
SALUD Y EQUIDAD HASTA EL ÚLTIMO RINCÓN DE EL SALVADOR



INFORME DE LABORES 2014-2015

MINISTERIO DE SALUD

SALUD Y EQUIDAD HASTA EL ÚLTIMO RINCÓN DE EL SALVADOR

INFORME DE LABORES 2014-2015



Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Óscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Prohibida la reproducción parcial o total con fines lucrativos

Comité Editorial

Eduardo Espinoza
María Ángela Elías Marroquín
Maryuri Villatoro
Carlos Juan Martín Pérez
Giovanni Francisco Guevara
Boris Eduardo Flores
Emma Patricia Cortez
Claudia Ancheta
Patricia E. Álvarez Ramírez
Rolando Masís López

Concepto editorial

Edwin López Morán

Corrección de estilo

Oswaldo Hernández Alas

Fotografía

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

Primera edición, mayo de 2015
Ministerio de Salud de El Salvador
Editorial del Ministerio de Salud

Ministerio de Salud de El Salvador
Calle Arce n.º 827, San Salvador, El Salvador, América Central
Teléfono: (+503) 2591 7000
Sitio electrónico: <http://www.salud.gob.sv>
Correo electrónico: editorial@salud.gob.sv

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AACID: Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo	CONASIDA: Comisión Nacional Contra el Sida
ADESCO: Asociación de Desarrollo Comunal	CONNA: Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
ADS: Asociación Demográfica Salvadoreña	COTSAN: Comité Técnico de Seguridad Alimentaria y Nutricional
AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	CP: Centros penales
AMSATI: Asociación Agropecuaria Mujeres Produciendo en la Tierra	CRSN: Centro Rural de Salud y Nutrición
ANDA: Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados	CSJ: Corte Suprema de Justicia
APROCSAL: Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños	CTEGERS: Comisión Técnica de Gestión de Riesgo del Sector Salud para Centroamérica y República Dominicana
APSIES: Asociación para la Salud y el Servicio Social Intercomunal en El Salvador	CTSS: Comisión Técnica Sectorial de Salud
ARSAM: Alianza Regional de Salud de Morazán	CW: Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida
ASDYL: Asociación Salvadoreña de Destiladores y Licoreros	DEC: Diplomado en Epidemiología de Campo
ASECSA: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud de Guatemala	DGPC: Dirección General de Protección Civil
ASPS: Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud	DIGESTYC: Dirección Nacional de Estadística y Censos
BCIE: Banco Centroamericano de Integración Económica	DIRMED: Dirección de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos.
BID: Banco Interamericano de Desarrollo	DNM: Dirección Nacional de Medicamentos
BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento	DVS: Dirección de Vigilancia Sanitaria
BLH: Bancos de leche humana	EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública
CAE: Centro de Atención de Emergencias	ECOS: Equipos Comunitarios de Salud
CAISA: Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente	ECOSOC: Grupo Económico y Social de países miembros de Naciones Unidas
CALMA: Centro de Apoyo a la Lactancia Materna	ERC: Enfermedad renal crónica
CCPC: Comisión Comunal de Protección Civil	ERCNT: Enfermedad renal crónica de causas no tradicionales
CDC: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta EE.UU.	ERRIC: Equipos de Respuesta Rápida para Investigación y Control
CDPC: Comisión Departamental de Protección Civil	EVE: Enfermedad por el Virus del Ébola
CES: Consejo Económico y Social	FAE: Fondo de Actividades Especiales
CIAMIN: Centro Integral de Salud Materno-Infantil y de Nutrición	FARMAMUNDI: Farmacéuticos Mundi
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades	FGR: Fiscalía General de la República
CIFACIL: Comisión Intergremial para la Facilitación del Comercio en El Salvador	FISDL: Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local
CISALUD: Comisión Intersectorial de Salud	FNS: Foro Nacional de Salud
CLV: Certificado de libre venta	FOCAP: Fondo Común de Apoyo a Programas
CMPC: Comisión Municipal de Protección Civil	FOCARD: Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento
CNPC: Comisión Nacional de Protección Civil	FOPROLYD: Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado
COMIECO: Consejo de Ministros de Integración Económica de Centroamérica	FOROSAN: Foro Regional Permanente de Oriente en SAN
COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana	FOSALUD: Fondo Solidario para la Salud
COMURES: Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador	FUMA: Fundación Maquilishuatl
CONAPLAG: Comisión Nacional de Plaguicidas	GEO: Sistema de Información Georreferenciado
CONASAN: Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	HCP: Historia clínica perinatal
	HEM: Hogar de Espera Materna
	HTA: Hipertensión arterial
	IAAS: Infecciones asociadas a la atención sanitaria

IML: Instituto de Medicina Legal

INCAP: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá

INS: Instituto Nacional de Salud

INTI: Instituto Nacional de Tecnología Industrial de Argentina

ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

ISDEMU: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer

ISO: Organización Internacional de Normalización

ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

ITJ: Instrumentos técnico-jurídicos

ITS: Infecciones de transmisión sexual

JICA: Agencia de Cooperación Internacional de Japón

KOICA: Agencia de Cooperación Internacional de Corea

LATINOSAN: Conferencia Latinoamericana y del Caribe de Saneamiento

LEPINA: Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

LGBTI: Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales

LISCE: Sistema Nacional de Laboratorio Clínico

MAG: Ministerio de Agricultura y Ganadería

MARN: Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales

MATEP: Manejo activo del tercer periodo

MCR: Mecanismo de Coordinación Regional

MDR: Multidrogo resistente

MEGAS: Medición de gastos en sida

MIFC: Mujeres, individuos, familias y comunidades

MINSAL: Ministerio de Salud

MINTRAB: Ministerio de Trabajo y Previsión Social

ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Organización de las Naciones Unidas para el Sida

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSA: Organismo Salvadoreño de Acreditación

OSARTEC: Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica

OSI: Oficinas Sanitarias Internacionales

OSN: Organismo Salvadoreño de Normalización

PACS: Sistema Computarizado de Estudios de Imagenología Digital

PAL: Enfoque práctico a la salud pulmonar

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

PCB: Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA

PEIS: Presupuesto Extraordinario de Inversión Social

PENM: Plan Estratégico Nacional Multisectorial

PNC: Policía Nacional Civil

PPL: Personas privadas de libertad

PRESANCA: Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

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

PRIDES: Programa Integrado de Salud

PROCCER: Prevención, tratamiento y rehabilitación de drogas y violencia

PROVIDA: Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria

PRODEPAZ: Corporación Programa Desarrollo para la Paz

REINSAL: Red de Educación Inicial y Parvularia de El Salvador

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

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

RHS: Recursos Humanos en Salud

RIS: Sistema de Información de Radiología

RIISS: Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud

RNPN: Registro Nacional de las Personas Naturales

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

RTCA: Reglamentos Técnicos Centroamericanos

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional

SEM: Sistema de Emergencias Médicas

SEPS: Sistema Estadístico de Producción de Servicios

SIAP: Sistema Integral de Atención al Paciente

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SICA: Sistema de Integración Centroamericana

SIFF: Sistema de Información de Fichas Familiares

SIIG: Sistema de Información de Indicadores Gerenciales

SIMMOW: Sistema de Información de Morbimortalidad Vía Web

SINAB: Sistema Nacional de Abastecimiento

SISCA: Secretaría de Investigación Social de Centro América

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPME: Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de los servicios hospitalarios

SSR: Salud sexual y reproductiva

SUIS: Sistema Único de Información en Salud

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

TAES: Tratamiento acortado estrictamente supervisado

TAR: Terapia antirretroviral

TIC: Tecnologías de información y comunicaciones

UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional

UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar

UDP: Unidades de Desarrollo Profesional

UFI: Unidad Financiera Institucional

ULV: Ultra bajo volumen

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNIEC: Unidad de Epidemiología de Campo

UOC: Unidad Organizativa de la Calidad

USAID-PASCA: Proyecto Acción SIDA de Centroamérica

VICITS: Vigilancia Centinela Integrada de Infecciones de Transmisión Sexual

VIGEPES: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

VPH: Virus del papiloma humano

VMPS: Viceministerio de Políticas de Salud

VMSS: Viceministerio de Servicios de Salud

CONTENIDO

Siglas y acrónimos	[5]
La profundización de la Reforma de Salud	[9]
Garantizando el derecho a la salud	[11]
Más y mejor salud: resumen ejecutivo	[12]
Fundamentos que guían nuestro trabajo	[15]
Resultados y avances en salud	[16]
Profundizar los cambios: Plan estratégico 2015-2019	[24]
Cuentas en salud y presupuesto institucional	[27]
Situación de salud	[45]
Capítulo 1. Servicios de salud donde y cuando se necesiten	[61]
Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud	[63]
Aseguramiento a la población de medicamentos y otras tecnologías de calidad de forma oportuna	[89]
Capítulo 2. Hacia un sistema integrado de salud basado en derechos	[101]
Plataforma legal para la salud	[103]
Desarrollo de Recursos Humanos	[107]
Información de calidad para buenas decisiones	[113]
Cuidando la salud, conservando el medio ambiente	[121]
Solidaridad, relaciones internacionales y otros apoyos	[129]
Trabajo intrasectorial	[135]
Capítulo 3. Participación y organización para promover la salud	[139]
Más allá de los servicios de salud	[141]
Participación social para hacer avanzar el Sistema Nacional de Salud	[147]
Garantizando el derecho a la salud	[153]
Cultura de igualdad y equidad de género	[157]
Cuentas claras	[159]
Capítulo 4. Nuevos conocimientos y capacidades para la salud	[163]
Anexos	[171]
Mapas de distribución de la infraestructura y establecimientos de salud del MINSAL	[173]
Resumen del Boletín Epidemiológico	[175]



LA PROFUNDIZACIÓN DE LA REFORMA DE SALUD

El Salvador ha completado el primer ciclo de grandes transformaciones sociales durante el periodo 2009-2014 haciendo realidad la Reforma de Salud. Estos cambios requieren consolidarse, ampliarse y pasar a una nueva etapa en la ruta hacia la construcción de entornos saludables, el acceso y la cobertura universales de salud, así como la calidad en la atención.

