultados muestran que para el año 2010 más del 95% de los hogares consumen alimentos fortificados, y a nivel de la industria más del 90% de acuerdo a norma técnica); publicación y difusión social del estudio nacional sobre retinol sérico en niños y niñas de 12 a 59 meses de edad y mujeres en edad fértil, con la participación de 570 profesionales del sector gubernamental, no gubernamental, sector académico y empresa privada; diseño y publicación de material educativo sobre prevención de anemia dirigido a los equipos de atención en el primer nivel.

Vigilancia del estado nutricional de la población. Diseño y validación en prueba piloto del modelo para un sistema integrado de vigilancia nutricional; realización de prueba piloto para validar el Sistema Integrado de Vigi-



Contacto maternal

Fotografía: Salvador Amílcar Meléndez Girón

Concurso Maternidad Segura, OPS/OMS-El Salvador

lancia Nutricional; certificación de 10 profesionales del MINSAL como antropometristas por parte del INCAP; capacitación de 100 profesionales en el área de antropometría provenientes del MINSAL, ONG's, ISNA y agencias de cooperación; capacitación de 231 recursos humanos en el manejo de equipo portátil (hemocue) para la determinación de anemia; adquisición y entrega de 538 básculas a unidades de salud y ECOS, y de 241 equipos portátiles para evaluar hemoglobina; fortalecimiento de la capacidad técnica de laboratorio central para evaluar yoduria y composición corporal a través de técnicas isotópicas; realización de jornadas de toma de muestras de hemoglobina para determinación de anemia en población en 155 municipios del país.

Crecimiento y desarrollo. Evaluación nacional de la estrategia de los Centros Rurales de Salud y Nutrición; actualización de las guías alimentarias; inicio del programa de alimentación complementaria para niños de 6 a 23 meses, mujeres embarazadas con riesgo nutricional; desarrollo de un estudio sobre pruebas de comportamientos en alimentación y nutrición en 250 familias en áreas urbanas y rurales a nivel nacional; capacitación técnica de 128 promotores de nutrición en las áreas de alimentación y nutrición; firma de convenio con el Programa Mundial de Alimentos y USAID en apoyo a los centros rurales de salud y nutrición en el marco del proyecto Nutrimos El Salvador por un período de 3 años.

Coordinación intersectorial. Participación activa en el Comité Técnico de Seguridad Alimentaria Nutricional, el cual elaboró la Política de SAN que fue oficializada recientemente; integración y participación activa en la Red de Actividad Física de El Salvador.

Salud ambiental

Siguiendo las orientaciones de política del MINSAL, la intersectorialidad ha sido una de las estrategias de trabajo asumidas. Ello explica en buena medida el éxito de las acciones para controlar y prevenir las enfermedades generadas por mosquitos, roedores e identificar factores de riesgo de otras enfermedades de origen zoonótico. En tal sentido se han suscrito convenios y compromisos de apoyo interinstitucional entre ANDA, MARN, MINED, Defensoría del Consumidor, MAG, FISDL, MOP y STP.

Una de las prioridades fue el control de la enfermedad de Chagas. Para ello se han revisado y aprobado los lineamientos técnicos para el rociado y control de esta enfermedad, y se ha capacitado técnica y operativamente al personal técnico vectorial, y equipado con bombas de rociado e instrumentos de bioseguridad al personal de salud en 7 departamentos, con énfasis en el personal de los establecimientos de salud y los ECOS.

En lo referente a control de zoonosis se ha contribuido a prevenir y evitar riesgos de leptospirosis a través de la capacitación, sensibilización y organización de 500 usuarios de los mercados municipales del AMSS (Mejicanos, San Salvador y Soyapango), entrega de veneno para controlar ratas y ratones de los mercados.

Los desechos bioinfecciosos generados en los servicios de salud fueron administrados de forma oportuna y segura en los 30 hospitales nacionales y en las 369 unidades de salud, cumpliendo con los estándares de la norma salvadoreña respectiva.

En lo que se refiere a control de alimentos y bebidas durante el período que se informa se incrementó la vigilancia de los alimentos fortificados. Con apoyo del Laboratorio de Control de Alimentos y Agua se ha verificado el nivel de fortificación de los productos alimenticios: harina

de trigo y harina de maíz con hierro y ácido fólico y vitaminas del complejo B, azúcar con vitamina "A" y sal con yodato de potasio. Además se realizó el registro sanitario de 3087 productos alimenticios y bebidas mediante la evaluación de la inocuidad y calidad, se autorizaron 54,655 importaciones de alimentos y bebidas, y se dieron 502 dictámenes técnicos. Se participó en el trabajo con el Comité Sectorial de Alimentos realizando acciones conjuntas con el Ministerio de Agricultura y Ganadería y la Defensoría del Consumidor.

En saneamiento se elaboró la Norma Técnica Sanitaria para instalación y funcionamiento de sistemas de tratamiento individuales de aguas negras y grises y la propuesta de normativas integradas de saneamiento básico. Se ha fortalecido la coordinación y apoyo técnico entre Vice Ministerio de Vivienda, Secretaría Técnica de la Presidencia, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, con el objetivo de resolver y proponer alternativas de solución a las temáticas de agua y saneamiento básico y ambiental. Se realizaron 4441 inspecciones a sistemas públicos de abastecimiento de agua, 752 inspecciones a plantas envasadoras de agua, 2713 inspecciones a equipos para producción de PURIAGUA, y 161,549 lecturas de cloro. Se tomaron 7953 muestras de agua de consumo humano para análisis bacteriológico, de las cuales 97.64% cumplen la norma de agua potable, 590 muestras de agua de consumo humano para análisis físico químico, de las cuáles 97.64% cumplen la norma de agua potable; se tomaron 275 muestras de agua de consumo humano para análisis de trazas de metales, de las cuáles 91.64% cumplen la norma de agua potable. También se tomaron 1461 muestras de agua de consumo para análisis bacteriológico de agua envasada de las cuales el 91.38% cumplen la norma de agua envasada; se produjeron 390,848 litros de PURIAGUA, beneficiando a 301,378 viviendas y a 1,506,890 personas; se han adquirido 9 equipos para dar sostenibilidad a la estrategia de desinfección domiciliar con PURIAGUA, y actualmente se cuentan con 200 equipos distribuidos a nivel nacional. Se incorporó a 29 establecimientos de salud al Programa de Recuperación de Desechos Sólidos Comunes, se recuperaron en los establecimientos de salud 11,863.5 libras de plásticos, 32,905.45 libras de papel, 827.5 libras de aluminio y 120 libras de vidrio y se fortaleció el programa de separación y reciclaje con la compra de 1000 depósitos plásticos.

Vigilancia laboratorial

La función de vigilancia de la salud a través de laborato-

rios de salud pública ha recibido mayor prioridad y apoyo durante la actual Administración. Durante el año 2010 la Unidad de Vigilancia Laboratorial aumentó su producción en las diferentes áreas de un 13% a un 20% en comparación con años anteriores. Se han logrado significativos avances en fortalecimiento institucional: La Sección de Biología Molecular del Área de Laboratorio Clínico se fortaleció con dos equipos para realizar la prueba de PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) en tiempo real; para reforzar la capacidad de respuesta de análisis de plomo en sangre se adquirió un equipo más de espectrofotómetro de absorción atómica con horno de grafito con lo que se ha logrado incrementar el número de muestras para análisis de plomo (si comparamos la producción del año 2009 con la del 2010 el aumento ha sido de un 400%). En abril del 2011, el Laboratorio Central Dr. Max Bloch recibió el reconocimiento del Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas, Fase 2 y la Agencia de Cooperación internacional de Japón (JICA) por el excelente trabajo realizado durante el año 2010 en el proyecto para el Control de la Enfermedad de Chagas, Fase 2.

Entre los logros más significativos se pueden mencionar:

- Elaboración del Listado Oficial de Insumos de Laboratorio (LOI), para mejorar el sistema de gestión de suministros de laboratorios de salud pública, en los diferentes establecimientos de salud
- Implementación de la prueba RT-PCR para sarampión y rubéola, logrando la autonomía en la confirmación de casos con resultados positivos ó indeterminados en el ELISA IgM.
- Pruebas rápidas para determinar resistencia a Isoniacida y Rifampicina. Al M. Tuberculosis. (Nitrato Reductasa.)
- Divulgación del Manual de Control de Calidad de los Laboratorios de VIH impartido a profesionales del sector público y privado
- Oficialización del Manual de Promoción, Captación y Selección de Donantes de Sangre que facilita al personal que labora en la Red Nacional de los Bancos de Sangre los instrumentos para el proceso de selección de donantes
- Renovación de acreditación de 21 determinaciones de agua (físicoquímico, metales, bacteriológico), alimentos fortificados, plomo en agua y sangre
- Participación en la ejecución de plan piloto para validación de instrumentos, muestreo y análisis microbiológicos, físicoquímicos de agua de piscinas

Capítulo 10

Abordaje de emergencias sanitarias, desastres y control de enfermedades transmitidas por vectores

Respuesta a emergencias

En El Salvador, fenómenos de origen natural y antrópico han generado en los últimos veinte años, eventos destructivos y situaciones críticas que han afectado la salud de la población.

El segundo año de gestión estuvo caracterizado por menos situaciones de emergencias graves, como habían sido las tormentas Ida, Aghata y la influenza pandémica AH1N1.



Durante el período que se reporta se dieron ciertos fenómenos como la Tormenta Alex en junio, cárcava en el Reparto las Cañas en julio y la continuación de la epidemia de dengue. Las atenciones brindadas por MIN-SAL ante estas situaciones se refieren no sólo a aquellas brindadas en la red de establecimientos de salud, sino también en los albergues que se habilitaron y en las comunidades afectadas por estos desastres. Esto ocasionó mayor demanda de atención, incremento en el consumo

de medicamentos, insumos médicos, insumos para el control de vectores, roedores, calidad del agua, alimentos. Estos fenómenos naturales también provocaron daños en la infraestructura, equipo, insumos y transporte, entre otros.

El Ministerio de Salud brindó una respuesta rápida y efectiva para garantizar una asistencia médica, sanitaria y de rehabilitación a la población, con la integración, coordinación y gestión de las instituciones que conforman la Comisión Técnica Sectorial de Salud que integran el Sistema Nacional de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres. Esta Comisión es coordinada por el Ministerio de Salud.

Interrupción de la Transmisión de la Enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus*¹

La Comisión Intergubernamental (CI) de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la interrupción de la transmisión vectorial, transfusional y atención médica de la enfermedad de Chagas, con la Secretaría Técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, ha validado la eliminación de *Rhodnius prolixus* del territorio de El Salvador.

El *Rhodnius prolixus*, conocido vulgarmente en el país como chinche picuda, es uno de los vectores transmisores del *Tripanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad de Chagas. La entrega oficial de la homologación de la Comisión Internacional de IPCA a la "Interrupción de la

¹ Información extraída de la página Web de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Dirección: <http://new.paho.org/els/index.php?option=com_content&task=view&id=190>. Consultado el 31 de mayo de 2011.

transmisión de la enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus* en el año 2009 en el territorio de El Salvador” se realizó en el marco de la XII Reunión de la Comisión Inter-gubernamental de IPCA convocada en San Salvador del 16 al 18 de junio de 2010.

La enfermedad de Chagas es prevenible y eliminable mediante el control integrado de los vectores, la promoción del mejoramiento de las condiciones locales y ambientales y los entornos saludables, y el aumento del acceso a los servicios de salud básicos, como los medicamentos antichagásicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención. La enfermedad de Chagas es una enfermedad parasitaria que afecta a 7.5 millones de personas en el mundo, la mayoría de ellas niños. Un 80% de los casos de la enfermedad de Chagas son transmitidos por las chinches picudas y que además se trasmite a través de la sangre por transfusiones de sangre infectada y accidental al manipular material infectado.

En El Salvador se calcula que 232.000 personas están infectadas. Anualmente 2.500 personas se identifican como casos crónicos y entre 70 a 80 agudos, la mitad de ellos menores de 15 años. En el año 2008 se determinó una seroprevalencia de *T.cruzi* del 2.3% entre los donantes de sangre, a diferencia de Guatemala, Honduras, Costa Rica y Panamá, cada uno de los cuales tuvieron una prevalencia menor de 1%. También, la seroprevalencia de *T.cruzi* en El Salvador fue el más alto, en comparación con otros resultados del tamizaje de sangre, por ejemplo: la hepatitis B (0.24%), hepatitis C (0.32%), VIH (0.09%) y sífilis (0.83%).

La lucha contra la enfermedad de Chagas se ha intensificado en los últimos 10 años. A los permanentes esfuerzos del Ministerio de Salud se ha sumado la cooperación técnica de OPS/OMS y desde hace 5 años se mantiene un apoyo sostenido al proyecto de parte de la Agencia Internacional de Cooperación del Japón (JICA), iniciando en la región occidental del país en una primera fase, que ahora en su segunda fase se extendió a 4 departamentos más, y especialmente por el trabajo comunitario e interdisciplinario, el cual ha involucrado adicionalmente al Ministerio de Educación y las alcaldías.

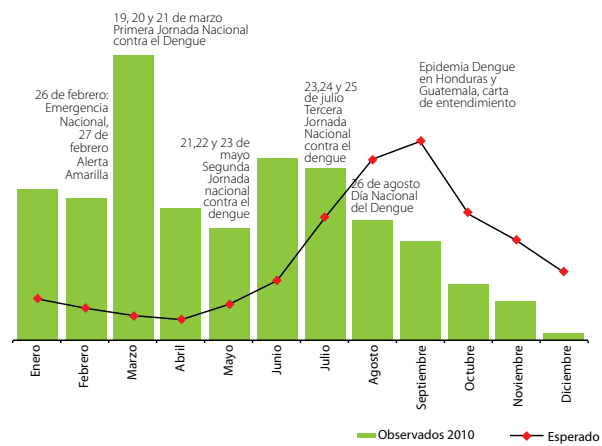
Abordaje del dengue

El dengue es un problema que todos los años afecta a la población salvadoreña. Para limitar sus daños, son necesarios esfuerzos de todos los sectores (públicos, privados y comunitarios).

En la situación del dengue en El Salvador inciden determinantes ambientales, económicos, políticos y sociales, como son el cambio climático, la constante migración

del campo a la ciudad, una creciente urbanización sin planificación ni regulación alguna, pobreza, inequidad en el ingreso y condiciones de exclusión que relegan a la población a exponerse permanentemente a condiciones de alto riesgo y vulnerabilidad que favorecen la transmisión del dengue. Entre los determinantes que inciden en el aumento del dengue están el crecimiento urbano no planificado, construcción de viviendas inadecuadas, hacinamiento, deficiente abastecimiento de agua que obliga a las personas a almacenar agua inadecuadamente, una deficiente recolección de desechos sólidos, todo lo que genera condiciones para la multiplicación del *Aedes aegypti* y la transmisión del dengue.

Gráfico 1. Abordaje del Dengue en El Salvador con participación intersectorial



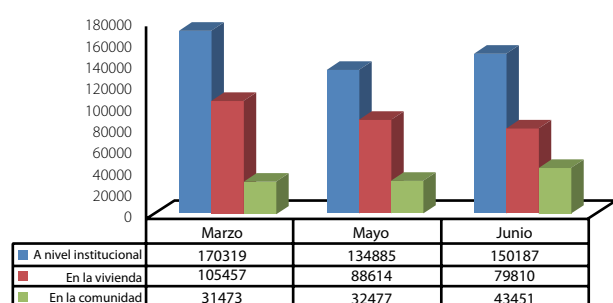
Fuente: MINSAL

El 26 de febrero del 2010 el MINSAL decretó la Emergencia Sanitaria y un día después Protección Civil decretó Alerta Amarilla, derivando fondos (\$1500,000) para la contratación de personal, compra de insumos, equipos, etc. Para el abordaje de esta emergencia se tomó de base el Plan Integral para el Enfrentamiento al Dengue en El Salvador elaborado a principios del 2010 y conocido como “Unámonos Contra el Dengue”, el que contempla tres fases (ataque, consolidación y mantenimiento). Las estrategias del mismo fueron a) manejo del plan a nivel municipal, departamental, regional y nacional, b) desarrollo de un plan de comunicación social, comunitaria e institucional; c) implementación de acciones anti-vectoriales y de control ambiental; d) fortalecimiento del manejo clínico de los casos de dengue y de la vigilancia epidemiológica.

Otra de las actividades que se realizaron fueron jornadas nacionales contra el dengue, con énfasis en la eliminación de criaderos. Estas jornadas duraban tres días y se desarrollaron en los meses de marzo (19, 20 y 21), mayo

(21, 22 y 23) y julio (23, 24 y 25): en el primer día se realizaron acciones de control dentro de las instituciones que conforman la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), en el segundo día en la casa de empleados de dichas instituciones y en el tercero en la comunidad, esta última conducida por los municipalidades en coordinación con Salud. Esto ocasionó una gran movilización de recurso humano y la participación activa de todas las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, agencias de cooperación y la comunidad para el control del dengue, acciones que permitieron cortar la cadena de transmisión de la enfermedad y evitaron que en los meses de alta incidencia de dengue se presentara un repunte.

Gráfico 2. Recurso Humano que Participó en las Jornadas de Control de Dengue, Marzo a Junio de 2010



Fuente: MINSAL

Asimismo, se actualizaron los lineamientos para el manejo clínico de dengue al personal del Sistema Nacional de Salud, se incrementaron las supervisiones de los niveles locales y hospitales para capacitar en servicio y conformar y monitorear los comités de calidad de atención. La visita a las viviendas para identificar personas enfermas por dengue y la mejora en el diagnóstico, así como la referencia oportuna, contribuyeron a la reducción sustancial en la mortalidad por esta enfermedad.

Se fortaleció también la notificación de casos sospechosos de dengue por instituciones del SNS y médicos privados, se cambió la definición de caso, se incrementó el monitoreo de laboratorio para confirmación y vigilancia de los tipos de dengue circulantes en el país, y se proporcionaron orientaciones anti-vectoriales a través de la página Web del MINSAL. Con el fin de tener informada a la población se emitieron boletines informativos en forma diaria y semanal, se actualizó semanalmente la página <www.salud.gob.sv> y se brindaron conferencias de prensa semanales. Se intensificaron los mensajes educativos a la población a través de medios impresos, radiales, televisivos y se reprodujo material promocional sobre el dengue. Instituciones como el Ministerio de Educación

desarrollaron y reprodujeron mensajes educativos dirigidos a la población estudiantil.

A nivel interfronterizo se fortaleció el abordaje del dengue, se firmó una carta de entendimiento con los ministros de salud de Honduras y Guatemala con el fin de mitigar y disminuir esta enfermedad en las fronteras de los tres países.

A continuación se presenta una tabla que muestra el éxito que tuvo El Salvador durante la última epidemia de dengue, gracias al manejo integral e intersectorial conducido por el MINSAL. En esta tabla se pone de manifiesto la diferencia en el número de fallecidos, tanto en comparación con el año anterior en el país como en relación a otros países vecinos.

Tabla 1. Logros del Abordaje Intersectorial en el Marco de la Reforma de Salud (CISALUD): la Epidemia de Dengue

Dengue en El Salvador	2009	2010
Dengue	15,084	22,406
Dengue Hemorrágico	113	185
Fallecidos	11	3

Dengue en el Año 2010	Dengue	Dengue Hemorrágico	Fallecidos
El Salvador	22,406	185	3
Guatemala	16,655	203	41
Honduras	65,641	2,721	81
México	57,971	2,520	20

Fuente: OPS/OMS, 2011

Elaboración de lineamientos para el abordaje del cólera

El último brote de cólera en El Salvador se registró en el año 2000, reportándose 631 casos confirmados, de ellos dos extranjeros; el grupo más afectado fue de 20 a 59 años y fallecieron dos personas. Los departamentos con mayor incidencia fueron La Libertad, La Paz y Cuscatlán. En el 44% de los municipios del país se confirmaron casos de cólera. La vigilancia en humanos y muestras de agua se ha mantenido, sin detectarse circulación de la bacteria.

Ante el reciente brote de cólera registrado en Haití, donde se han reportado un número considerable de casos, hospitalizaciones y defunciones, así como la detección de nuevos casos en otros países, se originó la necesidad de elaborar los lineamientos para el abordaje de esta enfermedad en nuestro país.

El Ministerio de Salud, en coordinación con las instituciones representantes de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), y teniendo en cuenta la legislación

sanitaria, elaboró los lineamientos para el abordaje del cólera, basando su accionar en 5 ejes: a) participación social, intersectorialidad y trabajo interinstitucional, b) salud ambiental, c) promoción, prevención y comunicación social, d) servicios de salud y atención médica y e) vigilancia epidemiológica.

El Ministerio de Salud pone estos lineamientos a disposición de todas las instituciones y la comunidad en su sitio electrónico.

Abordaje de contaminación por plomo en Sitio del Niño

Ante el decreto de emergencia ambiental del área dentro del perímetro de 1500 metros alrededor de la fábrica Record, de fecha 19 de agosto de 2010 por el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Ministerio de Salud elaboró un plan con el objeto de agilizar el tratamiento especializado y sub-especializado de los casos ya diagnosticados de intoxicación crónica por plomo, así como la búsqueda continua de nuevos casos en la población residente en la zona de emergencia ambiental. Dicho plan incluyó las acciones necesarias para lograr la recuperación, mitigación y disminución del daño a la población afectada.

Se conformó "el equipo de búsqueda" que se encuentra integrado por 18 recursos humanos de diferentes disciplinas, quienes han realizado de manera exclusiva la búsqueda de personas con riesgo de padecer intoxicación crónica por plomo. Dicho equipo inició las atenciones el día 6 de septiembre de 2010 en la Unidad de Salud Sitio del Niño, comenzando con los centros escolares ubicados en la zona decretada como de emergencia ambiental y a la población en riesgo que solicitara el estudio a libre demanda.

El equipo tuvo capacidad instalada para estudiar a un promedio de 25 pacientes diarios, a quienes se les orientó a través de acciones educativas, toma de medidas antropométricas, apertura de expediente clínico, consulta nutricional, consulta odontológica, consulta pediátrica o por medicina interna (según edad del paciente), consulta psicológica, referencia a segundo nivel en los casos que ameritaran.

Durante el periodo comprendido del 6 de septiembre de 2010 al 30 de abril de 2011, el equipo estudió con muestras de laboratorio a 3305 personas. El Ministerio de Salud, para incrementar su capacidad de análisis de plomo en sangre, compró un equipo de espectrofotometría de absorción atómica e insumos.

En lo referente a la salud bucal de los pacientes con sos-

pecha de intoxicación por plomo, se han atendido a un total 2443 pacientes, a los que se les ha brindado educación en higiene oral y se les ha elaborado su diagnóstico bucal; además se han realizado procedimientos de profilaxis, sellantes, exodoncias, detartaje y obturaciones.

Como parte del protocolo de atención que contempla la Guía para el Manejo Clínico de Pacientes con Intoxicación por Plomo, se encuentra el abastecimiento de micronutrientes tales como sulfato de zinc, sulfato ferroso, calcio, vitamina A y antiparasitario como mebendazole. Se atendieron a un total de 2630 personas, a quienes se les ha realizado diagnóstico nutricional y se les ha orientado con acciones educativas. Además, con el apoyo de la Secretaría de Inclusión Social, se ha realizado la entrega de raciones alimentarias a 126 familias a las que pertenecen 157 afectados. Dicha canasta se entrega de forma mensual desde el mes de diciembre de 2010. Las actividades en el Sitio del Niño continúan diariamente con el fin de mitigar esta situación en la población afectada.

Malaria en El Salvador

La malaria fue, en los últimos 60 años, uno de los peores azotes para la población salvadoreña. En la década de 1930 y 1940 las tasas de mortalidad eran del orden de 217 y 204 por 10,000 habitantes y causaban un grave impacto a la nación.

Han sido periodizados los momentos de la lucha antimalárica en El Salvador en la fase del predominio de algunas estrategias y acciones de control específicas. Se reconocen los siguientes momentos: a) fase preparatoria de 1935 a 1945, b) fase de ataque de 1946 a 1985, c) fase de consolidación de 1986 a 2005 y finalmente, d) la fase de mantenimiento. El número de casos que se registran a nivel nacional se ha reducido de forma dramática desde 360 casos en 1991 a 24 casos en el año 2010, lo que equivale a una reducción del 93% en comparación de los casos reportados en 1991. De los casos registrados el año pasado, 7 casos eran importados de otros países y 17 autóctonos, 22 fueron por *plasmodium vivax* y 2 por *falciparum*. La población más afectada son mayores de quince años de edad, afectando principalmente a la región occidental del país. De los países con paludismo endémico en las Américas, El Salvador tiene la incidencia más baja. El éxito en el control observado en el país ha alentado a reflexionar sobre los niveles de control de la malaria posibles, sobre las potencialidades de la eliminación y de las posibilidades reales para lograrlo.

Considerando que la pre-eliminación y eliminación de la malaria implica las metas de eliminación de los focos

residuales, prevención de la reintroducción y certificación de las áreas libres de transmisión autóctona de la malaria, el MINSAL emitió en marzo del 2011 una resolución para la creación de la Comisión Ministerial para la Eliminación de la Malaria, que será la instancia responsable de conducir, coordinar y realizar gestiones institucionales con las dependencias involucradas del MINSAL, con los niveles territoriales, otras instituciones nacionales y organismos de cooperación internacional encaminados a la eliminación de la malaria en todo el territorio nacional. Se elaboró el Plan Nacional, del que se derivan las siguientes actividades: elaboración del plan operativo y programático, coordinación con los trabajos articulados de las diversas dependencias participantes y gestión de los recursos en los diversos niveles, supervisión y monitoreo, aplicación de lineamientos estratégicos, trabajo interinstitucional e intersectorial con énfasis en la participación social. Es de considerar que toda vez que existan determinantes que favorezcan la proliferación del vector (migración, desarrollo de mantos acuíferos ideales para el desarrollo del vector y otros) esta enfermedad será difícil de controlar, por lo que es de vital importancia contar con la participación de las diferentes instituciones, la comunidad y los individuos.

Evaluación de establecimientos de salud: fase de preparación y capacitación del personal de salud en emergencias y desastres

Además de lo consignado anteriormente, el MINSAL desarrolla programas de capacitación para su personal con vistas a la preparación ante emergencias y desastres. De las tareas continuas de capacitación han resultado: 63 planes de emergencias elaborados a nivel de unidades de salud, 5 equipos de respuesta a emergencias y desastres preparados en emergencias y desastres a nivel regional.



A través del Proyecto DIPECHO VII de la Comunidad Económica Europea y con sus socios (Cruz Roja Salvadoreña, Agencia Obrera Suiza AOS y OPS/OMS) y en apoyo a la estrategia de Hospitales Seguros se estableció una alianza entre los diferentes socios para la evaluación de 61 unidades de salud, las cuales pertenecen a la Región Metropolitana (10), Región Central (6), Región Oriental (17) y Región Paracentral (28).

A través de este proyecto se evaluaron 62 unidades de salud en los componentes estructural, no estructural y funcional, se elaboraron 62 informes de los resultados con aplicación del índice de seguridad y planes de intervención.

Hacia el fin del quinquenio se proyecta haber evaluado al 100% de establecimientos de salud de acuerdo al plan global operativo (2009-2014), aumentar la cobertura de establecimientos de salud con planes de emergencia y contingencia, así como fortalecer capacitaciones sobre emergencias y desastres al personal de salud.

Capítulo 11

Intrasectorialidad e intersectorialidad

Durante el segundo año de gestión se realizaron más avances en la articulación intersectorial que en la integración intrasectorial. En esta última se avanzó en el alineamiento de FOSALUD con la política de salud y su participación efectiva en el proceso de Reforma, siempre en el marco de su mandato legal. Menos avances fueron realizados con relación a la articulación progresiva con el ISSS, pero se prepararon las condiciones para la prestación coordinada de servicios en dos municipios del Área Metropolitana de San Salvador y se constituyó una comisión bilateral con representantes del MINSAL y el ISSS para avanzar en el proceso de integración.

Con respecto a la articulación intersectorial se realizó un avance sustancial en la consolidación de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) conducida por el Ministerio de Salud y que había ganado reconocimiento internacional de varias agencias por el enfrentamiento a la pandemia de A H1N1 (2009) y lo obtuvo nuevamente por el enfrentamiento a la emergencia del dengue (2010).

Intrasectorialidad y convenios con las instituciones del Sistema Nacional de Salud

La máxima instancia de coordinación intrasectorial es la Comisión Nacional de Salud basada en la Ley de Creación del SNS, cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas a través de las instituciones respectivas que garanticen el derecho a la salud de la población. Varios convenios están vigentes con la mayor parte de dichas instituciones, entre ellos:

MINSAL-ISSS: Puesta en práctica del Convenio de Cooperación entre el MINSAL y el ISSS para compra de productos anticonceptivos, que ha permitido adquirir me-

dicamentos de calidad, mejorando así la disponibilidad en el ISSS y disminuyendo la demanda que realizan al MINSAL las mujeres derechohabientes del ISSS, así como la homologación de los productos anticonceptivos en ambas instituciones.

MINSAL-FOSALUD: Se ha apoyado al MINSAL con ambulancias propiedad de FOSALUD, acciones conjuntas al programa de salud bucal y al Sistema Único de Información en Salud (SUIS), brigada médica proveniente de Cuba para apoyar al país en las emergencias desatadas por la tormenta tropical IDA y fortalecimiento del sistema de salud (MINSAL/ FOSALUD/ OPS-OMS). Asimismo, se estableció un convenio específico de cooperación para la dotación de 53 recursos humanos (entre médicos y enfermeras) por FOSALUD a la red de Hospitales Nacionales.

MINSAL-ISBM: MINSAL y ISBM han revisado y actualizado el convenio marco de cooperación entre las dos instituciones; a la vez, elaboraron un convenio específico de prestación de servicios entre 18 hospitales del MINSAL y el ISBM.

A través de los mencionados convenios se han ampliado las oportunidades para que las personas puedan acceder a servicios y tecnologías que requieran y se encuentren disponibles entre las instituciones; se ha logrado un incremento en la complementariedad de la capacidad instalada de las instituciones; coordinación efectiva entre las instituciones para la atención de emergencias y urgencias médicas, como el caso de los accidentes de tránsito; unificación, fortalecimiento y ampliación de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones con acciones dirigidas a toda la población salvadoreña.

Entre las proyecciones para el próximo año de gestión en los convenios entre el MINSAL y las instituciones del SNS están las siguientes: actualizar los convenios existentes incluyendo la revisión de costos y aranceles; implementar un sistema de estimación de costos para las atenciones prestadas por el MINSAL; valorar la homologación de los aranceles entre las instituciones del SNS sobre la base del análisis de costos del MINSAL y el resto de instituciones; realizar esfuerzos conjuntos en la prevención y atención de enfermedades crónico-degenerativas de mayor demanda en los servicios; colaboración intrasectorial para el fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; elaborar un convenio de cooperación entre el MINSAL y FOSALUD para la atención de emergencias en los hospitales nacionales; identificar las atenciones que el MINSAL presta a las instituciones del SNS, promover el uso adecuado de los servicios de salud del MINSAL por parte de usuarios y sus familiares; incorporar en el convenio de provisión de servicios con el ISSS una adenda para la compra conjunta y préstamo de medicamentos, insumos y anticonceptivos; desarrollar la farmacovigilancia en los mayores prestadores de servicios de salud con la perspectiva de integrar en el programa a las otras instituciones del SNS e incluyendo al sector privado.

Intersectorialidad: la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD)

La CISALUD es un organismo (creado durante el primer año de gestión, su antecedente es la CONAPREVIAR, constituida en 2007 para enfrentar una posible epidemia de gripe aviar) de coordinación institucional e intersectorial que establece las medidas y acciones necesarias en relación con las respuestas nacionales e internacionales a la emergencia sanitaria, fortaleciendo los convenios de cooperación intersectoriales e intergubernamentales tendientes a identificar y reducir al mínimo el riesgo de enfermedades y emergencias en la población.

Los objetivos de la CISALUD son: a) Fomentar la participación interinstitucional sostenible y efectiva para elaborar y mantener los planes nacionales de urgencia en coordinación con los distintos sectores y b) Mantener responsabilidad compartida entre las instituciones y la población en la prevención y control de enfermedades y emergencias que representan un problema en el territorio nacional.