Saludamos y reconocemos el gran esfuerzo realizado por el personal del Sistema Nacional de Salud para lograr estos resultados. La gratuidad de los servicios, su acercamiento a la población, el nuevo modelo de atención y el incremento sustancial del tipo y calidad de las prestaciones, se une a los beneficios de la Ley de medicamentos no solamente para reducir el gasto de bolsillo en salud de la población, sino también para proteger a las familias contra las consecuencias económicas, muchas veces catastróficas para el núcleo familiar, del daño y la enfermedad.

La Reforma de Salud ha innovado y consolidado el ámbito de la coordinación intrasectorial e intersectorial, fortaleciendo la participación social por medio de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), los Comités intersectoriales municipales y el Foro Nacional de Salud, que encabezan un amplio esfuerzo de promoción de la salud identificando problemas y construyendo respuestas a la determinación social de la salud que trascienden la labor de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS). El Instituto Nacional de Salud ha contribuido con importantes investigaciones que orientan a una mejor toma de decisiones para la formulación e implementación de nuestras políticas públicas de salud.

En la gestión de gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén se han producido importantes adelantos en obras de infraestructura sanitaria y en la instalación de nuevos equipos, tanto en el Primer Nivel de Atención, con un total de 573 Equipos Comunitarios de Salud Familiar y 747 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, como en la red hospitalaria, entre las que sobresalen la instalación del nuevo Centro Oftalmológico en el Hospital Santa Gertrudis de San Vicente y el Laboratorio de Cateterismo Cardíaco en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel. Hemos avanzado en la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se dio comienzo al Plan de Atención Integral de las Enfermedades Crónicas con la puesta en funcionamiento de la primera farmacia especializada, que dispensa medicamentos exclusivamente a personas que padecen enfermedades crónicas registradas en el Hospital Nacional Rosales. Se cuenta ya con una política y un Plan Nacional de Atención Integral al Cáncer, que brindará una mejor prevención, detección temprana y tratamiento oportuno a las personas que adolecen de esta enfermedad y dará lugar a la creación del Registro Nacional de Cáncer.

Hemos dado un nuevo impulso a la humanización de la atención en salud con un innovador sistema de participación y contraloría social en el cual la ciudadanía tiene la oportunidad de plantear demandas y obtener respuestas de la red de servicios relativas a la calidad y calidez en la atención.

El Salvador ha sido invitado a exponer los logros de su reforma en múltiples foros mundiales y en el espacio regional de salud de las Américas liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organizaciones con las que mantenemos una amplia coordinación y valiosa cooperación técnica.

En este periodo de transformaciones hemos enfrentado y controlado epidemias que han tenido presencia en el continente, hemos mantenido por cuatro años consecutivos una de las tasas más bajas en letalidad por dengue del continente y desarrollamos un Sistema de Vigilancia Sanitaria considerado como uno de los mejores de la región.

El Salvador ha cubierto con éxito la brecha en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, lo que le ha valido ser uno de los países mejor preparados de la región para impedir el ingreso o responder a una eventual presencia de la epidemia del virus del Ébola o de otras similares.

En este quinquenio continuaremos consolidando e incrementando la cobertura territorial de las RIIS, fortaleciendo los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos). Tal como lo plantea el Plan Quinquenal de Desarrollo, continuaremos los esfuerzos en los municipios de mayor ruralidad y avanzaremos en el desarrollo del modelo de salud urbana en los municipios con mayor concentración poblacional.

Tenemos retos y desafíos por delante, que sin duda iremos superando con la consolidación de los 10 ejes de la Reforma de Salud: 1. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIIS); 2. Sistema de Emergencias Médicas (SEM); 3. Medicamentos y vacunas; 4. Trabajo intersectorial e intrasectorial en salud; 5. Foro Nacional de Salud (FNS); 6. Instituto Nacional de Salud (INS); 7. Planificación e información estratégica basada en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS); 8. Desarrollo de recursos humanos en salud; 9. Salud ambiental; 10. Violencia y salud.

Seguiremos trabajando con la firme convicción de que la salud es un derecho humano inherente al desarrollo y un elemento fundamental del buen vivir y de la construcción de un mejor país para las presentes y las futuras generaciones.



Dra. Violeta Menjivar
Ministra de Salud

GARANTIZANDO EL DERECHO A LA SALUD

Garantizar que la población ejerza plenamente el derecho a la salud es nuestra meta última y fundamental, como lo define en su objetivo la Política Nacional de Salud. Para ello, todo el quehacer de nuestras estructuras y dependencias, desde el despacho ministerial hasta el más remoto de nuestros establecimientos, se pone en función de avanzar al cumplimiento de este objetivo cada año.

La cobertura universal a la salud y el acceso universal a la salud han tenido significativos avances, expresados, entre otros, en los indicadores de parto institucional (98 % de nuestros niños y niñas nacidos en algún establecimiento público) y atención prenatal (95 % de las embarazadas con al menos cinco controles durante su embarazo). La duplicación de la cantidad de establecimientos de salud en el Primer Nivel de Atención, el moderno equipamiento de los hospitales y unidades comunitarias de salud, el incremento del abastecimiento de medicamentos del 50 al 85 % son otros elementos que reflejan este extraordinario esfuerzo para remontar el efecto del abandono que este derecho experimentó durante los 50 años de la dictadura y los 20 años de gobiernos neoliberales. La más elevada contratación de recursos humanos en la historia del país, la formulación de políticas públicas y otros instrumentos regulatorios, uno de los tres mejores sistemas de información en salud del continente, son muestra adicional de la voluntad política gubernamental de continuar profundizando la Reforma de Salud, cuyo diseño, experiencia e impacto trasciende las fronteras nacionales para inspirar con su ejemplo a la comunidad latinoamericana.

Nuestras Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud han continuado tejiendo el entramado estratégico de todo este accionar (Ver capítulo 1); pero también valiosos e innovadores esfuerzos generan la diferencia y ponen la huella salvadoreña, más allá de los servicios de salud, para garantizar cada vez más el ejercicio pleno de este derecho humano fundamental.

Guatemala, Honduras, Paraguay, Brasil, Ecuador y otros países del continente han visitado El Salvador para conocer nuestra experiencia en el nuevo modelo de atención, Sistema Único de Información en Salud, cobertura universal y acceso universal a la salud, experiencia de organización y lucha por el ejercicio del derecho humano a la salud de la población a través del Foro Nacional de Salud. Igualmente, titulares y funcionarios del MINSAL han sido invitados por la comunidad internacional a disertar en múltiples foros que abordan estos y otros temas, así como a presidir grupos de trabajo sobre promoción de la salud, estrategia de gestión integrada de enfermedades vectorizadas, legislación en salud, formulación y aplicación de la Política de recursos humanos en salud, y muchos otros. El aporte de la experiencia salvadoreña en salud al debate latinoamericano y mundial ha sido uno de los más relevantes y significativos sobre la estructuración y funcionamiento de los sistemas nacionales de salud. A fin de cumplir con el objetivo de coadyuvar a mejorar el nivel de salud de la población, este informe de labores pone al alcance de sus lectores los significativos logros del MINSAL en el cumplimiento de este objetivo.

MÁS Y MEJOR SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Durante el primer año de nuestro gobierno hemos avanzado con paso firme en la profundización de la Reforma de Salud.

La red de servicios se ha continuado fortaleciendo en términos de personal, infraestructura, equipamiento, funcionamiento y calidad, haciendo un total de 78 obras. Este esfuerzo se refleja ya en la tendencia positiva de indicadores “duros”, algunos de los más relevantes consignados en la Encuesta Nacional de Salud administrada con el acompañamiento técnico de UNICEF y DIGESTYC, contando también el financiamiento y supervisión del BID, el BM y la AECID.

Hoy podemos enorgullecernos de que el 98 % de nuestros niños y niñas han nacido en establecimientos del sistema público (incluyendo las 28 maternidades del MINSAL dotadas con especialista en ginecología, 21 de las cuales prestan este servicio las 24 horas), y de que el 95 % de las mujeres embarazadas han tenido acceso a control prenatal; ambos procesos, al igual que todas las actividades y servicios prestados por el sistema (incluyendo los 21 Hogares de Espera Materna y los servicios en Ciudad Mujer) han sido sin pago directo de las usuarias, medida que ha incidido no solo en mejorar la salud sino en la economía de los hogares, especialmente de los hogares pobres, rompiendo con las barreras económicas y geográficas que bloqueaban el acceso universal a los servicios. Estas medidas han reducido significativamente la mortalidad materna por debajo de la meta planteada por los Objetivos del Milenio y han incidido igualmente en la reducción progresiva y sostenida de la mortalidad infantil.

El compromiso del talento humano institucional se ha reconocido con una vinculación laboral segura: el 90 % están contratados por Ley de Salarios y solo en este año se han absorbido 713 plazas financiadas

desde hace cinco años con fondos de proyectos y adicionalmente se han creado 341 plazas. La implementación de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos permitirá, entre otros aspectos, una mejor regulación del talento humano a nivel nacional.

Nuestro programa *Sangre Segura* está a la vanguardia en la subregión y el de vacunación se ha consolidado como uno de los mejores, más integrales y de mayor cobertura en América Latina, ampliando el esquema de vacunación de 15 a 17 tipos de vacunas (hepatitis b para recién nacidos y tosferina para embarazadas), lo que nos ha colocado en la ruta para la eliminación de varias enfermedades, entre ellas la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el tétanos congénito. Ello, sumado al trabajo comunitario de promoción de la salud y al significativo e imprescindible acompañamiento del Foro Nacional de Salud, ha reducido las enfermedades infecciosas, incluyendo innovadoras metodologías para el control, mediante el trabajo intersectorial de enfermedades, como el dengue y la fiebre chikunguña. El Salvador ha sido observado por muchos otros países que lo citan como ejemplo por todos estos logros, que incluyen una de las más bajas tasas de letalidad por dengue por cuarto año consecutivo. Todo esto ha modificado nuestro perfil epidemiológico hacia una doble carga, en la que, junto con las enfermedades infecciosas, coexisten las enfermedades crónicas no transmisibles.

Para responder al nuevo y creciente reto que representa esta doble carga, hemos formulado una Política de Atención Integral al Cáncer, actualizado nuestras guías clínicas y protocolos para enfermedades como diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica y otras similares; se ampliaron y equiparon casi

un centenar de establecimientos, entre ellos los hospitales y laboratorios de nuestra red, que en el último año totalizan una inversión de más de \$ 51 millones, incluyendo modernos equipos digitales de rayos X y laboratorios de cateterismo cardíaco en nuestros hospitales especializados. Instalamos un centro oftalmológico en el Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, que, emulando la "Operación Milagro", proyecta una producción de más de 4300 cirugías oftalmológicas anuales. El MINSAL abrió la primera de cinco farmacias especializadas, que ha atendido desde su inauguración, en septiembre de 2015, cerca de 25 000 usuarios afectados por enfermedades crónicas; se ha programado extender este servicio a 50 000 usuarios al finalizar 2015 y luego a todos los afectados por enfermedades crónicas del país a medida que se aperturen las cinco farmacias especializadas de este ambicioso proyecto, inauguración del laboratorio de cateterismo cardíaco en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. Esto, sumado al desarrollo de la vigilancia farmacéutica y al nuevo sistema informático de control con firma electrónica desarrollado por el SUIIS, que incluirá la receta informatizada y el expediente en línea, estimulará el uso racional de medicamentos, limitando la prescripción y consumo excesivo, así como las fugas y pérdidas, mejorando sustancialmente el nivel de abastecimiento en la red de servicios, que actualmente es de 85 %.

Problemas especialmente complejos por la carga adicional de estigmatización, discriminación o desconocimiento tales como el VIH, la tuberculosis entre otros han sido ampliamente reconocidos por su abordaje innovador, eficiente y eficaz. El país incluso ha sido premiado con financiamientos no reembolsables o fortalecimiento de la cooperación técnica, tal es el caso de la enfermedad de Chagas, la tuberculosis, el manejo integral de la epidemia de dengue, la malaria (virtualmente eliminada) y la epidemia de VIH-sida, este último con logros impactantes como la ausencia de listas de espera, la cobertura antiretroviral del 100 % de las personas afectadas y la administración gratuita de la prueba diagnóstica en todas las Unidades Comunitarias de Salud Familiar. El Mecanismo de Coordinación de País ha sido considerado por el Fondo Global como uno de los cuatro mejores a nivel mundial. Estos éxitos han sido posibles gracias al

abordaje participativo e intersectorial, que era ya una característica del programa desde la gestión anterior, especialmente con la presencia de la sociedad civil, pero que este año fue fortalecido y potenciado por el proceso de Reforma de Salud.

Agua, alimentos, bebidas, alcohol, tabaco y fuentes de contaminación ambiental son también temas de creciente intervención en materia de regulación, capacitación empresarial y del talento humano en salud ambiental, vigilancia, denegación de permisos sanitarios y denuncias ante la autoridad competente para la reparación del daño, sanción, prevención y en general la construcción de un entorno cada vez más saludable. Paralelamente, el MINSAL ha estrechado sus lazos de colaboración con el conglomerado empresarial a través de Comisión Intergremial para la Facilitación del Comercio (CIFACIL), reduciendo el tiempo de tramitología de 120 a 70 días, y está en camino de cumplir la meta, fijada en 40 días.

La Reforma de Salud ha requerido de una amplia y cualificada elaboración de leyes, políticas, guías, lineamientos, normas, protocolos, reglamentos, acuerdos y otros instrumentos técnicos jurídicos que han conformado un marco regulatorio integral orientado a robustecer la rectoría del MINSAL, al fortalecimiento de la coordinación intersectorial, a la participación social y la identificación y abordaje de temas clave para la gestión sanitaria, a fin de institucionalizar las acciones impulsadas para hacer valer el derecho a la salud.

Más y mejor salud en nuestro gobierno requiere del fortalecimiento de la inversión en salud para avanzar decididamente hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. En este primer año hemos definido para ello una agenda estratégica, que el MINSAL como rector ejecutará a lo largo del quinquenio junto con el Consejo Directivo Interinstitucional del sistema. Experiencias exitosas de un actor se replicarán en los otros actores del sistema; proyectos piloto, como prestación conjunta de servicios en áreas seleccionadas, compras conjuntas de insumos y medicamentos comunes, proporcionarán economías y más conocimiento institucional para generar sustentabilidad a la integración del sistema, dotándolo de un nuevo marco legal, a la altura de nuestros tiempos y las exigencias de nuestros usuarios para el ejercicio pleno de su derecho a la salud.

FUNDAMENTOS QUE GUÍAN NUESTRO TRABAJO

MISIÓN INSTITUCIONAL

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

VISIÓN INSTITUCIONAL

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

OBJETIVO DE LA POLÍTICA DE SALUD

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

PRINCIPIOS DE LA REFORMA DE SALUD

Transparencia

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

Solidaridad

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

Compromiso

Dar prioridad a la salud de los salvadoreños.

Equidad

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

Universalidad

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

Gratuidad

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

Intersectorialidad

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

Participación social

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

RESULTADOS Y AVANCES EN SALUD

SERVICIOS DE SALUD DONDE Y CUANDO SE NECESITEN

Meta: Implementar un sistema de análisis de costos en los servicios de salud del país.

Mediante la aplicación de la metodología de gestión productiva de servicios de salud y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud se completó el prototipo de sistema de costeo en cinco microrredes y se mejoraron los procesos y resultados en el Hospital Nacional de Chalatenango y en el Hospital Nacional San Rafael de Santa Tecla. Para acompañar la implementación general, se creó el Comité Institucional de Costos y se ha comenzado el desarrollo e implementación de un módulo especializado del SUIIS con este propósito específico.

Meta: Consolidar el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario a nivel nacional, en todos los establecimientos de salud del MINSAL.

En el periodo se ha continuado trabajando por consolidar el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario en todos los establecimientos de la RIIS, especialmente en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), por medio del fortalecimiento de capacidades y habilidades del personal de salud, mejora de la infraestructura sanitaria y su equipamiento (33 UCSF inauguradas), así como incrementando los niveles de abastecimiento de medicamentos e insumos. Las UCSF, distribuidas en 164 municipios, representan el 62.6 % del país y atienden a 1,9 millones de personas, correspondientes a 378 325 familias. Por otra parte, la puesta en

funcionamiento de cuatro nuevos Hogares de Espera Materna (21 en total) y el desarrollo de estrategias para la atención a la mujer y la niñez han contribuido a la reducción progresiva de la mortalidad materna e infantil y permitido brindar atención de calidad a estos grupos.

Meta: Continuar con la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario en 14 municipios financiados por la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.

El Salvador fue el primer país evaluado al finalizar la primera fase del proyecto y los resultados fueron satisfactorios, se contribuyó a duplicar la cantidad de ECOS familiares para mejorar el acceso a la cobertura universal de salud (de 39 a 78 en estos 14 municipios) y mejorar las intervenciones en salud sexual y reproductiva en los municipios como lo demuestra el indicador de porcentaje de inscripción prenatal precoz, de 65.1 en el 2010 al 68.4 en el 2014, y la proporción de inscripción precoz, que pasó de 51.5 en el 2010 al 85.6 en el 2013.

Meta: Acortar los tiempos de espera para consultas de especialidades.

Se han establecido estrategias para la disminución del tiempo de espera para consulta de primera vez en los hospitales, lográndose en este periodo una reducción promedio de 22 a 13 días en los hospitales básicos, de 42 a 29 en los departamentales y de 38 a 29 días en los regionales; también se ha implementado la estrategia de *Gestión del Tiempo y la Demanda* en 75 UCSF, logrando reducir los tiempos de espera a menos de 2 horas.

Meta: Incremento del 5 % de las cirugías mayores ambulatorias.

Se ha incrementado en más de 100 % la cirugía mayor ambulatoria en relación con el periodo anterior; esto contribuye a la garantía en la calidad de la atención de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas mediante la disminución de la estancia hospitalaria y el acortamiento de los tiempos de espera para cirugía electiva, manteniéndose por debajo del estándar internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y logrando una disminución del 11.1 % en la cirugía de emergencia.