En el 2009, a raíz de la epidemia por Influenza A H1N1, el Ministerio de Salud retomó el abordaje de la situación de salud con un enfoque intersectorial e integral. Es así cómo se conformó la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) que realizó en ese año 26 reuniones técnicas

y 18 de la comisión política. En el 2010 se realizaron 11 reuniones por parte de la comisión política y 16 por parte de la comisión técnica. En promedio, se contó con la participación del 85% de las instituciones que conforman CISALUD, e incluso se incorporaron otras instituciones que se consideraron pertinentes. Se abordaron diferentes tópicos.

Tabla 1. Instituciones que conforman CISALUD

1. *Ministerio de Salud*
2. *Ministerio de Defensa*
3. *Ministerio de Educación*
4. *Ministerio de Agricultura*
5. *Ministerio de Obras Públicas*
6. *Ministerio de Trabajo*
7. *Ministerio de Justicia y Seguridad*
8. *Ministerio de Medio Ambiente*
9. *Ministerio de Turismo*
10. *Ministerio de relaciones exteriores*
11. *Ministerio de Gobernación*
12. *Ministerio de Hacienda*
13. *Viceministerio de Transporte*
14. *Bienestar Magisterial*
15. *Instituto Salvadoreño del Seguro Social*
16. *FOSALUD*
17. *Sociedad de Infectología*
18. *Colegio Médico*
19. *Cruz Roja*
20. *Policía Nacional Civil*
21. *Asamblea Legislativa*
22. *CEPA*
23. *COAMSS*
24. *COMURES*
25. *Defensoría del Consumidor*
26. *Foro Nacional de Salud*
27. *ANDA*
28. *CEL*
29. *ANEP*
30. *DIRSA*
31. *CDC*
32. *DPS*
33. *CARE*
34. *USAID*
35. *Visión Mundial*
36. *Plan Internacional*
37. *Instituto de Medicina Legal*

Temática Desarrollada en CISALUD Durante el Año 2010

Temas	Acuerdos	Fecha	Responsable	Actores
Emergencias Médicas	Implementación de actividades de fortalecimiento del Sistema de Emergencias Médicas	Enero de 2010	Servicios de Salud del Ministerio de Salud	Ministerio de Salud, FOSALUD, ISSS, ISBM, Sanidad Militar, Cruz Roja, Cuerpos de Socorro, PNC
Plantando América	Implementación de actividades relacionadas a sembrar, plantar y cuidar los árboles por la población escolar	Enero de 2010	Ministerio de Educación	
Comunicación	Reforzamiento a través de unidades de comunicación de las instituciones de CISALUD la difusión de mensajes educativos de prevención y promoción de la salud	Enero de 2010	Unidad de Comunicaciones del Ministerio de Salud	Unidad de comunicaciones de las instituciones que conforman CISALUD
Filtros escolares	Cumplimiento en la aplicación de los filtros escolares	Enero de 2010	Ministerio de Educación	
Estrategia IEC	Implementación de una estrategia de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento e intervenciones comunitarias de los distintos actores CISALUD, con el propósito de disminuir y controlar los criaderos de zancudos, las infecciones respiratorias agudas y la contaminación ambiental, mediante la recolección y disposición final de llantas no útiles	Enero de 2010	Promoción de Salud Ministerio de Salud	Todas las instituciones que conforman CISALUD
Contaminación Lago Suchitlán	Desarrollo de actividades coordinadas en cuanto al sector pesquero, tierras fluctuantes, vida silvestre, conectividad vial, desarrollo institucional local, turismo y saneamiento ambiental en el humedal Cerrón Grande	Enero de 2010	Ministerio de Medio Ambiente/Mesa Técnica Interinstitucional "Lago Suchitlán"	Ministerio de Turismo, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Salud.
Convenio Marco para el control de tabaco	Ratificación e implementación de las estrategias	Febrero de 2010	OPS	Ministerio de Salud, FOSALUD, ISSS, ISBM, Sanidad Militar, MINED.
Plan Integral para el Enfrentamiento del Dengue	Estrategias orientadas a cortar cadena de transmisión, reducir la morbilidad y evitar mortalidad, participación intersectorial, participación de la comunidad y sostenibilidad de vigilancia y control	Febrero de 2010	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud, FOSALUD, ISSS, ISBM, MINED, Ministerio de Defensa, Protección Civil, COMURES, COAMS
Plan Castor	Desarrollo de actividades para ejecución del Plan	Abril de 2010	Dirección General de Protección Civil	Instituciones que conforman CISALUD
Manejo y disposición final de llantas	Cuanto al establecimiento de centros de acopio temporales y permanentes, creación de la ley de regulación de compra de llantas usadas. Eliminación final de llantas	Abril de 2010	Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales	Instituciones que conforman CISALUD
Reglamento Sanitario Internacional	Fortalecimiento de capacidades para la implementación del RSI en el país	Mayo de 2010	Ministerio de Salud	FOSALUD, OPS, CEPA
Mitigación de desastres	Ejecución del plan orientado a la minimización del impacto de emergencias y desastres en la población	Mayo de 2010	Dirección General de Protección Civil	Instituciones que conforman CISALUD
Plan de abordaje de la Brucelosis Tuberculosis Bovina	Elaboración del plan e implementación de acciones interinstitucionales e intersectoriales para la ejecución del plan	Julio y Noviembre de 2010	Ministerio de Agricultura y Ganadería	Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Turismo, MINED/Ministerio de Salud, ISSS, COSAM, ANDA, APROCSAL, ISBM, Ministerio de Hacienda, Visión Mundial, FOSALUD, ISRI, PNC
Situación de contaminación por plomo en Sitio del Niño	Búsqueda activa de nuevos casos/Desarrollo de actividades encaminadas a la disminución del impacto de los efectos de la contaminación por plomo en los habitantes de la zona	Octubre de 2010	Ministerio de Salud/ Ministerio de Medio Ambiente	ISSS, ISBM, Sanidad Militar, ANDA
Plan Contingencial en respuesta al fenómeno de la Niña	Preparación y respuesta rápida, efectiva que garantice una asistencia médica, sanitaria y de rehabilitación a la población afectada así como desarrollo de estrategias de promoción y educación para sensibilizar y orientar a la población para prevenir y disminuir los factores de riesgo	Septiembre de 2010	Ministerio de Salud	Instituciones que conforman CISALUD

Temática Desarrollada en CISALUD Durante el Año 2011

Tema	Acuerdo	Fecha	Responsable	Actores
Uso de pólvora	Elaborar una propuesta de ley para la prohibición de la comercialización y uso de pólvora.	Enero de 2011	Ministerio de Gobernación	Protección Civil, Ministerio de Salud, ISSS, ISBM, Cuerpo de Bomberos
Elaboración plan de abordaje contra el cólera	Socializar al interior de las instituciones de CISALUD los lineamientos y elaborar un plan de respuesta a una posible epidemia de cólera en el país.	Enero de 2011	Ministerio de Salud	Todas las instituciones que conforman CISALUD
Para abordaje en la CISALUD	Elaborar una propuesta de priorización de temas para su abordaje intersectorial en la comisión.	Enero de 2011	Ministerio de Salud	Instituciones que conforman CISALUD
Contaminación Medio Ambiental	Diferentes instituciones nombren enlaces. Que se lleve a cabo un taller para el abordaje intersectorial del proyecto de contaminación medio ambiental.	Enero de 2011	Ministerio de Medio Ambiente	Ministerio de Salud, ANDA, Ministerio de Agricultura
Enfermedad Renal Crónica	Que exista involucramiento de los diferentes sectores de la sociedad en la prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica	Enero de 2011	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud, FOSALUD, ISSS, ISBM, Sanidad Militar
Gabinetes de Gestión Departamental	Intersectorialidad en todos los niveles del país. Darán a conocer a los gobernadores los acuerdos que se tomen en CISALUD para su ejecución en los niveles departamentales y local.	Enero de 2011	Ministerio de Gobernación	Todas las instituciones que conforman CISALUD
Red de Actividad Física	Establecer una línea de base de los hábitos de alimentación y de actividad física.	Febrero de 2011	Unidad de Nutrición de Ministerio de Salud	Ministerio de Salud, FOSALUD, ISSS, ISBM, Sanidad Militar
Crisis en emergencia de salud pública	Se realizará taller de capacitación de recurso humano de las instituciones de CISALUD para el abordaje de emergencias	Febrero de 2011	CDC y Ministerio de Salud	Todas las instituciones que conforman CISALUD
Minería a cielo abierto	Impacto negativo de las exportaciones mineras en el medio ambiente y en la población. Enviar video y pieza de correspondencia con una postura y recomendables de la CISALUD a la Asamblea Legislativa.	Febrero de 2011	Ministerio de Salud	Todas las instituciones que conforman CISALUD
Salud y Turismo	Informar sobre el trabajo realizado por la Comisión Nacional de Salud y Turismo del país	Marzo de 2011	Ministerio de Turismo y Ministerio de Turismo	Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Salud, CORSATUR, Cámara Salvadoreña de Turismo, Politur, OPS
Seguimiento y efectividad del trabajo intersectorial	Entregado para dar seguimiento de los acuerdos y para definir e informar posteriormente cuáles han sido los avances en el período	Marzo de 2011	Ministerio de Salud	Todas las instituciones que conforman CISALUD
Seguridad vial desde la perspectiva de VMT, PNC, IML y FNS	Hacer llegar sugerencias para fortalecer las acciones que mejoren las condiciones actuales respecto a la Seguridad Vial en el país	Abril de 2011	Viceministerio de Transporte, Policía Nacional Civil, Medicina Legal.	Todas las instituciones que conforman CISALUD
Avances del estudio de tabaquismo en El Salvador	Continuar con la ejecución de la investigación de acuerdo a lo programado	Abril de 2011	FOSALUD y Ministerio de Salud	FOSALUD, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación.
Situación de relleno sanitario de Nejapa	Situación actual del problema y alternativas de solución. Presentar la situación acompañada de una pieza de correspondencia a la Presidencia de la República para determinar acciones que garanticen que MIDES cumpla sus compromisos. Realizar un estudio de impacto	Abril y mayo de 2011	Foro Nacional de Salud	Foro Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Obras Públicas
Plan Invernal	Reunión de las CTSS en conjunto con representantes técnicos de las instituciones de CISALUD para actualización de Plan Sectorial de Abordaje de Emergencias y Desastres del año 2011	Mayo 2011	Ministerio de Salud	Todas las instituciones que conforman CISALUD

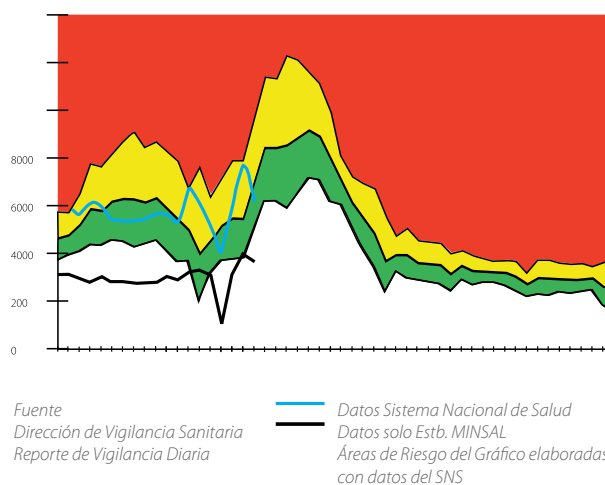
Capítulo 12

Fortalecimiento de los sistemas de información estadístico y epidemiológico

Durante el primer año de gestión se realizó un profundo diagnóstico de la situación de los sistemas de información del MINSAL y se inició la construcción del Sistema Único de Información en Salud. Entre los principales problemas que se encontraron en dichos diagnósticos estaban: a) información, estadística, laboratorio y vigilancia epidemiológica fragmentado, con gran diversidad de formularios para recolección de información, diversidad de flujos de información con sólo datos del MINSAL y con enfoque de vigilancia epidemiológica y no de salud pública (el que incorpora otros tipos de datos para un análisis más integral); b) datos poco confiables con limitado o nulo control de calidad, falta de representatividad, pobre o nula incorporación como unidades notificadoras de los diferentes establecimientos de las instituciones del SNS, ONG y establecimientos privados; c) diversidad de sistemas de información, estadística, laboratorial y vigilancia epidemiológica, los cuales estaban desintegrados, en plataformas no compatibles; d) pobre o nula capacidad para realizar investigaciones que permitieran evidenciar el comportamiento de enfermedades desatendidas, tales como insuficiencia renal crónica, problemas metabólicos, impacto ambiental, tabaquismo entre otros; e) limitantes en los sistemas de vigilancia, planificación de actividades, gerencia e inversión; f) pobre funcionamiento de la Comisión Sectorial de Salud para Emergencias y Desastres; g) restringido acceso a la información interna de los diferentes sistemas de información, vigilancia epidemiológica, estadística entre otros existentes; h) pobre coordinación con otras instituciones del SNS y DIGESTYC para el registro de datos estadísticos; i) limitado abordaje de la situación de salud con participación intersectorial e interinstitucional; j) pobre vigilancia centinela para enfermedades inmunoprevenibles (rotavirus, neumonías, meningitis, virus respiratorios) con nula participación de instituciones del SNS, k) algunos datos publicados no tenían una fuente primaria de recolección de información estandarizada.

Durante el segundo año de gestión se dieron importantes pasos. Entre los avances realizados por el MINSAL en la implementación del Sistema Único de Información en el país, se han desarrollado los módulos de vigilancia epidemiológica, estadísticas vitales y vigilancia sanitaria en período de vacaciones, emergencias y desastres. La información recolectada en dichos sistemas es de las instituciones del SNS, instituciones gubernamentales, no gubernamentales y algunas instituciones privadas. Esto ha permitido disponer de datos más integrales que facilitan la caracterización del perfil de salud de la población. También se actualizó el módulo para el registro de las fichas familiares que son recolectadas por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar. Esta recopilación de información se realiza una vez al año y permite caracterizar a la población donde se está trabajando con el nuevo modelo de atención en el marco de las RISS.

Corredor Endémico de Diarreas 2011 SEMANA 19



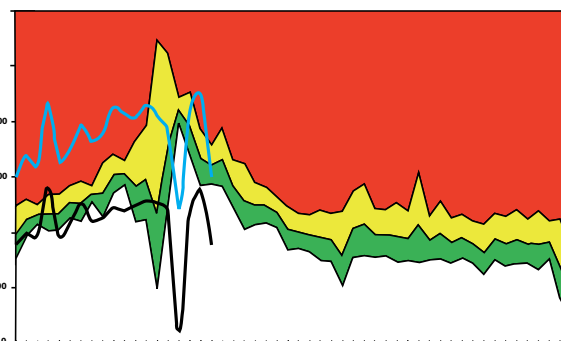
En marzo de 2011 comenzó a funcionar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica conocido como VIGEPES (que se había diseñado durante el año previo) y que permite registrar enfermedades o eventos de notificación obligatoria como lo contempla el Código de Salud; se reportan no sólo eventos o enfermedades transmisibles, sino también las no transmisibles, crónico-degenerativas, lesiones de causa externa, estilos de vida, nutrición y ciertas estadísticas vitales. Esta información es suministrada por los establecimientos de salud de las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, autónomas y sector privado. Algunos eventos son de notificación inmediata y otros semanalmente. Este sistema permite incorporar resultados de muestras realizadas por el laboratorio de referencia para aquellas enfermedades que necesitan confirmación por el laboratorio. Empezó a funcionar en marzo del presente año.

Asimismo, se diseñó, elaboró y lanzó el módulo de Estadísticas Vitales/muertes, el cual permite registrar todas las defunciones que son certificadas en las 262 alcaldías del país. Esto contribuirá a disponer de información más oportuna y representativa del país. Además, a través de los ECOS, se recolectarán las muertes registradas en la comunidad para ver el grado de sub-registro de la mortalidad en el país. La información es recolectada semanalmente o mensualmente por las unidades de salud ubicadas en las cabeceras departamentales y digitada en el sistema los primeros días de cada mes. Lo mismo se hizo con el módulo de Vigilancia Sanitaria, el cual estará siendo utilizado en periodos de vacaciones, emergencias y desastres. Este sistema en línea permite sistematizar la información de las instituciones del SNS. Los datos pueden detallarse por establecimiento de salud, institución y permitirá discriminar dicha información por albergues, cuando estos se habiliten en situación de emergencia o desastres. La información contenida en el módulo son datos de vigilancia epidemiológica, atenciones preventivas, curativas, psicológicas, de saneamiento ambiental, promoción de la salud y recurso humano que participa en las atenciones brindadas durante la emergencia sanitaria. Este módulo se comenzó a implementar para las vacaciones de Semana Santa de este año.

La mejora en el sistema de información en el cual más de 336 (28%) unidades notificadoras reportan al MINSAL ha sido fundamental para conocer y detectar oportunamente la situación epidemiológica, se han sumado ONG, algunas alcaldías, instituciones privadas, centros penales entre otras. Esta mejora está en ascenso cada año y el desarrollo del sistema en línea permite que se identifiquen oportunamente brotes o alzas por enfermedades que tra-

Corredor Endémico Iras

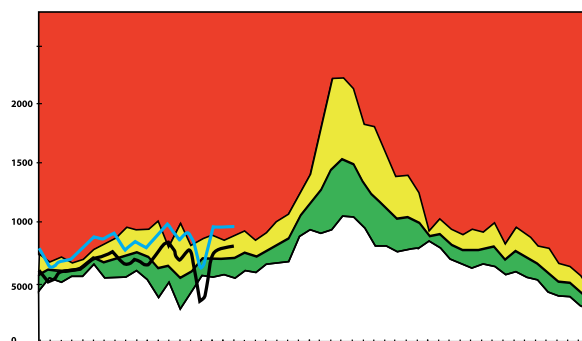
2011 SEMANA 19



Fuente: Dirección de Vigilancia Sanitaria, Reporte de Vigilancia Diaria. Datos Sistema Nacional de Salud, Datos solo Estb. MINSAL. Áreas de Riesgo del Gráfico elaboradas con datos del SNS.

Corredor Endémico de Neumonía

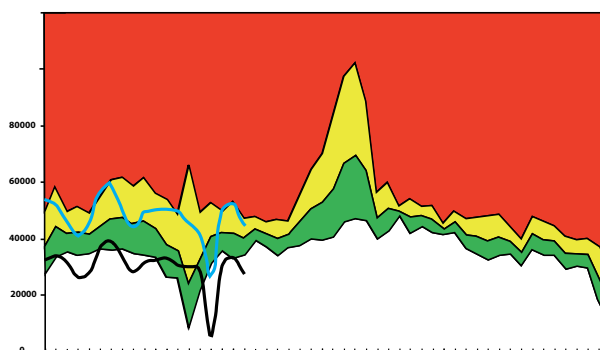
2011 SEMANA 19



Fuente: Dirección de Vigilancia Sanitaria, Reporte de Vigilancia Diaria. Datos Sistema Nacional de Salud, Datos solo Estb. MINSAL. Áreas de Riesgo del Gráfico elaboradas con datos del SNS.

Corredor Endémico Iras

2011 SEMANA 19



Fuente: Dirección de Vigilancia Sanitaria, Reporte de Vigilancia Diaria. Datos Sistema Nacional de Salud, Datos solo Estb. MINSAL. Áreas de Riesgo del Gráfico elaboradas con datos del SNS.

dicionalmente afectan a la población salvadoreña. Este incremento en el número de establecimientos que están reportando hace ver que las estadísticas aparezcan como si los eventos de enfermedad estuvieran en ascenso; sin embargo, es de considerar que los reportes en el pasado sólo se construían con datos del MINSAL y no de país, y en la medida que más instituciones sigan notificando aparecerá esta tendencia. A continuación se pueden apreciar algunos ejemplos:

El proceso de construcción del SUIIS incluyó la revisión, evaluación y definición de módulos que conforman el sistema, así como la revisión de los formularios de captura de información, enfermedades objeto de notificación obligatoria con participación de instituciones del SNS y DIGESTYC para generar reportes estandarizados que reflejen la situación de país y no sólo de la institución. Se ha pasado de una vigilancia epidemiológica a una vigilancia de salud pública en la que se están incorporando determinantes u otras variables. Se han definido los formularios estandarizados para recolección de datos estadísticos y de los flujos de información con datos provenientes de las diferentes instituciones del SNS, ONG y algunas clínicas privadas. Se han diseñado, desarrollado e implementado los módulos de información, estadística y vigilancia en formato vía Web en software libre. Se realizó la integración del área de estadística, información, Vigilancia

Sanitaria y Laboratorial para un análisis más integral de la situación de país.

Mensualmente, se realizan presentaciones a CISALUD sobre los diversos eventos que están o pueden afectar a la población.

Además, se ha implementado la vigilancia centinela integral para virus respiratorios, meningitis, neumonías y diarreas asociadas a rotavirus con la participación de diferentes instituciones (ISSS, Sanidad Militar y MINSAL), desarrollando unidades centinelas en las cinco regiones de salud para poder tener una idea del comportamiento de dichas enfermedades. Esto ha requerido fortalecer la capacidad de diagnóstico laboratorial en algunas regiones.

Se han realizado mejoras en los registros de datos epidemiológicos y estadísticos en base a los monitoreos, auditorías y supervisiones que se realizan a las diferentes instituciones del SNS. Como los sistemas están en línea, esto ha permitido disponer de información más oportuna, verificar la calidad del dato, la representatividad, las tendencias en tiempo real y se ha ampliado el acceso a la información.

Asimismo, se comenzó la informatización de 16 centros hospitalarios además de los 3 ya existentes, se amplió y mejoró el control del abastecimiento de medicamentos, insumos médicos y otros elementos adquiridos por el Ministerio y sus establecimientos, se ha duplicado la conexión a Internet y rediseñado la web institucional.

Capítulo 13

Construcción de factibilidad para el futuro Sistema de Emergencias Médicas y el Instituto Nacional de Salud

Construcción del Sistema de Emergencias Médicas

Los hospitales se llevan aproximadamente el 60% del presupuesto de funcionamiento del MINSAL y la mitad del presupuesto de estos hospitales públicos del país se gasta en atención de emergencias médicas. El 30% de todas las consultas hospitalarias son por emergencias médicas (850,000 de las 2,800,000 consultas de segundo y tercer nivel de atención sumados).

Durante el segundo año de gestión se realizaron avances importantes en el diseño del Sistema de Emergencias Médicas que podría ser lanzado en el segundo semestre del año 2012 en algunas áreas circunscriptas del Departamento de San Salvador. Entre los avances realizados está la sensibilización de los sectores participantes en la futura CONASEM (Comisión Nacional del Sistema de Emergencias Médicas), partiendo de un diagnóstico completo de la situación de emergencias y el diseño de un plan de mediano plazo acorde con las necesidades y las posibilidades financieras del Gobierno. La CONASEM será el órgano intersectorial coordinador del SEM y será presidido por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Los esfuerzos se concentraron en la gestión de los recursos financieros imprescindibles para sostener el SEM, gestiones que han dado sus frutos con la aprobación del préstamo BID (que tiene un componente importante relativo a emergencias) y la gestión del préstamo con el Banco Mundial (del que también depende el MINSAL en este eje estratégico de la reforma que es el SEM). Además, exitosas gestiones con la cooperación internacional han dado frutos, por lo que el país tiene asegurada la cooperación técnica para poner a funcionar el sistema.

Creación del Instituto Nacional de Salud (INS)

Con acuerdo ministerial del 13 de septiembre de 2010, la Ministra de Salud creó el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud. El INS será lanzado, una vez que se haga efectivo el apoyo internacional logrado, hacia mediados del año 2012.

Asimismo, se gestionaron con éxito los recursos financieros necesarios para el INS y sus componentes, especialmente de la cooperación no reembolsable (en donde proyectos a comenzar próximamente financiados por la cooperación española –AECID y AACID- garantizarán esta importante iniciativa hasta el fin del quinquenio.

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

El recién creado Instituto Nacional de Salud de El Salvador fue aceptado en octubre del año 2010 como Miembro Asociado de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI), de la que el Instituto Carlos III, el CDC de Atlanta y el Instituto Fiocruz de Brasil son algunos de los distinguidos miembros.

Capítulo 14

Dimensión internacional

En el Informe de Labores del primer año de esta gestión, se hacía referencia a que el Gobierno había definido una visión y una estrategia nacional para capitalizar en beneficio del país las oportunidades que se abrían en el nivel internacional y a que el MINSAL había definido la política nacional de salud, la visión y estrategia de la Reforma en Salud y una perspectiva de medio plazo para el desarrollo del área de salud en el marco del desarrollo nacional. Se hacía notar que estas definiciones son esenciales para orientar su participación en los diversos ámbitos del campo de Salud Internacional y para orientar y mejorar la efectividad de la cooperación internacional en salud y el aprovechamiento de las oportunidades para obtener bienes y servicios sanitarios. Se decía que la definición política del rumbo y las condiciones estratégicas del cambio en salud son la base de una acción internacional soberana y efectiva.

Siguiendo esa visión, durante el segundo año de gestión se acrecentó la presencia del país en los foros internacionales más importantes relativos a salud y ello redundó en el logro de un extenso apoyo para el proceso de Reforma que se está desarrollando. El Salvador está ganando un espacio creciente en el debate internacional relacionado con el desarrollo y la soberanía sanitaria, debate que se traducirá en políticas, regulaciones e iniciativas de alto impacto para muchos de los países.

La conducción del MINSAL ha abogado por la necesidad de recuperar y fortalecer el multilateralismo en salud, por preservar la cooperación internacional para los países de desarrollo medio como manera de mantener y consolidar los logros de las últimas décadas, por visualizar los determinantes particulares que las enfermedades crónicas tienen o pueden tener en países como los centroamericanos y que llevarían a la definición de intervenciones diferenciales con respecto a otros países, por la ne-

cesidad de redoblar los esfuerzos para que los acuerdos logrados en los foros internacionales avancen de manera más oportuna en el alineamiento efectivo de los recursos de la cooperación con las prioridades de desarrollo de los países y con las políticas nacionales de salud, por la necesidad de que los países e instituciones donantes cumplan los compromisos internacionales que suscribieron y porque aumente la solidaridad entre los países y los pueblos en los temas de salud.

Eventos Significativos con Presencia de las Autoridades Sanitarias de El Salvador

Parte del esfuerzo realizado en lo antes mencionado puede verse en la participación de las autoridades del MINSAL en eventos relacionados con la definición de políticas internacionales relativas a salud. A continuación se enumeran algunos de estos eventos y los temas abordados.

- **Integración Centroamericana (COMISCA y RESSCAD)**

Participación en la XXVI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) realizada en Costa Rica, del 12 al 16 de octubre de 2010.

Participación en la XXXIII Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), realizada en Belmopán, Belice, el 1 y 2 de diciembre de 2010.

En el marco del COMISCA se continúan trabajando los ejes de negociación conjunta de medicamentos, en donde se lograron avances (reportados en el capítulo sobre medicamentos y vacunas), desarrollo de recursos humanos y enfermedades crónicas, a través de las respectivas comisiones especializadas.

- **Reuniones de Ministros de Salud de la Región de las Américas**

Participación en la Primera Consulta Ministerial sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y Obesidad, realizada en la Ciudad de México, el 24 y 25 de febrero de 2011. En esta reunión, El Salvador abogó por el reconocimiento de la enfermedad renal crónica como una ECNT asociada a una etiología específica en regiones como la centroamericana.

El Salvador participó en la Reunión de Alto Nivel sobre Acceso Universal a Prevención, Tratamiento, Cuidado y Apoyo sobre el VIH en América Latina, realizada en la Ciudad de México entre el 28 de febrero y el 2 de marzo de 2011. La Declaratoria de esta Reunión fue presentada por El Salvador en una reunión satélite de la Asamblea Mundial de la Salud sobre VIH/SIDA.

- **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)**

Participación en el 50º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 62ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, Washington, D.C. del 26 de septiembre al 2 de octubre de 2010.

Participación en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud: La Ministra de Salud de El Salvador, en su carácter de Primera Vicepresidenta de la 63ª Asamblea y a cargo de la Presidencia, inaugura la 64ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza, entre el 16 y el 24 de mayo de 2011.

Durante la 64ª Asamblea Mundial de la Salud, El Salvador suscribió el convenio con la Asociación de Salud Internacional e Iniciativas Relacionadas (IHP+ por sus siglas en inglés), siendo el primer país de la Región de las Américas en adherirse. Esta asociación representará una plataforma para trabajar en la armonización y alineamiento de la cooperación internacional con las políticas nacionales de salud, además de una oportunidad para la movilización de recursos de la cooperación técnica y financiera acorde con las necesidades de desarrollo sanitario del país.

- **Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el SIDA (ONUSIDA)**

26º y 27º Reuniones de la Junta Coordinadora de ONUSIDA (PCB por sus siglas en inglés), realizadas en Ginebra, Suiza, del 20 al 25 de junio y del 5 al 9 de diciembre

de 2010, respectivamente. En la última de las reuniones mencionadas, El Salvador recibió la Presidencia del PCB de ONUSIDA, la que desempeñará hasta fines de 2011 con una apretada agenda de abogacía y coordinación por parte de nuestro país sobre el tema del VIH/sida.

- **Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario/Organización Mundial de la Salud (GHWA)**

La Ministra de Salud, Doctora María Isabel Rodríguez, fue nombrada *champion* de los recursos humanos en salud por la Alianza (GHWA por sus siglas en inglés).

Participación en la Reunión de Fortalecimiento de las Capacidades en los Países para la coordinación y facilitación en Materia de Recursos Humanos para la Salud, realizada en El Cairo, Egipto, del 11 al 14 de julio de 2010.

Participación en el Segundo Foro Mundial de Recursos Humanos para la Salud organizado por la GHWA, realizada en Bangkok, Tailandia, del 24 al 30 de enero de 2011.

- **Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública**

Participación en la Reunión de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI por sus siglas en inglés), en donde fue aceptado el Ministerio de Salud de El Salvador como miembro asociado, 1 y 2 de noviembre de 2010.

La Cooperación Internacional en Salud en El Salvador (CIS)

El Gobierno de El Salvador asigna gran importancia a la cooperación internacional y específicamente a la cooperación en salud, considerando la vulnerabilidad del país, el contexto y las repercusiones de la crisis global en la economía y en la sociedad, y las enormes necesidades que tiene para sustentar los cambios sociales y políticos que ha planteado en su Programa de Gobierno.

La cooperación internacional en salud en El Salvador, como componente significativo para el desarrollo sanitario, se inició, al igual que en otros países de América Latina, en la década de los cuarenta en plena II Guerra Mundial. En 1942 el Gobierno de El Salvador suscribió un convenio con una entidad gubernamental de los Estados Unidos para que el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública realizara obras de infraestructura (construcción de unidades de salud y el local de lo que hoy es el MINSAL), apoyara programas de control de enfermedades (malaria, poliomiélitis, tuberculosis y otras infecciosas)

e iniciara un programa de formación de especialistas en Salud Pública (para médicos e ingenieros) mediante becas en el exterior.

La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud data de la década de los años cincuenta, iniciándose como asistencia técnica en el desarrollo de una Escuela de Capacitación Sanitaria y en la erradicación de la malaria. En los últimos lustros, siguiendo la pauta arriba descrita, la cooperación internacional en salud ha crecido en volumen, complejidad y también en fragmentación.

El país se adhirió a la Declaración de París en mayo del 2009, antes de la toma de posesión del nuevo gobierno. La Declaración de París (2005) es la primera iniciativa a escala mundial para tratar de resolver la fragmentación que se registraba en la Ayuda para el Desarrollo y representa un hito en la búsqueda de coherencia entre todos los actores involucrados en los procesos de cooperación. La Declaración de París postula cinco principios fundamentales para el avance de la comunidad de cooperación internacional hacia objetivos comunes: apropiación, alineamiento, armonización, gestión por resultados y mutua rendición de cuentas. En el III Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad del Desarrollo realizado en Accra (2008), las discusiones sobre coordinación de la ayuda fueron realizadas tanto por representantes de los países donantes como de los países recipientes, lo que marcó los inicios de un enfoque Norte –Sur para la gobernanza de la cooperación.

Aunque la Declaración de París tiene pendiente reconocer la extrema diversidad de la demanda de cooperación, permite realizar un buen análisis de las dificultades que afectan el lado de la oferta de la cooperación. El Gobierno de El Salvador considera un avance importante los compromisos realizados alrededor de la Declaración de París y sus acuerdos interagenciales como una buena plataforma para reorientar y hacer más efectiva, en beneficio del país, las oportunidades de ayuda internacional.