Meta: Reducción de la mortalidad materna.

En el presente periodo se ha logrado mantener la tasa de mortalidad materna por debajo de la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se están realizando grandes esfuerzos para reducirla progresivamente. En ese sentido se han aumentado a 21 los hospitales con ginecobotetra de 24 horas, mejorando la provisión de servicios de planificación familiar y el cuidado especializado en el último mes de embarazo a las mujeres que están expuestas a riesgo social, que viven en zonas de difícil acceso geográfico, o que tienen algún nivel de riesgo obstétrico.

Desarrollo de infraestructura sanitaria

Meta: Fortalecer la estructura sanitaria en salud.

Se inauguraron y pusieron en funcionamiento 78 establecimientos de salud y áreas hospitalarias: 33 UCSF, 4 Hogares de Espera Materna, 5 clínicas de vigilancia centinela de infecciones de transmisión sexual (VICITS), 4 laboratorios clínicos regionales, 6 centros de recolectores de leche humana y 26 áreas hospitalarias con una inversión de \$ 15.2 millones provenientes de Fondos GOES, PRIDES/BID, PEIS, Cooperación de Japón, Comunidades Solidarias, entre otros. Además tres unidades de salud mental, en los hospitales de San Vicente, Rosales y Hospital Nacional de la Mujer y se realizaron obras varias en diferentes instalaciones hospitalarias, que reflejan grandes cambios en el ambiente de atención de los y las usuarias, con una inversión total de \$ 2.9 millones. Se destaca la inauguración de la primera farmacia especializada, ubicado en el edificio del antiguo Hospital Nacional de Maternidad, con una inversión de \$ 1.5 millones, inauguración del

Centro Oftalmológico, ubicado en el Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente, con una inversión en equipamiento e infraestructura de \$ 1.08 millones y la instalación del Laboratorio de Cateterismo Cardíaco en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, con una inversión de más de \$ 1 millón. Se ha invertido aproximadamente \$ 1 millón, en la compra de la bomba de cobalto, equipos de colposcopia y crioterapia a las áreas de patología cervical, así como el equipamiento del área canguro del Hospital Nacional de Sonsonate Dr. Jorge Mazzini Villacorta. Se ha iniciado el proceso de contratación de una nueva empresa que reanudará la construcción del Hospital de La Unión, con una inversión de \$13.8 millones. Además se encuentran en diferentes niveles de ejecución un total de 38 infraestructuras sanitarias con un monto de \$ 12.7 millones.

Meta: Fortalecimiento de los Comités Farmacoterapéuticos de Hospitales y Direcciones Regionales de Salud en función del uso racional de medicamentos.

El MINSAL cuenta con una red de Comités Farmacoterapéuticos locales capacitados que implementan el Sistema Nacional de Farmacovigilancia para el reporte, análisis y seguimiento de reacciones adversas y otros problemas relacionados con el uso de medicamentos; asimismo, el comité toma acciones que favorecen el uso racional de medicamentos, entre ellas la definición de cuadros básicos por nivel de atención y categoría hospitalaria, desarrollando estudios de utilización de medicamentos y mecanismos de control en la prescripción y el uso de medicamentos en los establecimientos de salud.

Meta: Formulación e implementación de la Estrategia Nacional de Uso Racional de Medicamentos.

A partir de las líneas de acción priorizadas y mediante un proceso participativo de consulta con diferentes grupos de interés, se ha definido una hoja de ruta para la elaboración del Plan Nacional de Uso Racional de Medicamentos, que contendrá medidas regulatorias, administrativas y educativas a ser implementadas por las instituciones del sector salud y otros sectores que contribuyen a resolver el problema. Entre tanto, el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional de Medicamentos han implementado medidas administrativas como la elaboración del Listado Oficial de Medicamentos y medidas educativas dirigidas a

profesionales de la salud y usuarios del Sistema Nacional de Salud y al público en general sobre el uso adecuado de medicamentos mediante una campaña de televisión y radios comunitarias.

Meta: Definición del Sistema Nacional de Farmacovigilancia y su marco legal.

Con la participación de los miembros del SNS, colegios de profesionales y Juntas de Vigilancia de las profesiones de la salud, la sociedad civil organizada, las universidades y otras instituciones formadoras de profesionales de la salud se elaboró una propuesta de Reglamento de Farmacovigilancia, el cual ha iniciado un proceso de amplia consulta con el sector privado, en un esfuerzo conducido por el Ministerio de Salud, con el apoyo del Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica (Osartec).

Meta: Consolidar el Sistema de Vigilancia de la calidad de los medicamentos e insumos médicos adquiridos por el MINSAL.

Para 2014-2015, el Laboratorio de Control de Calidad de los medicamentos (LCC) analizó un total de 4057 lotes, de los cuales el 74.5 % correspondió a lotes de medicamentos y 25.55 % a insumos médicos, con un total de 25 478 determinaciones microbiológicas y fisicoquímicas, dando como resultado 49 lotes rechazados, principalmente por problemas de empaque y etiquetado. Se reconoció la necesidad de vigilar las condiciones de almacenamiento de medicamentos en los centros de atención y se inició un programa de auditoría que ha dejado como resultado recomendaciones para mejorar las condiciones de temperatura y humedad, limpieza y capacitación del personal encargado de los almacenes de medicamentos e insumos médicos.

Meta: Mantener niveles de abastecimiento de medicamentos por encima del 85 %.

El periodo que va de junio de 2014 a mayo de 2015 se mantuvieron niveles de abastecimiento por encima del 85 % en promedio nacional. Se ha elaborado un plan de mejora en la gestión de medicamentos, que ha iniciado su ejecución, agilizando los procesos de contratación y garantizando la solución de conflictos con los proveedores para el aprovisionamiento oportuno de medicamentos esenciales a los

establecimientos de salud. Además, se inició la desconcentración de pacientes con patologías crónicas con la apertura de la primera farmacia especializada en la región metropolitana, con lo cual se pretende mantener un abastecimiento del 100 % de medicamentos para estas patologías crónicas y con la implementación de un sistema de dispensación de medicamentos que incluye educación al paciente sobre su uso y la adherencia al tratamiento.

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

Cobertura útil es aquella que alcanza un porcentaje de cumplimiento igual o mayor al 85 %. En ese sentido, las coberturas de vacunación para el período de enero a diciembre del 2014 en niñas y niños menores de 1 año fueron: BCG, 85.0 %; tercera dosis de OPV: 93 %; tercera dosis de pentavalente; 93.0 % (DPT, hepatitis B y Haemophilus influenzae); segunda dosis de rotavirus 96.0 %; segunda dosis de neumococo: 86.0 %; y la cobertura en niñas y niños de un año con la primera dosis de SPR fue de 94.0 %.

Estos logros fueron alcanzados cumpliendo de manera estricta el esquema nacional de vacunación, lo que pone al país a la vanguardia en términos de cobertura a nivel centroamericano.

Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM)

Meta: Formación de recursos humanos en emergencias médicas.

Una parte esencial del SEM es enseñar a salvar vidas; en ese sentido, se ha continuado capacitando a los recursos humanos, haciendo un total de 616 profesionales de la salud capacitados principalmente para la atención en las unidades de emergencias en hospitales, y voluntarios de los cuerpos de socorro; estos recursos se suman a los 1078 que se capacitaron en el período 2013-2014 pertenecientes a las instituciones que conforman el Consejo Nacional del Sistema de Emergencias Médicas (CONASEM): Policía Nacional Civil, ISSS, cuerpos de socorro, personal de las unidades de emergencia de los hospitales y médicos y enfermeras de las UCSF del MINSAL. Se dio respuesta a 41 619 demandas por medio de ambulancias, 2529 demandas 1284 transportes de pacientes críticos.

Meta: Atenciones realizadas en la atención prehospitalaria.

Para cumplir con la misión de salvar vidas, se han realizado 41 619 demandas asistidas, es decir, el envío de asistencia con ambulancias del SEM o coordinadas con otras entidades por medio del Centro Coordinador, incluyendo el traslado de recién nacidos en estado crítico; 2529 demandas informativas, es decir salvadoreños que llamaron al 132 pero su demanda no ameritaba envío de ambulancia y se les dio orientación específica para cada caso, y 1284 transportes de pacientes críticos entre establecimientos de la RIISS.

Meta: Fortaleciendo el funcionamiento del Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas (CCSEM)

Durante el presente periodo se ha logrado consolidar el funcionamiento del Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas (CCSEM), retomando las lecciones aprendidas y desarrollando un proceso de gestión permanente que solvete las necesidades identificadas y permita el cumplimiento de su objetivo; se están desarrollando con los recursos actuales acciones que permitan hacer los procesos fluidos, asegurar la buena atención al usuario y la calidad académica de los responsables de impartirla.

Meta: Proyección de la flota de ambulancias del SEM.

En el presente periodo se ha trabajado en la proyección de expansión de la cobertura del sistema de emergencias, a desarrollarse en el presente quinquenio, basada en un análisis de población, emergencias y llamadas al número 132, que permitirá una presencia significativa del Ministerio de Salud a través del SEM en todo el territorio nacional.

HACIA UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD BASADO EN DERECHOS

Plataforma legal para la salud

Meta: Elaboración de instrumentos técnicos jurídicos (ITJ) acorde al proceso de profundización de la Reforma de Salud.

El proceso de elaboración participativa de los instrumentos técnicos jurídicos contribuye al fortalecimiento de la rectoría del MINSAL en el sector salud,

aspecto clave en la gobernanza del Sistema Nacional de Salud; también aportó a la intersectorialidad en la medida en que participan todos los actores de la vida nacional involucrados, aspecto determinante en la profundización de la Reforma de Salud a partir de los diez ejes prioritarios. En el último año fueron promulgados 33 ITJ.

Meta: Avanzar en fortalecimiento de la rectoría del MINSAL en el tema de regulación.

La regulación del sector se vio fortalecida con la elaboración de los reglamentos de la *Ley de promoción y protección a la lactancia materna* y de la *Ley para el control del tabaco*, en proceso de oficialización en la Secretaría de Asuntos Jurídicos de Casa Presidencial.

El MINSAL participó como asesor técnico en el proceso de elaboración de los Reglamentos Técnicos Centroamericanos (RTCA) promulgados desde los organismos pertenecientes al Consejo Nacional de Calidad, que regulan el sector comercio en materia de alimentos como lácteos, embutidos, entre otros.

La regulación de las radiaciones en El Salvador cuenta con mecanismos institucionales de control efectivo, entre ellos la evaluación de tecnología aplicable a la radiación, implementación de mecanismos de seguridad que garanticen la localización de las fuentes de radiación en todo el territorio nacional y la regulación y control del ingreso al país de las tecnologías relacionadas a radiación, todas aplicables tanto al sector público como al privado, aspecto que nos posiciona entre los países con buenas prácticas a nivel latinoamericano.

Recurso humano calificado y comprometido

Meta: Fortalecer los procesos de planificación de recursos humanos estratégicos para garantizar el derecho humano a la salud.

Se ha finalizado el *Manual de procedimientos para el cálculo y planificación de necesidades de personal de medicina y enfermería en hospitales nacionales*. En este manual se establecen los estándares por actividades que permitirán identificar la carga de trabajo y gestionar progresivamente los recursos humanos necesarios.

Meta: Regular los procesos para una gestión adecuada de las personas trabajadoras del MINSAL.

En las Redes Integrales e Integradas de Salud se realizaron jornadas de socialización de los tres tomos del *Manual general de descripción de puestos de trabajo*. En estas actividades participaron autoridades del nivel local, trabajadores y representantes de asociaciones sindicales y profesionales. Otra acción de reordenamiento que mejoró la gestión del personal ha sido el diseño del Anteproyecto de Ley de salarios 2016, elaborado por las 36 jefaturas de Recursos Humanos del MINSAL.

Meta: Mejorar la dotación de los recursos humanos del MINSAL.

En este primer año de gestión se han creado 341 nuevas plazas y fueron absorbidos por fondos GOES un total de 713 trabajadores/as, que ahora tienen mayor estabilidad laboral. De igual manera, las autoridades han realizado gestiones para que 103 personas cuyas plazas están pagadas con fondos FOCAP tengan una extensión de su contrato y continúen contratadas en el MINSAL.

Meta: Mejorar las competencias de egreso de profesionales y técnicos/as en las carreras de ciencias de la salud, y mejorar la calificación de los Equipos comunitarios en salud familiar.

En cumplimiento de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, la mesa nacional especializada en enfermería finalizó el documento de estandarización del perfil de egreso orientado a la atención primaria en salud familiar; además, hay avances importantes en el diseño del documento del perfil del doctorado en Medicina. Se ha iniciado también la planificación de la calificación de los espacios de aprendizaje en la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud. Uno de los proyectos más relevantes de calificación es el “Diplomado de Atención Primaria de Salud Integral”, en el que participan 1525 profesionales de la salud procedentes de los Ecos Familiares y Especializados, desarrollado en convenio con la Universidad de El Salvador y financiado principalmente con fondos del PRIDES. Otro esfuerzo innovador es la graduación de trabajadores que han completado su educación básica con modalidades flexibles ofertadas por el MINED, lo que les permitirá optar a mejores puestos de trabajo.

Meta: Mejorar los ambientes de trabajo del personal, estableciendo procesos que impulsen las relaciones laborales armoniosas y su trato digno.

En el marco del Día Nacional de la Salud Ocupacional, celebrado por primera vez en el MINSAL, se realizó un foro de salud en el que se hizo entrega de reconocimientos a las cinco mejores experiencias exitosas: Hospital General Nuestra Señora de Fátima, Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, Región Oriental de Salud, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Nacional de Ilobasco. También se continúan realizando estudios de clima laboral, priorizando los de los hospitales de Zacatecoluca, Morazán, San Rafael y Zacamil, para elaborar planes de mejora. Se ha avanzado en la atención de las denuncias por violencia laboral y de género en trabajadoras/es, se han investigado los casos, y sus hallazgos han permitido la toma de decisiones particularizadas para garantizar los derechos de las personas afectadas.

Información de calidad para buenas decisiones

Meta: Profundizar la implementación del Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP) en el 90 % de los establecimientos hospitalarios y en 45 UCSF especializadas e intermedias de alta demanda.

Veintisiete de los treinta hospitales cuentan con el módulo de identificación del paciente, de los cuales catorce tienen adicionalmente módulo de citas, cinco, módulos de farmacia; y dos, módulos de laboratorio clínico. Este sistema, de acuerdo con la disponibilidad de equipo de cómputo, la red local y la conexión a intranet institucional, se está implementando también en el Primer Nivel de Atención. Actualmente se está utilizando en 45 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, de las cuales cuatro ya tienen el módulo de citas y seis, la atención en la clínica de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Meta: Consolidar la infraestructura de servidores y respaldo necesaria para garantizar la agilidad y fiabilidad del expediente único electrónico, así como la disponibilidad de los sistemas críticos del MINSAL.

El MINSAL invirtió \$ 700 000.00 procedentes de los préstamos PRIDES-BID y BIRF 8076 en la adquisición del equipamiento servidor para sostener toda la plataforma informática del MINSAL, particularmente las necesidades derivadas de la implementación del Sistema Integral de Atención al Paciente y la conformación del expediente único por persona. Nuevamente la opción de uso de software libre de capacidades equivalentes

a sus semejantes privativos ha implicado una reducción del costo de este equipamiento en más del 80 %.

Meta: Fortalecer la Vigilancia de Salud Pública, para la generación de mejores decisiones sanitarias.

En concordancia con el Plan Quinquenal de Desarrollo, la DVS conformó la Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo (UNIEC), la cual fue responsable de la formación de 30 personas con el nivel de diplomado y 60 del nivel básico de epidemiología de campo, la capacitación en respuesta y control sanitario y del desarrollo y asesoría en investigaciones epidemiológicas. Además, tuvo la responsabilidad directa de la organización, conducción y operativización de 23 Equipos de Respuesta Rápida (ERR) de enfermedades emergentes y reemergentes, ante las amenazas de estas enfermedades a la población salvadoreña.

Se ha consolidado el mejoramiento continuo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador (VIGEPES), lo que permitió a los usuarios mejorar el nivel de análisis para detectar y estratificar el nivel de afectación de sus áreas geográficas, calcular indicadores locales, nacionales e internacionales, realizar monitoreo, evaluación y seguimiento de casos de vigilancia rutinaria y especial, orientando las acciones requeridas para la prevención y control sanitario.

La elevada calidad de las estadísticas e información en salud ha sido posible gracias al fortalecimiento del Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW) que registra las atenciones ambulatorias preventivas y curativas a nivel intra y extramural, los egresos hospitalarios y las estadísticas vitales. Con ello, los más de 4000 usuarios regulares contaron con información oportuna y representativa, que contribuyó al monitoreo, gestión, planificación y estimación de costos en los diferentes niveles de atención.

Cuidando la salud de las personas, conservando el medio ambiente

Meta: Fortalecer los procedimientos sanitarios en instituciones públicas y privadas por medio de estrategias de salud ambiental que contribuyan a la prevención y disminución de los riesgos a la salud pública y al medio ambiente.

Se realizó un intenso trabajo de monitoreo sobre establecimientos dedicados al uso y comercialización de sustancias químicas peligrosas y un elevado análi-

sis técnico-científico en la emisión de autorizaciones para la importación de sustancias químicas.

Los establecimientos de salud del MINSAL, sin excepción, realizaron una gestión adecuada y oportuna de sus desechos bioinfecciosos.

Meta: Incrementar hasta un 95 % las coberturas de vacunación canina y felina para la prevención de la rabia animal.

Durante la Campaña nacional de vacunación antirrábica canina y felina, desarrollada por el MINSAL y el MAG, se alcanzó una cobertura nacional del 91 %, lo que contribuye también a la protección de las personas. Por sexto año consecutivo, no se registró ningún caso de rabia en humanos; adicionalmente, gracias a la promoción y educación para la salud brindada en las comunidades, se logró una disminución de 16 % en el número de personas mordidas por animales transmisores de rabia con respecto al año pasado.

Meta: Contribuir a la prevención de los riesgos sanitarios por el consumo y uso inadecuado y excesivo de alcohol y tabaco.

Se fortaleció la vigilancia del uso de alcohol y tabaco por medio de inspecciones conjuntas en las que participaron delegados de la Dirección Nacional de Medicamentos, de la Policía Nacional Civil, de la Dirección General de Aduanas, de la Dirección General de Impuestos Internos del Ministerio de Hacienda y de la Unidad de Alcohol y Tabaco del MINSAL, lo que ha permitido contar con la información de registro de empresas así como de sus inventarios. Se ha comenzado con el diseño y programación del nuevo módulo de alcoholes para el Sistema Integrado de Salud Ambiental, que permitirá un mejor control y acceso a la información de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de alcohol.