El Viceministerio de Cooperación para el Desarrollo del Ministerio de Relaciones Exteriores lideró un proceso de construcción de un acuerdo basado en la Declaración de París y el Programa de Accra, que se plasmó en un documento que fue ampliamente discutido con los actores del desarrollo (gobierno, sociedad civil, ONGs internacionales y socios de cooperación) presentes en el país, y que fue suscrito el 18 de junio del 2010. Nacen así los “Compromisos para una Agenda Nacional de Eficacia de la Ayuda”. En el referido acuerdo se reconoce que las estrategias que mejoren el impacto y la eficacia de la ayuda

deben reconocer e integrar la experiencia y esfuerzos de las instituciones nacionales, los municipios y la sociedad civil, reconociendo su rol esencial como agentes del desarrollo. Se reconoce también que es urgente e imprescindible fortalecer las capacidades institucionales para hacer frente a los retos derivados de la Declaración de París y el Programa de Accra. Al mismo tiempo se propone desarrollar un modelo de cooperación adaptado a las necesidades del país, que le permita establecer relaciones equitativas con el resto del mundo con la finalidad de obtener recursos y oportunidades que ayuden a mejorar la vida de la población salvadoreña¹.

Desde hace dos años, el Ministerio de Salud viene realizando un esfuerzo destinado a superar los problemas que se presentaban en el ámbito de la cooperación internacional que apoyaba al Ministerio, y entre los que se destacaban: a) débil rectoría por parte del Ministerio de Salud en la orientación de la cooperación técnica y financiera, que se expresa sobre todo en el hecho de que una parte de la cooperación responda a criterios y agendas construidas exclusivamente desde la perspectiva del donante, b) alta fragmentación y gran yuxtaposición de iniciativas y acciones, c) proliferación de programas verticales en salud que poseen sus propias fuentes de financiamiento y racionalidad en la acción sanitaria, incluyendo los programas asentados en el Ministerio de Salud, d) reducido conocimiento por parte del nivel central del Ministerio sobre la situación de la cooperación internacional en los servicios de salud (incluyendo los hospitales y unidades de salud), el nivel municipal y la cooperación con las ONG nacionales y las organizaciones sociales, entre otros.

Este esfuerzo se realizó en base al principio de soberanía sanitaria y el primer llamado es a que la cooperación internacional se sume al gran esfuerzo que está realizando el Gobierno Nacional en apoyo a una de sus prioridades: la Reforma de Salud.

Principios para una estrategia de movilización de recursos para la Reforma de Salud de El Salvador

En el mundo actual es esencial tener en cuenta que conforme avanza la interdependencia entre los países, con las consiguientes presiones y condicionalidades, casi todas las políticas de salud adquieren una significativa connotación regional y/o mundial. Aumentan asimismo el número de acuerdos, convenios, tratados, proyectos de cooperación internacionales que impactan sobre los procesos nacionales de decisión y gestión.

¹Ministerio de Relaciones Exteriores. *Compromisos para una Agenda Nacional de Eficacia de la Ayuda. Hoja de Ruta para la Mayor Efectividad e Impacto de la Cooperación para el Desarrollo. San Salvador, junio de 2010.*

Por ello se hace imprescindible que los gobiernos de los países posean coherencia política, dirección estratégica, una base de principios y valores claros (y compartidos por sus ciudadanos) y una capacidad institucional para la gestión de los procesos y recursos en juego. El propósito es que las oportunidades, condiciones y beneficios de la cooperación sean utilizados y aprovechados en beneficio de sus poblaciones y no de sectores de privilegio, grupos de presión o exclusivamente de los países o instituciones donantes.

La condición clave a ser asegurada por los gobiernos y sus unidades de gestión de la cooperación internacional en este entorno, es la autonomía en las decisiones y en la gestión referente a la cooperación internacional. Autonomía en este contexto significa dos tipos de capacidades: la capacidad de razonamiento propio y reflexivo ante el contexto, las ofertas y las necesidades y demandas, y la capacidad de escoger entre distintos cursos de acción o diversas oportunidades de colaboración. Implica asimismo el rechazo a presiones o condiciones unilaterales, de cualquier índole. En estos términos la autonomía es el principio elemental de un poder legítimo. Es lo que se denomina Soberanía Sanitaria.

En un nivel operativo de la función general de gobierno la soberanía sanitaria implica la aplicación de la función sectorial de Rectoría en Salud al campo de la cooperación internacional. Ello significa poner en práctica liderazgo político, base jurídico-normativa y capacidad institucional que, en el campo de la Cooperación Internacional, aseguren para la Autoridad Sanitaria la gobernanza y la gobernabilidad de sus políticas públicas.

Entre las acciones estratégicas que supone el ejercicio de la soberanía sanitaria están:

- ~ Ejercicio de la rectoría en salud a nivel nacional (conjunto del sector de la salud) y orientación y apoyo al desarrollo de la salud en las instancias sub nacionales de gobierno (descentralización y regionalización)
- ~ Ejercicio de la rectoría en salud a escala internacional mediante el alineamiento de las ofertas de cooperación con las políticas y las estrategias nacionales
- ~ Negociación y gestión de proyectos y convenios con organismos de financiamiento internacional, organismos de cooperación técnica y con otros países e instituciones

- ~ Corresponsabilidad con otros países en la implementación de convenios internacionales en pro del bien común .

El Ministerio ha iniciado la definición de una estrategia para movilizar recursos, acorde con su orientación de política sanitaria y sus necesidades más urgentes. En ese marco político se definen un conjunto de principios que orientan y definen la gestión de la Cooperación Internacional en Salud por parte del Ministerio de Salud.

Principios orientadores de la Cooperación por parte del Ministerio de Salud

- ~ Alineamiento y armonización de la cooperación internacional con la Política de Salud y su Plan Estratégico, ambos enmarcados en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2009-2014
- ~ Soberanía nacional, rectoría del Ministerio de Salud en el establecimiento de prioridades, orientación de las áreas de cooperación en salud y monitoreo y evaluación de sus acciones
- ~ Coordinación activa con la Secretaría Técnica de la Presidencia, el Ministerio de Hacienda y Cancillería
- ~ Movilización de recursos de la cooperación internacional en salud para el desarrollo de políticas públicas intersectoriales orientadas a fortalecer el sistema de salud, actuar sobre los determinantes sociales de la salud y promover la participación ciudadana.

Es con esa orientación que el MINSAL viene participando activamente en iniciativas de cooperación de origen multilateral y bilateral, en los procesos e instituciones del Sistema de Integración Centroamericano, en las iniciativas cooperativas del ámbito subregional, así como en lo que corresponde a la representación del país en las instancias de gobernanza de los organismos internacionales del sistema multilateral.

Convenios, membresías internacionales suscritas por MINSAL en el período

Primer Año: Junio 2009-Mayo 2010

- Convenio Marco de Cooperación Técnica y Funcionamiento entre el Ministerio de Salud y Federación de Asociaciones de Medicus Mundi- España. Este convenio tiene como objetivo formalizar acciones de coo-

peración que el organismo brinda al país y fue firmado el 11 de febrero del 2010

- Convenio Marco entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud. El objetivo es formalizar las acciones de cooperación de salud y educación para la realización de prácticas orientadas a promoción, prevención, control, curación, rehabilitación, seguimiento, docencia, capacitación e investigación de eventos asociados a la conservación de la salud. Con el apoyo de JICA, el mismo día se firmó el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud para la prevención y control de la enfermedad de Chagas. El objetivo es proteger la salud de la población de la enfermedad de Chagas, realizando acciones conjuntas entre el MINED Y MINSAL para facilitar la educación, capacitación sobre el tema en centros educativos y comunidades urbanas y rurales. Fecha de suscripción 22 de marzo de 2010
- Convenio de Cooperación Técnica entre Países para el Fortalecimiento de las Capacidades Locales para la Salud. Este documento fue firmado por el MINSAL, Cuba y OPS. El objetivo es incrementar las capacidades de los SIBASI y Regiones de Salud para la implementación del modelo de atención integral y la gestión de redes integrales e integradas de servicios de salud. Fecha de suscripción abril de 2010
- Convenio de Cooperación Técnica Financiera entre el Ministerio de Salud y Plan El Salvador. El objetivo es promover el acceso de niñas, niños y sus familias a medicamentos e insumos para el mejoramiento de su salud. Fecha de suscripción 26 de mayo de 2010

Segundo Año: Junio 2010-Mayo 2011

- Convenio de Cooperación específico para la ejecución de la Misión Milagro entre la República Bolivariana de Venezuela y la República de El Salvador. El objetivo es brindar la atención a los pacientes salvadoreños que adolezcan de patologías oftalmológicas. Fecha de suscripción julio de 2010
- Memorándum de Entendimiento entre el Ministerio de Salud de la República de El Salvador y el Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil. El objetivo es establecer el marco del programa de cooperación para el desarrollo de un sistema de ciencia y tecnología en salud. Fecha de suscripción 2 de julio de 2010
- Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud de El Salvador y el Ministerio de Salud Pública de



Consulta de Alto Nivel de las Américas contra las enfermedades crónicas no transmisibles, México, febrero de 2011

Fotografía: Unidad de Comunicaciones, MINSAL

la República de Cuba. El objetivo es apoyar al programa de salud, intercambio de experiencias, investigaciones y cooperación técnica. Fecha de suscripción 9 de julio de 2010

- Memorándum de Entendimiento entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía-España y el Ministerio de Salud de El Salvador. Con este se establece el marco de cooperación entre las partes para la realización de actividades de cooperación técnica en los temas de salud orientados a la protección y mejora de la salud pública. Fecha de suscripción 15 de octubre de 2010
- Membrecía del Ministerio de Salud de El Salvador como miembro asociado de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI). Su principal objetivo es facilitar el desarrollo científico y tecnológico de los institutos nacionales de salud a través de una red mundial de intercambio y cooperación. Fecha de suscripción 31 de octubre de 2010
- Convenio de Hermanamiento y Cooperación entre Osakidetza Servicio Vasco de Salud (España) y el Ministerio de Salud de El Salvador. El objetivo es promover el perfeccionamiento del personal hospitalario y sanitario de las áreas de dirección, gestión, medicina, enfermería, paramédico, administrativo y servicios de mantenimiento. Fecha de suscripción 3 de enero de 2011
- Incorporación del Ministerio de Salud de El Salvador como miembro de la Asociación de Salud Internacional e Iniciativas Relacionadas (IHP+). El objetivo es definir compromisos siguiendo lineamientos de la

Declaración de París, para movilizar socios alineados con la política nacional de salud. Fecha de suscripción 16 de mayo de 2011

- Acuerdo Interinstitucional entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y Ministerio de Salud de El Salvador. El objetivo es coordinar a los actores y acciones involucradas en la realización de brigadas médicas y donaciones internacionales de medicamentos, equipos e insumos médicos, facilitando el procedimiento de aprobación, internación y desarrollo de las mismas. Fecha de suscripción 30 de mayo de 2011 (www.salud.gob.sv).

La contribución de la Cooperación Internacional en Salud (CIS) en el segundo año de gestión

La CIS en El Salvador no es cuantiosa en términos financieros, si se toma en cuenta su aporte en relación al presupuesto nacional para salud, pero tiene vital importancia para la movilización de recursos orientados al fortalecimiento de la capacidad nacional para ejercer las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Asimismo, la oferta de bienes y servicios de salud que brinda el MINSAL se ha visto ampliada y fortalecida con la cooperación no reembolsable que han destinado los países amigos y organismos internacionales.

El Sistema de Naciones Unidas, a través fundamentalmente de OPS/OMS y también con el apoyo de UNICEF y UNFPA, ha continuado apoyando sostenidamente al Ministerio. OPS/OMS ha proporcionado un apoyo técnico muy importante a la formulación e inicio de la implementación de la Reforma de Salud, así como a la evaluación de programas prioritarios, fortalecimiento institucional y desarrollo de recursos humanos.

Asimismo, es de destacar que El Salvador fue uno de los primeros países seleccionados por la OMS para recibir un donativo de 1,600,000 vacunas para la influenza pandémica A H1N1, donativo que se concretó durante este segundo año. A este se sumó otro donativo de 676,000 vacunas para el mismo fin realizado por USAID. En conjunto la donación ascendió a cerca de quince millones de dólares y permitió al país lograr una de las coberturas más altas de vacunación en el mundo.

En el segundo año de gestión, entre los principales donantes que forman parte de la cooperación Norte-Sur y que han apoyado al MINSAL con proyectos de infraestructura, equipamiento, cooperación técnica y desarrollo de recursos humanos, ya sea directamente o por medio de sus agencias bilaterales, se encuentran Estados Unidos, España (a través de AECID y de la cooperación des-

centralizada), Japón, Luxemburgo y Corea, entre otros. La cooperación Sur-Sur es particularmente importante con Brasil y Cuba. Con el primero, cuatro proyectos fueron aprobados durante el año pasado que están iniciando su ejecución, todos proyectos de cooperación técnica. Con el segundo país, la cooperación se ha desarrollado en el marco del proyecto triangular con OPS/OMS que moviliza un equipo de especialistas que apoyan al MINSAL para el desarrollo de sus capacidades técnicas y de gestión.

Varios proyectos han sido aprobados durante este período que están iniciando su ejecución o comenzarán a ejecutarse en los próximos meses. Varios se desarrollarán más allá del presente quinquenio.

La cooperación reembolsable en salud gestionada por el MINSAL está centrada en el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Centroamericano de Integración Económica: a) con el BM se está terminando el proyecto RHESSA iniciado en el año 2004 y que ha dejado como principal resultado la construcción/reconstrucción de 6 hospitales; una nueva operación de 80 millones de dólares está en sus últimas fases de aprobación por parte del Directorio del Banco para luego seguir el proceso de ratificación por parte de las instancias nacionales correspondientes; b) El 16 de diciembre de 2010, la Asamblea Legislativa ratificó un préstamo de 60 millones de dólares del BID; durante el primer semestre del año se constituyó la Unidad Coordinadora Institucional y se cumplieron todas las condiciones previas para el primer desembolso; asimismo, la Asamblea Legislativa aprobó la elevación del presupuesto ministerial para hacer efectivo el primer desembolso del préstamo por ocho millones de dólares; la ejecución comenzará en julio de este año; c) en los próximos meses se iniciará la construcción del Nuevo Hospital de Maternidad con el préstamo otorgado por el BCIE por 42 millones de dólares.

A continuación, se presentan cuadros resumen de los montos con los que las agencias multilaterales y bilaterales apoyaron al Ministerio de Salud durante la última década y se presenta por separado un cuadro con la información de los últimos dos años de gestión. Posteriormente, se describen los proyectos en ejecución, los proyectos gestionados que ya obtuvieron aprobación y que comenzarán a implementarse durante los próximos meses y los proyectos que están en proceso de gestión y que se espera sean aprobados durante los próximos meses.