Solidaridad, relaciones internacionales y otros apoyos

Meta: Impulso de la difusión de los resultados de la Reforma de Salud para fortalecer el apoyo internacional a su profundización.

Impulso de la difusión de los resultados de la reforma de salud para fortalecer el apoyo internacional a su profundización.

En el ámbito político estratégico, en este primer año de gestión se han establecido importantes relaciones con organismos internacionales en apoyo al proceso de profundización de la Reforma. La difusión exitosa de los logros alcanzados en diferentes foros regionales e internacionales ha propiciado la apertura de nuevos espacios y se han encontrado más socios que respaldan la continuidad del proceso mediante la reutilización de este enfoque en sus respectivos países, contribuyendo así a la construcción de la resiliencia sanitaria de la región.

Meta: Consolidar la cooperación existente e identificar nuevas oportunidades de cooperación.

Se logró recuperar y reorientar la cooperación de Brasil hacia el Instituto Nacional de Salud para apoyar sus planes actuales, acordes con el proyecto Apoyo técnico para la creación del Instituto Nacional de Salud de El Salvador. Igualmente, se logró finalizar varios proyectos de infraestructura con Japón y Korea. En lo relacionado con nuevas oportunidades de cooperación, se ha recibido el apoyo de países amigos y organismos internacionales, tales como OSALDE del País Vasco para temas relacionados con la formación de cuadros directivos, organización e innovación en el campo de la Salud Mental y abordaje de la violencia en salud; la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España/AECID, en políticas públicas en salud; ABC de Brasil, en el área de bancos de leche humana y apoyo a la gestión de la cooperación internacional; China Taiwán, en el área de medicamentos y vacunas; Cuba, en el área de salud visual; Enfants du Monde, en salud materna e infantil; la Unión Europea, el BID, Japón y Korea, en infraestructura hospitalaria, capacitación a recursos humanos del MINSAL y apoyo al programa de voluntarios; el Fondo Global y el Gobierno de Alemania, en canje de deuda por salud; el Instituto Ítalo Latinoamericano/cooperación de Italia, en el área de bancos de sangre segura. Asimismo, se han firmado convenios de cooperación para investigación y transferencia tecnológica con universidades, como Cambridge University UK.

Trabajo intrasectorial

Meta: Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud para el ejercicio de su función rectora del Sistema Nacional de Salud.

Se creó la Comisión intrasectorial para la implementación del Registro Nacional de Diálisis y Trasplante

Renal, con el objetivo de evaluar la dimensión real de esta enfermedad en el país y fortalecer los servicios de salud del SNS, orientar la adquisición de recursos, la contratación de personal y la generación de políticas sanitarias que prevengan nuevos casos.

Como parte de las estrategias que generan gobernanza en el sector salud y rectoría por el Ministerio de Salud, se capacitó al personal del ISSS en procesos de incorporación oportuna y periódica de las Estadísticas Vitales al Sistema Único de Información en Salud (módulos VIGEPES, SIMMOW), lo cual contribuirá a la representatividad de indicadores sanitarios trazadores del sector salud (mortalidad materna, mortalidad neonatal, infantil y en la niñez).

PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN PARA PROMOVER LA SALUD

Más allá de los servicios de salud

Meta: Profundizar las alianzas intersectoriales nacionales alcanzadas en la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), para el abordaje integral de eventos relevantes de salud pública.

La Comisión Intersectorial de Salud, liderada por el MINSAL, desarrolló en el segundo semestre de 2014 un intenso abordaje intersectorial en coordinación con el Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC) para la prevención y control del dengue y la fiebre chikunguña, lo que permitió la activación de todas las instancias del sector salud, las 14 comisiones departamentales del Sistema Nacional de Protección Civil, 262 comisiones municipales y las 7 comisiones nacionales. Esto conllevó la movilización de los ministerios de Educación, Gobernación, Justicia y Seguridad, Defensa, cuerpos de socorro, alcaldías, instituciones formadoras, iglesias de diferentes denominaciones y población en general; con lo cual fue posible tomar control de ambas epidemias en tan solo 11 semanas.

Se abordó la preparación y respuesta ante una posible introducción de la enfermedad por virus del Ébola (EVE), considerando cinco ejes de una estrategia de gestión integrada: Participación social, Intersectorialidad y trabajo interinstitucional, Salud ambiental, Promoción, prevención y comunicación social, Servicios de salud y atención médica, y Vigilancia epidemiológica. Dicho abordaje intersectorial, articulado con el Ministerio de Defensa, la Dirección General de Migración y Extranjería, el Ministerio de Relaciones

Exteriores, el Ministerio de Gobernación, la Autoridad de Aviación Civil, la Autoridad Marítima Portuaria y la empresa privada, se convirtió en un referente regional, según la Organización Panamericana de la Salud.

Meta: Fortalecer los espacios locales de coordinación intersectorial alcanzados durante el primer gobierno del cambio.

El MINSAL ha integrado y apoyado el fortalecimiento de espacios que trascienden los servicios de salud. Entre las iniciativas locales más relevantes pueden citarse: alianzas relacionadas con la salud neonatal, en adolescentes y jóvenes, para la prevención y detección temprana de cáncer de cérvix y mama, abordaje de la violencia, manejo de desechos bioinfecciosos, abordaje de rastros municipales. Gracias a esta innovadora visión, que permitió el trabajo integrado de otras instancias, se favoreció la generación de estrategias de alto impacto sobre la salud, así como el empoderamiento local de la sociedad civil organizada para tomar control de la determinación social de salud.

Participación social para hacer avanzar el Sistema Nacional de Salud

Meta: Establecer la estructura territorial del Foro Nacional de Salud en 150 municipios de los 14 departamentos del país.

Se formaron comisiones municipales de contraloría social en 150 municipios de los 14 departamentos del país, las cuales realizaron ejercicios efectivos de incidencia en los servicios de salud del Primer Nivel de Atención en calidad, calidez y abastecimiento de medicamentos. Además se organizaron cinco estructuras departamentales del FNS y seis mesas temáticas sectoriales a nivel nacional, que discutieron y aportaron en materia de determinación social de la salud; asimismo, se fortaleció la identidad de los comités comunitarios y otras organizaciones de base con el Foro Nacional de Salud.

Garantizando el derecho a la salud

Meta: Ampliar las funciones de la Unidad por el Derecho a la Salud a nivel de hospitales y regiones.

Los 30 hospitales cuentan con oficina para la atención por el derecho a la salud inauguradas y funcionando, cada una con su respectivo manual de organización y funciones.

Cultura de igualdad y equidad de género

Meta: Creación de la Unidad de Género del MINSAL y la oficialización de la Política de Género del MINSAL

En marzo de 2015, por acuerdo ministerial, se creó la Unidad de Género, que permitirá impulsar la transversalización del enfoque de género, el cumplimiento de leyes a favor de las mujeres, la equidad de género y la no violencia desde y al interior del MINSAL. En este marco, se oficializó la Política de Género del MINSAL.

Meta: Impulsar la transversalización del enfoque de género en el MINSAL.

En noviembre de 2014 se realizó la planificación estratégica para incorporar de forma transversal el enfoque de género en las políticas, programas y proyectos del Sistema Nacional de Salud, a fin de fomentar relaciones equitativas e igualitarias, sin violencia y sin discriminación, en todas las personas prestadoras de servicios de salud. Esto contribuirá a mejorar la eficiencia, la cobertura y la equidad de los programas de salud integralmente.

Meta: Fortalecimiento del diseño de indicadores de género y salud.

Se ha sistematizado y regularizado, con la Dirección de Vigilancia Sanitaria, la producción y análisis de 75 indicadores de género y salud para cumplir la legislación de igualdad y no violencia a favor de las mujeres.

Cuentas claras

Meta: Responder el 100 % de peticiones de información oficiosa en un tiempo inferior al establecido por la Ley de Acceso a la Información Pública.

En este periodo, la OIR recibió 688 solicitudes, que fueron respondidas en un tiempo promedio de siete días (el plazo máximo en la LAIP es de diez días).

PROFUNDIZAR LOS CAMBIOS: PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL MINSAL 2015-2019

El Gobierno central ha establecido como objetivo estratégico en el presente quinquenio (2014-2019) continuar avanzando gradualmente para asegurar a la población salvadoreña acceso y cobertura universal en salud con calidad, reconociendo que la salud es un derecho de toda la población y considerando que su ejercicio es una condición necesaria para progresar en materia de desarrollo humano y del progreso sostenible y sustentable del país.

Para la formulación del PEI 2014-2019, el MINSAL adopta como marco de referencia político-técnico una serie de propuestas gubernamentales dirigidas a garantizar el bienestar integral de la población, contenidas en primera instancia en el Plan Quinquenal de Desarrollo (continuidad y profundización de la Reforma de Salud iniciada el quinquenio pasado), el Sistema de Protección Social Universal y la estrategia de Comunidades Solidarias, así como los avances del proceso de formulación del presupuesto por resultados (conducido por el Ministerio de Hacienda) a ser implementado a partir de 2017 en el marco de la Reforma de Salud, los modelos de Atención Primaria en Salud Integral (APSI) y de provisión de servicios en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) y las políticas institucionales vigentes.