COOPERACION NO REEMBOLSABLE AÑOS 1999 AL 2004

PAIS/ ORGANISMO INTERNACIONAL	AÑOS DE GESTION				
	1999- 2000	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003 -2004
USAID	9,447,514.00	5,170,146.00	2,099,792.00	3,111,135.00	2,506,690.00
Gobierno del Gran Ducado de Luxemburgo	811,212.00	1,486,523.00	1,024,871.00	1,514,296.00	1,427,084.00
Unión Europea	1,135,343.00	3,451,428.00	5,261,551.00	2,739,592.00	876,056.00
Alemania	2,380,855.00	2,745,900.00	437,462.00	1,378,022.00	1,289,011.00
Fondo Global					6,593,932.00
UNICEF	165,143.00	40,583	2,179,586.00	68,390.00	95,433.00
UNFPA			18,428.00	15,575.00	
España	150,514.00	52,571.00	3,828,771.00	601,152.00	2,775,924.00
Japón			311,402.00	702,269.00	163,467.00
OPS	298,874.00	170,580.00	1,138,480.00	3,545,593.00	2,764,583.00
Plan Internacional	196,570.00	137,143.00	202,538.00		689,657.00
Holanda		22,632.00			
Médicos Sin Fronteras		104,000.00	94,430.00		
CARE		308,570.00			
CHF		16,000.00	95,428.00		
OIEA			12,000.00		
Suiza			561,243.00	18,302.00	54,429.00
Save the Childrens			52,618.00		
Children Croos Connection International			13,600.00		
Comando Sur			267,850.00		
Dinamarca				58,327.00	71,423.00
Belgica					32,637.00
Israel				160,152.00	
Puerto Rico				210,000.00	
PNUD				97,000.00	
China (Taiwan)			3,000.00	10,585.00	12,500.00
GRAN TOTAL (\$)	14,586,025.00	13,706,076.00	17,603,050.00	14,230,390.00	19,352,826.00

COOPERACION NO REEMBOLSABLE AÑOS 2004 AL 2009

PAIS/ ORGANISMO INTERNACIONAL	AÑOS DE GESTION					MONTO TOTAL DE FINANCIAMIENTO \$
	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008 -2009	
USAID	3,442,531.00	3,260,923.00	6,020,040.00	4,828,227.00	4,853,807.00	22,405,528.00
Gobierno del Gran Ducado de Luxemburgo	882,329.00	719,179.00	3,320,999.00		735,398.00	5,657,905.00
Unión Europea	2,238,000.00	3,461,891.00				5,699,891.00
Canadá	29,630.00	1,093,500.00	997,644.00	1,435,587.00		3,556,361.00
Fondo Global	413,477.00	4,857,376.00	5,702,325.00	2,652,800.00	337,272.00	13,963,250.00
UNICEF	124,290.00	101,305.00	45,511.00	219,713.00	79,731.00	570,550.00
UNFPA	306,137.00	214,918.00	147,080.00	168,776.00	150,097.00	987,008.00
España	306,924.00	348,371.00	239,546.00	2,116,151.00	1,336,465.00	4,347,457.00
Japón			7,266,324.00	777,026.00	1,334,841.00	9,378,191.00
Brasil			70,691.00			70,691.00
Brasil/ GTZ					109,900.00	109,900.00
Corea				720,000.00		720,000.00
China (Taiwan)				8,250.00		8,250.00
Plan Internacional		1,423,405.00	3,232,743.00			4,656,148.00
Fundación Privada Intervida El Salvador		400,000.00	940,342.00	1,111,247.00	1,391,753.00	3,843,342.00
CDC de Atlanta/ OMS/ OPS		15,000.00				15,000.00
Manos que Ayudan				150,000.00	510,000.00	660,000.00
Fundación Bill Clinton					65,500.00	65,500.00
Basic Health International					20,000.00	20,000.00
Operation Walk	580,000.00					580,000.00
GRAN TOTAL (\$)	8,323,318.00	15,895,868.00	27,983,245.00	14,187,777.00	10,924,764.00	77,314,972.00

Fuente: Unidad de Cooperación Externa, MINSAL

PAIS/ ORGANISMO INTERNACIONAL	PROMEDIO DE INVERSION \$	
	Jun/2009 a May/2010	Jun/2010 a May/2011
COOPERACION BILATERAL		
USAID (incluye \$ 994,192.00 por donativo de 676,000 vacunas contra el AH1N1)	3,279,610.00	4,560,201.00
España	2,533,450.00	3,090,523.00
España/ Intervida	(726,555.00)	(1,070,488.00)
Medicus Mundi	(720,840.00)	(568,377.00)
Médicos del Mundo	(444,637.00)	(627,500.00)
España/ AECID	(353,988.00)	(530,849.00)
España/ SETEFE		(203,309.00)
Cátedra UNESCO- Catalunya	(147,430.00)	
España (Proyecto Esther)	(75,000.00)	
España Mensajeros por La Paz	(65,000.00)	
Andalucía		(90,000.00)
Japón	1,091,000.00	2,929,000.00
Gran Ducado de Luxemburgo	3,239,240.00	35,000.00
Corea	2,000,000.00	40,000.00
Italia		543,828.00
Chile		110,000.00
Finlandia (IANPHI)		25,000.00
COOPERACION MULTILATERAL		
Fondo Global	964,356.00	772,000.00
OPS /OMS	260,000.00	1,432,643.00
UNICEF	11,000.00	60,774.00
UNFPA	183,657.00	317,086.00
PMA		64,120.00
BID	100,000.00	
Brigadas Médicas por Cuba, Organizaciones de USA, Taiwán, e Italia (incluyendo donativos)	2,632,000.00	2,408,000.00
Donativos por Alemania, Organizaciones de USA y España (medicamentos, insumos, materiales y equipo médico)	2,026,375.00	1,559,074.00
Donativo de 1,600,000 vacunas contra la Influenza AH1N1, por medio de la OMS.		13,820,800.00
GRAN TOTAL	18,320,688.00	31,768,049.00

Fuente: Unidad de Cooperación Externa, MINSAL.

Notas:

El mayor porcentaje de los fondos son manejados directamente por las agencias internacionales y/o las Oficinas Coordinadoras de Proyectos y solamente algunos fondos son administrados en combinación con el MINSAL.

PROYECTOS EN EJECUCIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACIÓN	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO DE AYUDA EJECUTADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
JORNADA MÉDICA	Realizar exámenes y cirugías especiales en pacientes. Hospital de Ahuachapán	100 Endoscopias y Colonoscopia 40- procedimientos ginecológicos. 30 cirugías de hernias. 30 cirugías de vesículas. vejiga, útero, quistes ováricos, miomas	400,000.00	Blanca´s House
COOPERACIÓN TÉCNICA	Esta es una brigada médica con 20 especialistas en los siguientes campos: Bioestadística (1), Epidemiólogos (7), Medicina General Integral (11) y un Especialista en Gerencia Hospitalaria. El objetivo es fortalecer las capacidades locales para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral como base del Sistema de Salud. Los objetivos específicos son participar en la estructuración y puesta en funcionamiento de las RIISS, contribuir en la elaboración e implementación de lineamientos, normas y protocolos integrales de atención en todos los niveles del sistema, fortalecer las capacidades de los equipos locales en vigilancia de la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en salud ambiental.	Se trabaja en coordinación con las autoridades del Ministerio Salud, con la asesoría y seguimiento de OPS. La metodología de trabajo es a través de un acompañamiento continuo y sistemático a todos los niveles, con actividades de asesorías, capacitación, monitoreo y evaluación, donde se establecen intercambios continuos de trabajo, dejando fortalecidas las capacidades; apoyando la asesoría y elaboración de nuevos instrumentos, normas, manuales y lineamientos establecidos por el Ministerio. El mayor énfasis en el trabajo, se ha encaminado al acompañamiento y capacitación de los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados como piedra angular del éxito del Nuevo Modelo de Atención	99,000.00	Convenio Triangular El Salvador, Cuba/ OPS
JORNADA MÉDICA	Realizar intervenciones médico quirúrgicas de oftalmología, urología y ortopedia. Hospital San Rafael.	60 cirugías oftalmológicas entre cataratas y pterigiones 5 cirugías de urología 10 cirugías en ortopedia	250,000.00	Gobierno de China (Taiwan)
JORNADA MÉDICA	Realizar intervenciones médico quirúrgicas en cadera o rodilla y donar medicamentos e insumos médicos. Hospital San Rafael de Santa Tecla	46 cirugías en pacientes que necesitaban prótesis de rodilla. Donación de medicamentos, insumos, materiales e instrumental médico	300,000.00	OPERATION WALK (Organización estadounidense de Utah)
JORNADA MÉDICA	Realizar cirugías de corazón en niños con defectos congénitos del corazón. Hospital Nacional Benjamín Bloom	21 cirugías de corazón abierto en niños cardiopatas; capacitación al equipo médico de cardiólogos pediátricos; donación de medicamentos, equipo e insumos médicos	635,000.00	Corazón Italiano/ Gift Of Life
JORNADA MÉDICA	Facilitar asistencia médica gratuita. Puerto El Triunfo y Jucuarán/Usulután	Desarrollo de consultas médicas en diferentes especialidades y consultas odontológicas	100,000.00	Fuerza BRAVO de Estados Unidos
JORNADA MÉDICA	Facilitar asistencia médica gratuita. San Vicente, Tepetitán, Apastepeque, Guadalupe y San Ildefonso/ San Vicente	Desarrollo de consultas médicas en diferentes especialidades y consultas odontológicas	624,000.00	Más allá del Horizonte/ Estados Unidos
DONATIVOS	Donar equipo médico. Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca	Entrega y recepción de equipo e instrumental para ortopedia	2,350.00	Fundación Hilfe für das Hospital Santa Teresa e.V de Alemania- Dr. Enno Keller
DONATIVOS BAJO EL PROYECTO EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y EFECTIVIDAD DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL	Donar equipo médico. Hospitales de San Miguel, Santa Ana, Benjamín Bloom y Vigilancia Laboratorial del Nivel Central.	Entrega de equipo y mobiliario para laboratorios: termocicladores para PCR, cámaras para electroforesis, incubadoras termo precisión, micropipetas, centrifugas, rotador eléctrico, sillas, etc.	19,475.00	The Task Force for Global Health/ Centros de Control y Prevención de Enfermedades.

PROYECTOS EN EJECUCIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACIÓN	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO DE AYUDA EJECUTADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
DONATIVOS	Medicamentos materiales e insumos médicos. Hospital Nacional Rosales	Destinar mobiliario, equipo, materiales e insumos médicos	81,000.00	Del Sur/ Medical Bridges
DONATIVOS	Donar medicamentos. Unidades de salud	Entrega y recepción de medicamento del cuadro básico	51,811.00	Fundación Reina Sofía/ NORMON
DONATIVOS	Prevención a la Influenza AH1N1. A nivel nacional	Donación de 1,600,000 dosis de vacuna contra la influenza AH1N1	13,820,800.00	Organización Mundial de la Salud- OMS
DONATIVOS	Donar material médico y educativo. Establecimientos de salud	Dotación de materiales educativos	8,417.00	OSALDE-ESPAÑA
DONATIVOS	Donación de Medicamentos al MINSAL. Establecimientos de Salud	Se han recibido cuatro embarques de medicamentos e insumos médicos	1,396,021.00	PROYECTO HOPE
PROGRAMA DE APOYO A RED SOLIDARIA	Mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud en atención materna e infantil. Ciudad Barrios/ San Miguel	Contratación y desarrollo de los estudios de pre inversión para la obra "Construcción y Equipamiento de la Unidad de Salud de Ciudad Barrios"	35,000.00 (monto total: 3,900,000.00/ años: 2008- 2012)	Gobierno del Gran Ducado de Luxemburgo
VOLUNTARIA-DO COREANO	Hospital Rosales, U.S. Coatepeque/ Santa Ana y Corinto/San Miguel	Desarrollo funcional de la biblioteca del Hospital Rosales, atención gineco-obstétrica en Unidades de Salud y Hogares de Espera Materna	40,000.00	Corea
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD	Mejorar el acceso y uso de los servicios de salud materno e infantil, el uso incrementado de planificación familiar, mitigación del VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas. Nivel País	Donación de 676,000 dosis de vacuna contra la influenza AH1N1. Entre otras acciones se ha apoyado la socialización del nuevo modelo de atención. Institucionalizada la estrategia de Mejoramiento Continuo de la Calidad en red de hospitales y se ha diseñado un plan para su implementación en Unidades de Salud; en el Hospital de Maternidad se inició la estrategia Madre Canguro y la capacitación del personal de los Hospitales San Rafael y Santa Ana; 721 profesionales médicos y enfermeras de hospitales capacitados en habilidades obstétricas, neonatales, planificación familiar, lactancia materna, prevención y control de infecciones nosocomiales; 70 instructores del nivel nacional capacitados en metodología para desarrollo de los cursos de reanimación neonatal, 22 profesionales de instituciones que conforman el Comité Interinstitucional Series FESAL capacitados en el "Uso y Análisis de las bases de Datos". Apoyo al proceso de Categorización de Hospitales; Apoyo técnico y financiero para la elaboración del Plan Quinquenal para la reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2010-2014; Impresiones de materiales educativos, formularios ficha familiar, familiares, instructivos y formularios dispensarización para los ECOS-F y 700 ejemplares de Lineamientos y Normas para el Control de Infecciones en la Atención Sanitaria; Equipo de oficina, de laboratorio, médicos y	4,560,201.00 (monto total del proyecto: \$ 41.2 millones para los años 2006-2012, incluye otras instancias además del MINSAL)	USAID

PROYECTOS EN EJECUCION				
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACION	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO DE AYUDA EJECUTADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
		muebles para 4 unidades de salud de la Región Paracentral. Estudio para el fortalecimiento de la Disponibilidad de Equipo Biomédico y de la Capacidad de Respuesta de los departamentos de mantenimiento de 13 hospitales; Adecuación Sistema de Información de Abastecimiento en los almacenes de 15 hospitales, adecuando el módulo de consumos y existencias para el registro de los consumos y existencias de los ECOS-F		
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA NIÑEZ EN LOS MUNICIPIOS DEL MACISO COSTERO	Construir una red de protección social a la infancia en la región del macizo costero del departamento de La Libertad	Cooperación Técnica, compra de material educativo y equipo médico para la atención al menor de 5 años	110,000.00	Gobierno de Chile
MEJORAMIENTO FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE CHALCHUAPA Y DESARROLLO DE LA RED INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Mejorar la Calidad en Salud de la Población de la red de servicios del municipio de Chalchuapa, con énfasis en el área Materno-Infantil. Hospital Nacional de Chalchuapa	Construcción y rehabilitación de 2 quirófanos, 1 sala de parto, módulo de maternidad y módulo de pediatría. Lanzamiento de licitación para la adquisición de equipo médico de la 1ra. Fase	543,828.00 (monto total: 2,510,340.99/ años: 2011- 2012)	Gobierno de Italia
PROGRAMA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (NEFROLEMPA)	Implementar un programa integral de Salud Renal para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la ERC y mejoría de la calidad de vida en el primer nivel de atención de salud. 5 comunidades del Bajo Lempa	Capacitaciones, creación de 8 Comités Comunitarios, compra de mobiliario y equipo, consultas especializadas; ampliación de la cobertura de las atenciones preventivas; apoyo con insumos y medicamentos al servicio de nefrología del hospital de referencia	29,309.00 (monto total: 210,000.00/ años: 2010- 2011)	España/ SETEFE
REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA EN CIRUGÍAS ELECTIVAS Y CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	Contribuir a la disminución de los tiempos de espera en cirugías electivas y consultas de especialidad en los hospitales nacionales. Hospitales: Rosales, Benjamín Bloom, Maternidad y Santa Ana	197 consultas de alergología y 658 de medicina interna en el Hospital Rosales, 1087 cirugías y 2,618 consultas de diferentes especialidades pediátricas en el Hospital Bloom; 16 intervenciones quirúrgicas de oncología y 170 consultas de la especialidades de urología y gineco- infectología en el Hospital Maternidad; 1242 consultas de especialidad en el Hospital de Santa Ana	106,485.00 (monto total: 644,703/ años: 2010- 2011)	AECID/ SETEFE
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD Y LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE CUISNAHUAT	Contribuir a mejorar el estado de salud de la población infantil y de las mujeres del municipio de Cuisnahuat/ Sonsonate. Municipio de Cuisnahuat, de Sonsonate	Se realizaron acciones para el fortalecimiento del sistema de salud y organización comunitaria	203,000.00	Médicos del Mundo

PROYECTOS EN EJECUCIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACIÓN	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO DE AYUDA EJECUTADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
MEJORA DE LAS CONDICIONES DE EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES EN SITUACIÓN PRECARIA	Mejorar las condiciones de salud de poblaciones precarias con incidencia en la adolescencia, mujeres, personas en situación de prostitución y poblaciones móviles. Municipios de La Unión: Conchagua, Santa Rosa de Lima, Pasaquina, Anamorós y Meanguera del Golfo/ La Unión	Fortalecimiento institucional, apoyo a la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derecho y género	98,000.00	Médicos del Mundo
MEJORA DE LAS REDES DE ATENCIÓN A PERSONAS VULNERABLES AL VIH/SIDA, LA EXPLOTACIÓN SEXUAL Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO	Poblaciones urbanas del departamento de La Unión, sobre la base de la equidad de género. Municipios de La Unión, Conchagua, Santa Rosa de Lima, Pasaquina y Anamorós de La Unión	Se han realizado acciones educativas y de prevención, en coordinación con el Programa Nacional ITS/VIH/Sida	326,500.00	Médicos del Mundo
FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES EN SALUD COMUNITARIA.	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de las comunidades. En algunos municipios de La Libertad, La Paz, San Vicente, San Miguel y Usulután	Desarrollo de talleres de capacitación a personal de 12 Unidades de Salud del MINSAL, 43 comités de Salud y 219 jornadas de promoción de la salud	98,619.00	INTERVIDA
PROMOCIÓN DE LA SALUD ESCOLAR	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de los y las escolares del ámbito fortaleciendo capacidades locales. En algunos municipios de La Libertad, San Vicente, Usulután y La Paz	Jornadas Itinerantes de Salud con atenciones médicas y odontológicas. Implementación de un sistema de vigilancia de enfermedades prevalentes. Capacitación de comités locales, generación de ambientes escolares y desarrollo de acciones de promoción de la salud	588,663.00	588,663.00 INTERVIDA
ATENCIÓN MATERNO INFANTIL	Contribuir a mejorar las condiciones de salud materno-infantil, especialmente al binomio madre-hijo. En algunos municipios de La Libertad, San Vicente, Usulután y La Paz	Sesiones de estimulación temprana a 460 niños menores de 3 años, capacitación en el tema a mujeres embarazadas y sobre salud sexual y reproductiva y enfermedades propias de la mujer	179,148.00	INTERVIDA
SALUD EN LA NIÑEZ Y SU ENTORNO	Contribuir a la Salud Bucal en la comunidad y centros escolares. En los Municipios de San Simón, Delicias y Osicala de Morazán	Atenciones médicas y odontológicas, así como atenciones para exámenes de laboratorio clínico general y especializado. Talleres sobre educación bucal dirigidos a padres de familia y docentes	204,068.00	INTERVIDA
FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL	Fortalecer las acciones que se desarrollan en los establecimientos de salud para la atención a los neonatos y niños. Hospitales Nacionales y Unidades de Salud	Cursos, Evaluación del Programa, Apoyo al laboratorio de Tamizaje Neonatal; dotación de equipo	324,064.00 (monto total: 667,310/ años: 2009- 2011)	AECID

PROYECTOS EN EJECUCIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACIÓN	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO DE AYUDA EJECUTADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN SSR	Mejorar la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva. Sibasis de Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate y 4 municipios de Usulután	Capacitaciones en el tema de salud sexual y reproductiva, participación comunitaria, apoyo al desarrollo del Foro de Salud, acciones de saneamiento e instalación de letrinas.	568,377.00 (monto total: 1,366,897.00/ años: 2008- 2012)	Medicus Mundi/AECID/ Zaragoza y Granada- España
VISIÓN, EDUCACIÓN, RENDIMIENTO, APRENDIZAJE Y SOSTENIBILIDAD (VERAS).	Detección temprana de problemas visuales. 14 municipios del Departamento de La Libertad y 33 municipios de Chalatenango	Se tamizaron 22,154 escolares, referencia de 2,019 a consultas oftálmicas, 214 anteojos. Se capacitaron 1340 recursos de salud y trataron a 1,400 escolares por patologías oculares.	100,300.00	Observatorio de salud visual(OSV-CUSV) AECID, Ayuntamientos de Terraza y Barcelona
ESTHER	Mejorar la atención a las personas que viven con VIH-SIDA, con énfasis en la prevención de la transmisión vertical en mujeres embarazadas, niños positivos al virus y control de enfermedades oportunistas. Hospitales nacionales	Formación a 30 médicos en "master on line" graduándose 15 médicos. Pasantías (2) de formación en hospitales españoles por 5 semanas, apoyando la investigación sobre la resistencia primaria al VIH.	75,000.00	Ministerio de Sanidad y Consumo de España
DISEMINACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA FESAL Y FORTALECIMIENTO DEL MINSAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS TIPO	Contribuir al uso de los resultados de la Encuesta FESAL 2008 y la conformación de un equipo interdisciplinario con capacidad de análisis de base de datos. A nivel nacional	Talleres de divulgación de resultados de la encuesta en 258 municipios. Conformación de equipo técnico para realizar encuestas poblacionales y dotación de equipo de cómputo.	99,000.00 (monto total: 99,000.00/ años: 2011- 2012)	España/ SETEFE
CURSO DE GESTIÓN DE HOSPITALES	Capacitar a los 30 directores de Hospitales de la red pública. A nivel nacional	Cursos de formación compuesto de módulos educativos	90,000.00	Escuela Andaluza de Salud Pública/ Consejería de Salud de Andalucía/ OPS/ OMS
CREACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS)	Brindar asistencia técnica para la realización del plan estratégico del INS de El Salvador. A nivel nacional	Cooperación técnica para la elaboración del plan estratégico de INS, definición de líneas de investigación, identificación de actores nacionales en investigación en salud.	25,000.00	Asociación internacional de Institutos nacionales de Salud Pública (IANPHI) Finlandia
BOMBAS DE ROCIAMIENTO Y EQUIPO DE BIOSEGURIDAD PARA EL CONTROL DEL VECTOR DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS	Ampliar a nivel nacional el control de vector transmisor de la enfermedad de Chagas. Chalatenango, Cuscatlán, La Paz, Cabañas, San Vicente, La Unión y los 4 SIBASIS de San Salvador	Dotación de equipos de aspersión manual (bombas) y de bioseguridad a 10 SIBASIS para acciones de rociamiento.	150,000.00	Japón- RREE-SETEFE
REHABILITACIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL EDIFICIO DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES	Rehabilitar y equipar la segunda planta del edificio de especialidades para los servicios de Nefrología, hemato-oncología y de especialidades quirúrgicas y médicas. Hospital Nacional Rosales	Elaboración de carpeta técnica, trabajos de remodelación en el 2do. nivel del edificio. Dotación de equipo médico, mobiliario y equipo de cómputo.	1,500,000.00 (monto total: 1,500,000.00/ años: 2009- 2011)	Japón- RREE-SETEFE

PROYECTOS EN EJECUCIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACIÓN	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO DE AYUDA EJECUTADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS	Reforzar la educación y capacitación mediante acciones integradas de prevención, control y vigilancia epidemiológica y entomológica de la Enfermedad. Santa Ana, Sonsónate, Ahuachapán, La Libertad, San Miguel, Morazán y Usulután.	Diplomados en Entomología Médica, prevención del vector, entrega de microscopios, material educativo, mochilas y lámparas para promotores de salud, equipo de cómputo y bombas de rociamiento.	518,000.00	JICA- JAPÓN
ÁNGELES	Fortalecer la Educación Básica y Permanente de Enfermería. Nivel Regional	Capacitación en educación permanente para enfermeras y promotores en el tema obstétrico, atención a la mujer en el periodo prenatal, parto y puerperio. Dotación de equipo audiovisual y obstétrico de enfermería.	231,000.00	JICA- JAPÓN
VOLUNTARIOS ESPECIALISTAS	Transmitir técnicas y destrezas a nivel comunitario en diferentes temáticas, a partir de la experiencia japonesa. Santa Ana, Usulután, La Paz, Morazán, Chalatenango y Miguel	Apoyo en las áreas de enfermería obstétrica, salud pública, control del vector transmisor de Chagas.	400,000.00	JICA- JAPÓN
COOPERACIÓN TÉCNICA A TRAVÉS DE CURSOS Y PASANTÍAS	Fortalecer las capacidades técnicas de los profesionales de salud en las diferentes temáticas de los cursos ofrecidos. A nivel nacional	Cursos de especialización en áreas de administración hospitalaria y cursos de medicina especializada en radiología, laboratorio clínico y sangre segura entre otros.	130,000.00	JICA- JAPÓN
FORTALECIMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	Certificación a establecimientos de salud como Amigos de la Niñez. A nivel nacional	Evaluaciones de 44 establecimientos de salud para su certificación como "Amigos de la niñez y de las madres", dotación de equipo para el sistema de monitoreo.	41,225.00	UNICEF
INFANCIA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA	Promoción de la lactancia materna. Municipios de San Simón, Guatajigua y Cacaopera del SIBASI Morazán y nivel Central del MINSAL	Cooperación técnica y financiera para el diseño y la dotación de materiales educativos y equipos de cómputo.	19,549.00	UNICEF
CONTRIBUCIÓN A POLÍTICAS, NORMAS Y PROTOCOLOS DE SSR	Apoyo a procesos de formulación y validación de políticas y regulaciones de SSR. Nivel Nacional	Apoyo a la formulación de políticas en SSR y al desarrollo del Foro Nacional de Salud. Apoyo a la Estrategia de prevención de embarazo en adolescentes.	176,773.00	UNFPA
APOYO A LA SALUD MATERNA	Apoyar el mejoramiento de servicios de atención materna, fortaleciendo la planificación familiar. Nivel Nacional	Formación de recursos humanos, reproducción de material educativo, dotación de equipos médico básico	140,313.00	UNFPA
NUTRIMOS EL SALVADOR	Reducir la desnutrición a través de acciones que mejoren las condiciones de salud y nutrición de niños menores de 5 años, embarazadas y lactantes, adultos mayores y grupos vulnerables. Nivel Nacional	Asistencia alimentaria a niños menores de 5 años en 47 Centros rurales y nutrición a nivel nacional, fortalecimiento de capacidades del personal en la preparación de alimentos y antropometría.	40,120.00	Programa Mundial de Alimentos (USAID-YUMBRANDS)
SISTEMA INTEGRADO DE VIGILANCIA NUTRICIONAL	Sistematizar la información, procesos y resultados	Fortalecimiento de las capacidades institucionales. Implementación del SISVIN	24,000.00	Programa Mundial de Alimentos (Gran Ducado de Luxemburgo)

PROYECTOS EN EJECUCIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO Y UBICACIÓN	ACCIONES EJECUTADAS	MONTO DE AYUDA EJECUTADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL BASADO EN LA APSI	Acceso Universal a Sistemas y Servicios de Salud basados en APS, RISS, desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Nivel Nacional	Apoyo para la formulación de políticas de medicamentos. Definición de los ejes de Recursos Humanos de Salud y planes de desarrollo. Equipamiento de 17 Ecos.	661,096.00	OPS/OMS con apoyo de Suecia, Luxemburgo, Italia, GHWFA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	Vigilancia y control de enfermedades transmisibles, Enfermedades crónicas no transmisibles, Salud Mental y Discapacidad, . Análisis de información en salud y Políticas de Salud basada en datos	Apoyo técnico.	139,064.00	OPS/OMS con apoyo de USAID
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA A TRAVÉS DEL CICLO DE VIDA	Salud en el curso de vida. Atención integral y acceso universal en VIH Sida. Acceso a vacunas. Nivel Nacional	Apoyo Técnico, Equipamiento y dotación de insumos de laboratorios.	222,661.00	OPS/OMS con apoyo de NORAD, AECID, GATES, FONDO REGIONAL ES FCH/IM
SALUD Y MEDIO AMBIENTE	Salud y Medio Ambiente. Seguridad humana y reducción de capital social y la violencia. . Gestión de riesgos en salud. Nivel Nacional	Apoyo técnico, talleres de capacitación; reproducción de materiales; compra de equipo médico, medicamentos y suministros; rehabilitación de 150 pozos y suministros de bombas de agua con repuestos y equipos de sistemas para PURIAGUA.	409,822.00	OPS/OMS con apoyo de Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la seguridad humana Japón, AECID, USAID, Mónaco, ECHO.
ESTRATEGIA LUCHA CONTRA EL VIH-SIDA	Reducir la incidencia del VIH-SIDA y la tasa de mortalidad causada por el SIDA. Nivel Nacional	Educación para prevenir el VIH-SIDA, mitigar el estigma y discriminación de personas afectadas. Consejerías y pruebas a población vulnerable, tratamiento con antirretrovirales a grupos específicos. Educación a personal de salud para mejorar la atención al paciente.	652,000.00 (monto total: 6,493,212.00/ años: 2008- 2012)	Fondo Global
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO.	Luchar contra la tuberculosis y la coinfección TB/VIH y la multidrogo-resistencia (MDR). 26 Municipios del país	Desarrollo de talleres en centros penales, guías de manejo integral de la coinfección TB/VIH, campañas, capacitaciones sobre multidrogo-resistencia. Dotación de insumos, equipamiento a laboratorios. Equipamiento informático.	120,000.00 (monto total: 390,099.00/ años: 2010- 2012)	Fondo Global

PROYECTOS APROBADOS A EJECUTARSE EN LOS PRÓXIMOS AÑOS				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
CONSTRUCCIÓN, REMODELACIÓN Y EQUIPAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE PATOLOGÍA DE LOS HOSPITALES ROSALES, SANTA ANA Y UNIDADES DE CITOLOGÍA DE LA RED PÚBLICA	Incrementar la cobertura y la calidad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportuno mediante el desarrollo y equipamiento de los laboratorios de Patología y Citología para satisfacer la demanda asistencial de la población a nivel nacional.	Hospitales Rosales y San Juan de Dios de Santa Ana y en los servicios de Citología del laboratorio Central Max Bloch y las Regiones Central, Metropolitana, Occidental, Paracentral y Oriental.	3,390,000.00	Gobierno de China (Taiwan)

PROYECTOS APROBADOS A EJECUTARSE EN LOS PRÓXIMOS AÑOS				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
RECONSTRUCCIÓN POR TORMENTA IDA.	Oportuna asistencia humanitaria y respuesta a crisis. Reconstrucción y equipamiento de hasta 23 establecimientos de salud.	Prioridad zona Paracentral del país	8,000,000.00	USAID
APOYO AL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE LA SANGRE Y HEMODERIVADOS DE EL SALVADOR	Fortalecer el sistema nacional de sangre y hemoderivados de El Salvador, por medio de la transferencia de conocimientos técnicos y capacitación de profesionales, para establecer las bases de un sistema capaz de atender con seguridad y calidad a las necesidades del país	Nivel Nacional	185,856.00	Agencia Brasileña de Cooperación (ABC), Ministerio de Salud de Brasil, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y Hemoderivados y Biotecnología – Hemobrás
APOYO TÉCNICO PARA LA CREACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DE EL SALVADOR	Apoyar la creación del Instituto Nacional de Salud en las áreas científicas y tecnológicas.	Nivel Central del MINSAL	263,184.00	Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) FIOCRUZ, MINSAL de Brasil
APOYO TÉCNICO A LA IMPLEMENTACIÓN DE BANCOS DE LECHE HUMANA EN EL SALVADOR	Implementar un Banco de Leche Humana de referencia nacional en El Salvador, a través de un proceso continuo de transferencia de tecnología y capacitación de profesionales, con el fin de sentar las bases para la consolidación de una red de BLH en el país y fortalecer las acciones de los programas de atención materno infantil.	Hospital de Maternidad.	95,840.00	Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) y MINSAL de Brasil IFF/ Fiocruz
APOYO A LAS ACCIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y FORMACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DE EL SALVADOR	Mejorar la calidad de vida de la población indígena, creando programas de control social para fortalecer las acciones de salud existentes.	Nivel Nacional	121,664.00	Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) y MINSAL de Brasil
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS)	Desarrollar institucionalmente el INS para que esté en condiciones de liderar la proposición de soluciones técnicas y científicas requeridas para avanzar en la implementación de la política de salud de El Salvador.	Nivel Central del MINSAL	6,922,000.00 (para 4 años)	AECID/ SETEFE
APOYO AL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA Y LA RED DE SERVICIOS DEL MINSAL	Contribuir al desarrollo del sector salud apoyando la gestión pública de salud y el fortalecimiento de la red de servicios para la mejora de la salud y calidad de vida de la población salvadoreña	Nivel Nacional	2,470,000.00 (para 2 años)	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo– AACID
PROYECTO DE COOP. PARA EL DESARROLLO DE RRHH EN DIFERENTES ÁREAS	Actualizar y desarrollar competencias técnicas del personal de salud del MINSAL, mediante la realización de pasantías en el país Vasco y cooperación técnica en El Salvador	Nivel Central y establecimientos de salud	455,000.00 (a ejecutarse en 1 año)	País Vasco

PRÉSTAMOS RATIFICADOS				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD	Apoyar la implementación del nuevo modelo de atención en salud centrado en las RISS, en los departamentos de San Miguel, Chalatenango y Sonsonate y el área metropolitana de San Salvador	Nivel Nacional	60,000,000.00 (para desarrollarse en 5 años)	BID

PROYECTOS EN GESTIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO \$	ORGANISMO FINANCIADOR
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	Expandir la cobertura, equidad y calidad de servicios de salud prioritarios y fortalecer la capacidad de rectoría del MINSAL, para desarrollar las funciones esenciales de salud pública	A nivel nacional	80,000,000.00 (en 4 años)	Banco Mundial (PRÉSTAMO)
EL SALVADOR/SALUD MESOAMÉRICA 2015	Contribuir a la reducción de la morbilidad materna e infantil, a través del fortalecimiento del primer nivel de atención en concordancia con la Reforma de Salud que impulsa el MINSAL	14 municipios del país	9,750,000.00 (en 4 años)	Iniciativa Mesoamericana a través del BID (Cooperación No reembolsable)

**MISIONES OFICIALES EN EL EXTERIOR
JUNIO DE 2010 A MAYO DE 2011**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CAPACITACIONES (congresos, seminarios, foros, talleres, cursos y becas)	GESTIÓN EN SALUD (reuniones de trabajo, transferencia de tecnología, representación y reconocimiento de países)	TOTAL
Cooperación Multilateral	224	106	330
Cooperación Bilateral	95	81	176
TOTAL	319	187	506

Nota:

Regiones y países más frecuentes de los eventos: Centroamérica, El Caribe y Sudamérica, México, Estados Unidos.