El Plan Estratégico del MINSAL constituye, para el sector salud, el marco de referencia de la profundización de la Reforma de Salud a la cual deben alinearse; para la institución, es una herramienta fundamental y orientadora del quehacer como ente rector del sector. Su principal contribución al proceso de reforma radica en el ordenamiento y priorización de las intervenciones que contribuyen a lograr los objetivos estratégicos establecidos a nivel país en materia de atención y provisión de servicios de salud, de los Objetivos del Milenio y de los convenios nacionales e

internacionales ratificados por El Salvador. Orienta las acciones para operativizar la Política Nacional de Salud "Construyendo la esperanza" y el Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno, garantizando servicios de calidad y con calidez.

Nuestra visión es que la población salvadoreña esté saludable y participando activamente en su desarrollo integral. Por tanto, la misión es garantizar el derecho a la salud y el bienestar de la población con alto sentido humanitario y justicia social, basado en valores: ética, transparencia, compromiso, calidez, solidaridad, equidad, posibilitando que la ciudadanía se empodere del proceso y de los logros de la reforma, tanto como de su profundización.

La programación ha sido concebida a partir de ocho ejes u objetivos estratégicos, alineados con las estrategias formuladas en el Plan Quinquenal de Desarrollo y con los ejes de la reforma: 1) Profundizar la Reforma de Salud, incluyendo, en forma específica, los diez ejes de la Reforma de Salud; 2) Avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud; 3) Atención integral e integrada en las Redes de Servicios de Salud a la población; 4) Farmacovigilancia y tecnologías de calidad; 5) Investigación científica en salud y formación continua del talento humano; 6) Intersectorialidad; 7) Participación y contraloría social; 8) Fortalecimiento institucional del MINSAL.

Se han establecido 13 lineamientos estratégicos para el cumplimiento de cuatro metas estratégicas: 1) Lograr una tasa de mortalidad materna por debajo de 35 por 100 000 nacidos vivos; 2) Mantener una tasa de mortalidad infantil de ocho por mil nacidos vivos; 3) Mantener la cobertura de vacunación del Programa Nacional de Inmunizaciones entre el 90 y el 95 % y, 4) Reducir en 3 puntos porcentuales el gasto directo (de bolsillo) de los hogares en salud

con respecto al gasto nacional en salud. Para el cumplimiento de estas metas, en los POA se plantearán metas anuales que hagan posible alcanzar las metas quinquenales.

Las acciones se basan en los enfoques de derechos humanos y protección social; equidad de género; inclusión social (interculturalidad, pueblos indígenas, inmigrantes, diversidad sexual); curso de vida de las personas; continuidad de la atención; territorio y población; estratificación, para poder concentrar las acciones; gratuidad; progresividad y gradualidad.

Lo anterior estará basado en un sistema de seguimiento y evaluación que asegure: tener como unidad de seguimiento y evaluación las RISS departamentales mediante planes operativos e indicadores establecidos; generar información consistente, objetiva, oportuna y pertinente de manera periódica, que permita la toma de decisiones oportunas, que haga posible la identificación del riesgo y que permita realizar los ajustes necesarios oportunamente; que la ejecución del PEI sea medida sistemáticamente por medio del monitoreo mensual de la ejecución de las actividades programadas en los planes operativos; que la evaluación sea realizada trimestralmente; que se cuente con instrumentos unificados para ser aplicados por las instituciones del sector y por las RISS departamentales.

Estos instrumentos deberán estar armonizados y alineados con las herramientas, procedimientos y criterios de seguimiento y evaluación del Plan Quinquenal de Desarrollo establecidos por la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia (STPP), así como con las herramientas, procedimientos y criterios establecidos por el MINSAL para el seguimiento a los avances de los diez ejes de la Reforma de Sa-

lud y la formulación de un informe trimestral de los avances para presentar a la STPP.

El Sistema de información del MINSAL, unificado con las demás instituciones del sector, constituye el pilar fundamental del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PEI, y debe proporcionar la información precisa que permita aplicar los indicadores establecidos a nivel nacional y no solo institucional.

El presente PEI es de aplicación nacional y de estricto cumplimiento tanto a nivel central del Ministerio de Salud como en los diferentes niveles de atención de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS); deberá ser aplicado por todas las instituciones públicas del sector salud. El Plan Estratégico Institucional servirá de referencia a otras instituciones de la sociedad civil, nacionales y extranjeras, comprometidas con la Reforma de Salud, incluyendo a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

Constituye una plataforma de entendimiento entre el Ministerio de Salud y los diferentes actores sectoriales e intersectoriales, agencias de cooperación, donantes, instituciones formadoras de recurso humano en salud, instituciones del Estado, institutos de investigación, organizaciones no gubernamentales, y otras, para orientar conjuntamente los esfuerzos hacia la consolidación del proceso de reforma, constituyéndose en un instrumento de gestión financiera.

Finalmente, la formulación de este documento representa un esfuerzo colectivo de las diferentes direcciones, jefaturas y coordinaciones de la institución, así como de representantes del sector, que se han involucrado en la discusión y reflexión de los principales contenidos del PEI, lo cual permite una apropiación de este.

CUENTAS EN SALUD Y PRESUPUESTO INSTITUCIONAL



Inauguración de Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Los Letonas, San Martín, monto de infraestructura y equipamiento 203,399.69 fondos PRIDES

El MINSAL, en el camino de garantizar el derecho a la salud, configura las cuentas en salud como un instrumento transparente que genera de manera consistente, regular y sistemática cifras que evidencian un aumento progresivo del gasto público en relación con el gasto privado, y que se refleja en la mejora de los indicadores en salud de toda la población. También es evidente el aumento sustancial en el presupuesto institucional, fruto del compromiso del Gobierno central y de la gestión institucional.

CUENTAS EN SALUD (2009-2014)

Las cuentas en salud son un instrumento que permite monitorear el avance hacia la cobertura universal en salud. La determinación de las cuentas en salud es muy valiosa para poder entender el nivel adecuado de gasto y su evolución, ya que los cambios de los niveles de gasto no necesariamente se correlacionan con los cambios en los resultados de salud. Se puede inyectar mucho dinero y no cambiar los resultados, porque también se requiere mejorar la eficiencia del gasto en las instituciones públicas para avanzar en equidad, eficiencia, eficacia y empoderamiento, y vincular los recursos utilizados con los procesos y resultados de salud según niveles de gasto, accesibilidad a los servicios de salud, mejora de los mecanismos de financiación, asignación de recursos, evaluación y seguimiento.

El Ministerio de Salud ha venido generando de manera consistente, regular y sistemática información relativa a las cuentas en salud del país, cifras verificables que son reportadas cada año a la Organización Mundial de la Salud y publicadas en el *Informe de la Salud en el Mundo*. Esta información, disponible desde 1996 en el país, ha permitido obtener una radiografía de la evolución del financiamiento y del gasto en salud en El Salvador, e identifica, entre otros indicadores, el total del gasto nacional en salud (GNS), el gasto público en salud (GpúbS) y el gasto privado en salud (GprivS) y su relación con el producto interno bruto (PIB).

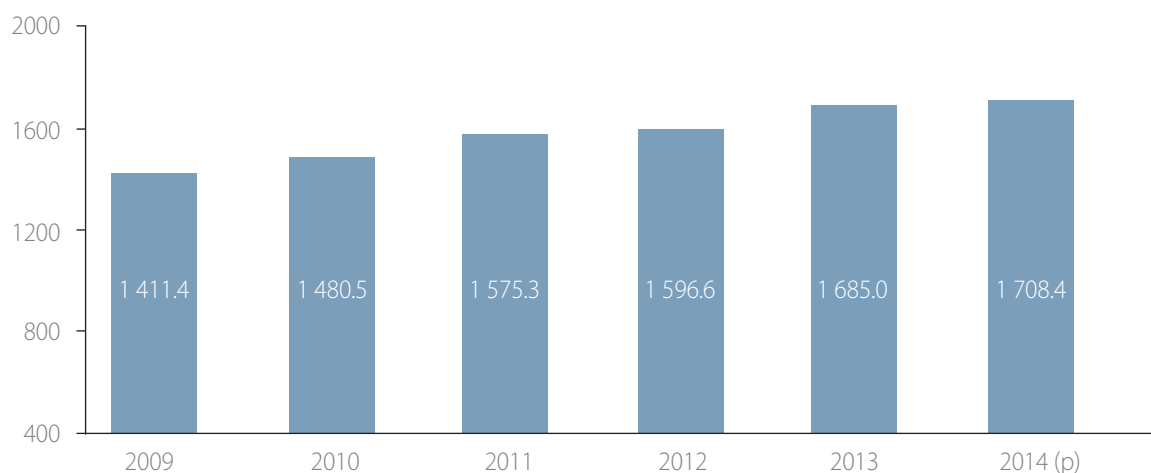
En términos generales, los indicadores señalados son la resultante de agregar los gastos devengados de las diversas instituciones/agentes del sector salud, clasificando el gasto en salud de acuerdo con una metodología estándar que posibilita las comparaciones internacionales.¹

Es importante señalar que debido a la segmentación y fragmentación del Sistema Nacional de Salud, el gasto público en salud incluye los gastos de cada uno de los prestadores de servicios de salud e incluso de otras instituciones que sin estar destinadas a prestar estos servicios lo hacen, aunque con un inadecuado enfoque curativo y de forma ineficiente, tales como algunas empresas públicas y los gobiernos municipales.