Resumen
del Boletín Epidemiológico
2010-2011

Estadísticas del Sistema Nacional de Salud, 2005-2010

1. Resumen de Indicadores Nacionales en Salud, 2005-2010

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009 (a)	2010 (a)
COBERTURA EN ATENCIONES EN SALUD						
BCG (Recién nacido)	84.0	92.8	77.6	86.9	87.8	87.3
Antipolio 3 ^a . Dosis (6 meses)	89.0	95.5	77.6	88.9	91.2	87.9
Rotavirus 2 ^a . Dosis (4 meses)				78.1	61.5	88.3
Pentavalente 3 ^a . Dosis (6 meses)	89.0	95.7	77.4	89.1	90.6	88.1
SPR 1 ^a . Dosis (12 meses)	99.0	98.0	68.5	84.7	90.2	88.9
Inscripción del menor de 1 año	88.7	84.2	77.8	79.7	98.0	83.1
Inscripción prenatal de 10 a 49 años	52.4	51.8	51.9	53.4	83.2	85.7
Control posnatal de 10 a 49 años	48.8	48.3	46.9	49.2	74.9	79.6
Atención de parto intrahospitalario	43.9	39.3	43.7	67.7	84.9	90.0
INDICADORES DE MORTALIDAD						
Mortalidad General (b)	182.3	182.1	180.6	180.8	187.2	198.1
Materna x 100,000 nacidos vivos		66.3	53.5	47.3	57.7	55.8
Menores de 5 años x 1,000 nacidos vivos	9.9	10.2	10.2	8.8	8.4	7.9
Menor de 1 año x 1,000 nacidos vivos	8.5	8.2	8.9	7.7	7.1	6.9
Neonatales (< de 28 días) x 1,000 nacidos vivos	5.8	5.3	5.9	5.0	4.5	4.5
Perinatal x 1,000 nacidos vivos	11.0	10.7	12.0	10.7	9.6	9.1
Fetal General (nacidos muertos) x 1,000 nacidos	7.6	6.6	8.1	7.5	6.6	6.2
Mortalidad por diarrea de presunto origen infeccioso (b)	0.6	0.6	0.5	0.4	0.6	0.5
Mortalidad por dengue hemorrágico (b)	0.0	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0
Mortalidad por paludismo (b)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Mortalidad por neumonía (b)	9.2	10.2	10.0	10.6	9.8	8.7
Mortalidad por Sida (b)	5.8	5.6	5.4	5.5	5.3	5.4
Mortalidad por diabetes mellitus (b)	6.0	7.2	6.8	6.5	6.3	5.7
Mortalidad por insuficiencia renal crónica (b)	7.1	8.4	7.9	9.9	9.7	10.4
Mortalidad por tuberculosis pulmonar (b)	0.3	0.3	0.5	0.4	0.4	0.5
Mortalidad por enfermedades isquémicas del Corazón (b)	7.7	8.7	7.8	8.1	7.5	7.9
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (b)	10.1	9.0	9.1	8.5	9.1	10.8
Mortalidad por neoplasias malignas (b)	12.1	10.5	9.9	10.2	9.5	9.6
Mortalidad por causas externas (b)	23.8	22.8	22.9	25.5	23.6	21.4
OTROS INDICADORES						
Tasa de egreso x 1,000 habitantes	56.6	55.2	55.5	55.0	76.9	77.3
Porcentaje de Emergencias atendidas	13.4	14.1	13.2	12.5	13.7	13.9
Porcentaje de consulta curativa	87.5	87.8	88.1	88.7	85.9	86.5
Porcentaje de consulta preventiva	12.5	12.2	11.9	11.3	14.1	13.5
Número de casos nuevos de TB pulmonar BK (+)	1,059	913	942	985	930	972
Tasa de Incidencia de casos de TB pulmonar BK (+)	17.1	14.8	15.2	15.9	15.0	15.7
Porcentaje de curación en los BK(+)	91.0%	90.5%	89.8%	90.7%	87.0%	(c)
Número de casos de coinfección TB-VIH	188	176	206	190	199	180
Número de Casos de VIH/Sida	1,650	1,705	2,077	2,113	1,894	1,898
Tasa de incidencia de VIH/Sida	27.3	28.1	34.1	34.5	30.8	30.7
Porcentaje de infantes e hijos de madres (VIH +) infectados					9.1	13.8
Porcentaje de adultos y niños que continúan con Sida 12 meses después de iniciado el TAR (d)					91.2	75.0
Porcentaje de adultos y niños que continúan con Sida 24 meses de iniciado el TAR (d)					87.0	70.0
Número de Pruebas de Carga Viral			4,828	6,617	6,118	8,993
Número de Pruebas de Recuento CD4 - CD8			5,489	6,892	6,412	9,130
Número de Pruebas Tomadas para VIH				259,756	304,792	375,209
Número de Inicios del TAR					1,099	1,393
Número de personas con Profilaxis					123	289

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW) del MINSAL (2005-2008); Sistema de Estadística de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (2009-2010)

Notas.

Instituciones informantes del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC), algunas ONG e instituciones privadas.

Para el cálculo de los indicadores se han utilizados denominadores según DIGESTYC.

El cierre de la cohorte de 2010 se evalúa el último trimestre del 2011, según norma.

Valor proporcionado por sitio centinela de clínica TAR.

Tabla 1. Cobertura de Vacunación y Número de Dosis Aplicadas por las Instituciones del SNS y Algunas Instituciones Privadas con y sin Fines de Lucro, El Salvador, 2010

VACUNA	INSTITUCIONES					Total de Dosis	Cobertura
	MINSAL	ISSS	COSAM	PNC	Otros (a)		
Total de Dosis Aplicadas	456,042	79,533	539	703	5,243	542,060	
BCG (Recién nacido)	88,375	19,079	100	124	34	107,712	87.3
Antipolio 3 ^a . Dosis (6 meses)	91,580	15,275	108	133	1,319	108,415	87.9
Rotavirus 2 ^a . Dosis (4 meses)	91,402	15,924	141	124	1,379	108,970	88.3
Pentavalente 3 ^a . Dosis (6 meses)	91,740	15,430	107	125	1,332	108,734	88.1
SPR 1 ^a . Dosis (12 meses)	92,945	13,825	83	197	1,179	108,229	88.9
Porcentajes institucionales en aplicación de dosis	84.1	14.7	0.1	0.1	1.0		
					Población menor 1 año	123,401	
					Población de 1 año	121,764	

Fuente: Sistema de Producción de Servicios (SEPS)-MINSAL, 2010

Notas.

Incluye datos de algunas instituciones privadas con o sin fines de lucro

Tabla 2. Cobertura de Vacunación por los Servicios del MINSAL (2005-2008) y SNS (2009-2010), El Salvador, 2005-2010

VACUNA	Años					
	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009 (a)	2,010 (a)
BCG (Recién nacido)	84.0	92.8	77.6	86.9	87.8	87.3
Antipolio 3 ^a . Dosis (6 meses)	89.0	95.5	77.6	88.9	91.2	87.9
Rotavirus 2 ^a . Dosis (4 meses)				78.1	61.5	88.3
Pentavalente 3 ^a . Dosis (6 meses)	89.0	95.7	77.4	89.1	90.6	88.1
SPR 1 ^a . Dosis (12 meses)	99.0	98.0	68.5	84.7	90.2	88.9
Población menor 1 año (b)	119,602	118,236	118,792	120,410	122,232	123,401
Población de 1 año (b)	121,786	119,796	119,482	120,161	121,150	121,764

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW) del MINSAL (2005-2008); Sistema de Estadística de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (2009-2010)

Notas.

Instituciones informantes del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC), algunas ONG e instituciones privadas.

Población según DIGESTYC, para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009 y 2010 Censo 2007.

Tabla 3. Consultas Brindadas en los Establecimientos del MINSAL e ISSS (2005-2008) y de todo el SNS (2009-2010), El Salvador, 2005 a 2010

Tipo de Consulta	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total consulta curativa y atenciones preventivas	16,624,715	17,820,878	17,775,973	18,107,676	19,040,512	19,111,879
Atenciones preventivas	2,078,926	2,176,015	2,107,823	2,041,275	2,683,235	2,571,568
Consulta Curativa	14,545,789	15,644,863	15,668,150	16,066,401	16,357,277	16,540,311
Consulta general	12,601,779	13,439,424	13,596,948	14,059,896	14,121,646	14,245,828
Emergencia	1,944,010	2,205,439	2,071,202	2,006,505	2,235,631	2,294,483
Porcentaje de Emergencias atendidas	13.4	14.1	13.2	12.5	13.7	13.9
Porcentaje de consulta curativa	87.5	87.8	88.1	88.7	85.9	86.5
Porcentaje de consulta preventiva	12.5	12.2	11.9	11.3	14.1	13.5

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW) del MINSAL (2005-2008); Sistema de Estadística de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (2009-2010)

Nota.

Instituciones informantes del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC), algunas ONG e instituciones privadas.

Tabla 4. Tendencia en la Demanda de Consulta en los Establecimientos del MINSAL, El Salvador, 2008 a 2010

Descripción	2008	2009	2010	Diferencia % 2009-2008	Diferencia % 2010-2008
Total consulta curativa y atenciones preventivas	12,784,628	13,049,173	13,325,940		
Atenciones preventivas	2,041,275	2,269,349	2,224,046	11.2%	9.0%
Consultas curativas (general+emergencia)	10,743,353	10,779,824	11,101,894	0.3%	3.3%
Consulta general	9,913,470	9,905,711	10,153,459	-0.1%	2.4%
Emergencia	829,883	874,113	948,435	5.3%	14.3%
Hospitalizaciones	337,116	364,927	374,771	8.2%	11.2%

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW), Servicios del MINSAL, 2008-2010.

Tabla 5. Egresos Hospitalarios e Intervenciones Quirúrgicas Mayores Atendidas en los Servicios del MINSAL (2005-2008) y de todo el SNS (2009-2010), El Salvador, 2005 a 2010

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009 (a)	2010 (a)
Total de egresos hospitalarios	342,191	335,452	338,590	337,116	472,994	477,964
Total de intervenciones quirúrgicas mayores	144,554	140,081	140,542	146,742	155,323	155,734
Tasa de egreso x 1000 habitantes	56.6	55.2	55.5	55.0	76.9	77.3
Población total país (b)	6,049,412	6,073,859	6,098,714	6,124,705	6,152,558	6,182,262

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW) del MINSAL (2005-2008);
Sistema de Estadística de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (2009-2010).

Notas.

Instituciones informantes del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM).
Para calcular la tasa de egreso se ha utilizado la población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009 y 2010 Censo 2007.

Tabla 6. Atenciones Infantiles Reportadas por Instituciones del MINSAL (2005-2008) y del SNS (2009-2010) El Salvador, 2005-2010

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009 (a)	2010 (a)
Total de Atenciones Infantiles	511,810	484,736	449,082	464,020	521,977	509,647
Total Inscripciones menor 1 año (b)	106,136	99,504	92,462	96,006	119,832	102,558
Total Inscripciones menor de 28 días	77,151	73,006	71,014	77,394	95,702	81,177
Porcentajes inscripción precoz	72.7	73.4	76.8	80.6	79.9	79.2
Total controles Subsecuentes	405,674	385,232	356,620	368,014	402,145	407,089
Concentración	5	5	5	5	4	5
Cobertura de inscripción (c)	88.7	84.2	77.8	79.7	98.0	83.1
Población menor 1 año	119,602	118,236	118,792	120,410	122,233	123,401

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW) del MINSAL (2005-2008);
Sistema de Estadística de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (2009-2010).

Notas.

Instituciones informantes del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC).
Incluye datos de la inscripción del menor de 28 días.
Población según DIGESTYC, para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009-2010 Censo 2007

Tabla 7. Atenciones Maternas en Mujeres de 10 a 49 Años de Edad, Reportadas por las Instituciones del MINSAL (2005-2008) y el SNS (2009-2010), El Salvador, 2005-2010

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009 (a)	2010 (a)
Total de Atenciones maternas (Inscripciones+controles) (b)	505,470	508,049	509,000	532,705	664,977	654,014
Inscripciones de 10 a 49 años	91,133	89,537	89,236	91,412	98,277	99,145
Inscripciones antes de 12 semanas	40,146	42,380	43,165	45,339	57,904	60,398
Porcentaje inscripción precoz	44.1	47.3	48.4	49.6	58.9	60.9
Controles prenatales	334,453	339,793	343,788	361,944	478,871	467,894
Controles puerperales	79,884	78,719	75,976	79,349	87,829	86,975
Concentración	6	6	6	6	7	7
Total de Atenciones maternas en adolescentes (inscripciones + controles)	148,995	149,648	162,141	172,488	161,925	155,103
Inscripciones de 10 a 19 años	26,978	28,866	29,828	30,759	24,354	23,812
Inscripciones antes de 12 semanas	5,785	12,437	14,392	15,576	14,776	14,752
Porcentaje inscripción precoz	21.4	43.1	48.2	50.6	60.7	62.0
Controles prenatales	100,981	99,253	110,801	118,966	115,559	109,909
Controles puerperales	21,036	21,529	21,512	22,763	22,012	21,382
Cobertura de inscripción de 10 a 49 años	52.44	51.82	51.93	53.39	83.2	85.74
Cobertura de atención posnatal de 10 a 49 años	48.76	48.35	46.93	49.20	74.9	79.63
Embarazadas esperadas (c)	173,800	172,775	171,850	171,227	118,072	115,638
Partos esperados (c)	163,843	162,818	161,893	161,270	117,190	109,218

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW) del MINSAL (2005-2008);
Sistema de Estadística de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (2009-2010).

Notas.

Instituciones informantes del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Policía Nacional Civil (PNC). Incluye el total de las atenciones en adolescentes.

Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009 y 2010 Censo 2007

Tabla 8. Número de Partos Institucionales, Atendidos por Partera y Total de Nacimientos Reportados por los Servicios del MINSAL (2005-2008) y las Instituciones del SNS (2009-2010)
El Salvador, 2005-2010

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009 (a)	2010 (a)
Total de partos (institucionales + parteras)	82,470	71,381	75,997	79,520	102,065	100,289
Total de Partos de Mujeres entre 10 a 49 años atendidos por personal calificado	71,931	63,991	70,790	75,565	99,490	98,303
Partos por Cesárea	19,864	17,978	19,957	21,204	29,702	28,952
Porcentaje de parto por cesárea	27.6	28.1	28.2	28.1	29.9	29.5
Partos atendidos en adolescentes (b)	21,693	19,192	21,659	23,529	24,411	23,590
Porcentaje de partos en adolescentes	30.2	30.0	30.6	31.1	24.5	24.0
Porcentaje de partos atendidos institucionalmente	87.2	89.6	93.1	95.0	97.5	98.0
Total de nacimientos	72,423	64,470	71,405	76,142	100,395	99,129
Nacidos vivos	71,684	63,867	70,653	75,413	99,570	98,355
Nacidos muertos	739	603	752	729	825	774
Nacidos vivos con bajo peso	5,381	4,343	5,715	6,212	8,542	8,595
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso	7.5	6.8	8.1	8.2	8.6	8.7
Cobertura de parto institucional (c)	43.9	39.3	43.7	67.7	84.9	90.0
Partos atendidos por partera	10,539	7,390	5,207	3,955	2,575	1,986
Partos esperados (d)	163,843	162,818	161,893	111,536	117,190	109,218

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW) del MINSAL (2005-2008);
Sistema de Estadística de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (2009-2010).

Notas.

Instituciones informantes del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM).

Datos ya incluidos en el total de partos institucionales.

Para el cálculo de la cobertura de parto institucional se excluyen los partos atendidos por partera.

Población según DIGESTYC para los años 2005-2008 según Censo 2001 y para los años 2009 y 2010 Censo 2007

*Este documento se terminó de imprimir
durante el mes de julio de 2011,
en San Salvador, El Salvador.
El tiraje consta de 1 500 ejemplares.*