El gasto público en salud incluye los gastos devengados de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud (MINSAL) y red de instituciones descentralizadas (hospitales, Fondo Solidario para la Salud y otras entidades adscritas al ramo, incluyendo entidades subsidiadas), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS, régimen de salud), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Sanidad Militar (SM), Consejo Superior de Salud Pública

1. Aunque El Salvador comunica sus datos con esta metodología, la ha cuestionado en diferentes foros y comisionado a sus funcionarios para abrir el debate sobre esta medición, ya que en el gasto público se incluye como tal el presupuesto del ISSS, resultante de los aportes de sus cotizantes que en esencia es un gasto privado, es decir gasto de bolsillo que proviene fundamentalmente de los trabajadores.

GRÁFICA 1.
EVOLUCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 2009-2014 (EN MILLONES DE US \$)



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

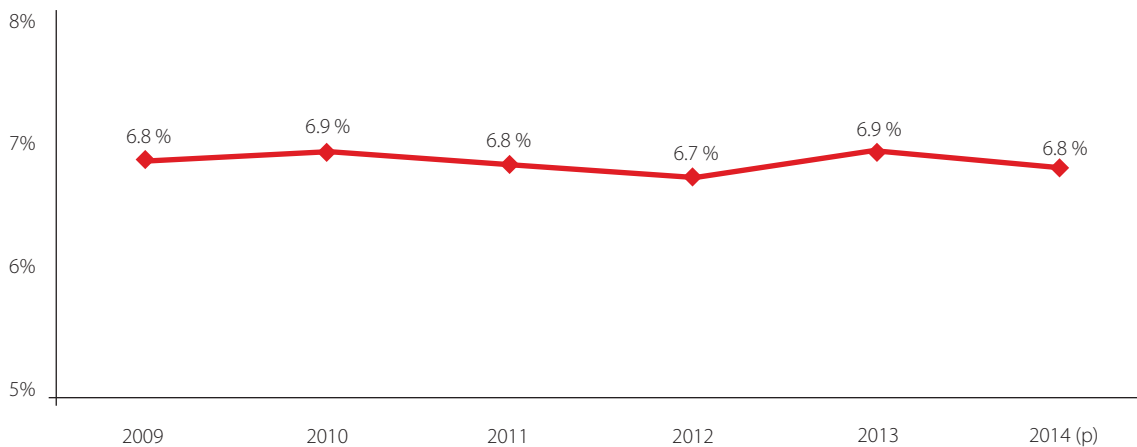
(CSSP), Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAFA), Dirección Nacional de Medicamentos (a partir de 2012) y otras entidades públicas que ejecutan gastos en salud (empresas públicas, gobiernos municipales y otras).

Para obtener tales consolidados del gasto público en salud se utiliza la base de datos del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI/Ministerio de Hacienda) y de otros reportes financieros a nivel institucional, y se toma como punto de partida el gasto devengado al cierre de cada ejercicio fiscal. Se incluyen en el cálculo todas las fuentes de financiamiento (fondos generales, recursos propios, fondos de actividades especiales, donaciones y préstamos).

En el caso del gasto privado en salud, se incorporan las erogaciones ejecutadas por las empresas de seguro y el denominado "gasto directo de bolsillo de los hogares en salud" (GDBHS). Para ello, se utiliza información procedente de la Superintendencia del Sistema Financiero y del Banco Central de Reserva de El Salvador y estimaciones propias elaboradas con base en información procedente de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC/MINEC). (GRÁFICA 1).

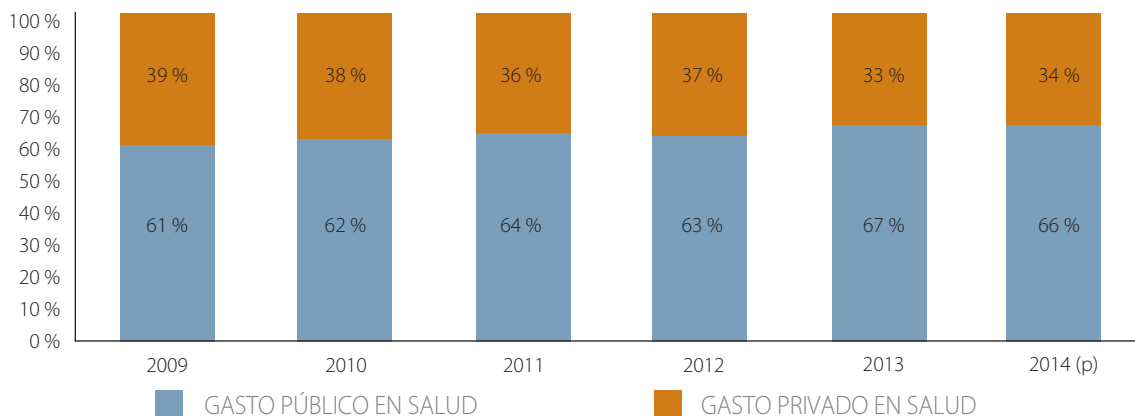
En términos nominales, en el GRÁFICA 1 se identifica que el GNS de El Salvador pasó de \$ 1411.4 millones en 2009 a \$ 1708.4 millones en 2014 (cifras preliminares). En términos del PIB, el GNS fue de 6.8 % en 2014, los mismos niveles alcanzados en 2009 y 2011 (GRÁFICA 2).

GRÁFICA 2.
EVOLUCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD EN RELACIÓN CON EL PRODUCTO INTERNO BRUTO



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

GRÁFICA 3.
COMPOSICIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, PERIODO 2009-2014 (EN %)



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

Si bien es importante determinar la cuantía del GNS en términos nominales o en relación al PIB, es determinante en la evaluación del gasto en salud identificar su composición en términos de cuánto de dicho gasto es público y cuánto privado. En la GRÁFICA 3 se presenta dicha estructura para los años 2009-2014.

Como puede observarse, en este periodo es una constante el hecho de que el GPúbS ha tomado relevancia en términos de sus aportes al GNS. Es más, el GPúbS pasó del 61 % (2009) al 66 % del GNS (2014). Nótese que en la medida en que el GPúbS ha ido cobrando importancia relativa, el GPrivS ha ido perdiéndola, pasando a representar en 2014 poco más de un tercio del GNS.

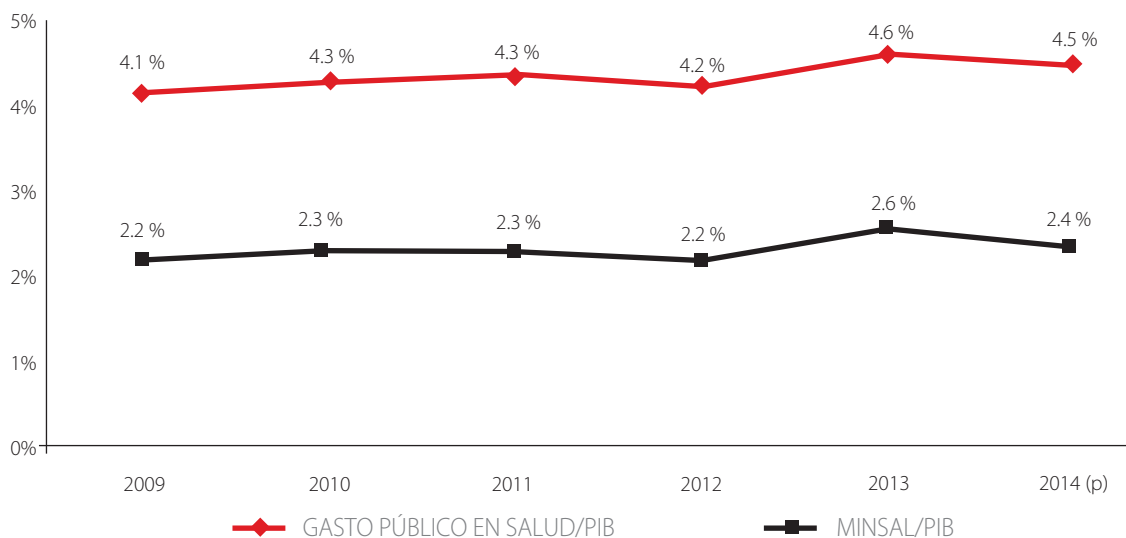
Lo anterior evidencia un aumento sostenido del gasto público y una consecuente reducción del gasto privado en salud, a diferencia del quinquenio anterior al 2009, en el que la mayor parte del GNS estaba sostenido por el GPrivS y, más concretamente, por los gastos de bolsillo de los hogares (en 2007, el GPrivS representó el 41% del GNS).

En la GRÁFICA 4 se presenta la evolución del gasto público en salud y el gasto en salud del MINSAL entre 2009 y 2014 con relación al PIB. Los datos indican que el GPúbS pasó de 4.1 % en 2009 a 4.5 % en 2014 con relación al PIB. Considerando que ningún país ha alcanzado la cobertura universal con menos del 7 % del PIB, el GPúbS es aún insuficiente para lograr la cobertura universal en salud en términos de que toda la población tenga acceso a un mayor número y calidad de prestaciones en salud, especialmente en la red de ser-

vicios. Las inequidades que subsisten se deben a que el gasto público, a su vez, está distribuido inequitativamente, como puede apreciarse en la GRÁFICA 8 (per cápita institucional). El acceso universal y equitativo a más y mejores prestaciones pasa no solamente por un incremento del gasto público, sino también por la optimización del mismo (que puede hacerse progresivamente, por ejemplo, mancomunando compras de medicamentos e insumos, incrementando el conocimiento institucional e integrando progresivamente la provisión de servicios), lo cual requiere igualmente enfrentar y superar la segmentación y fragmentación del Sistema Nacional de Salud, avanzando decididamente hacia un sistema nacional integrado de salud.

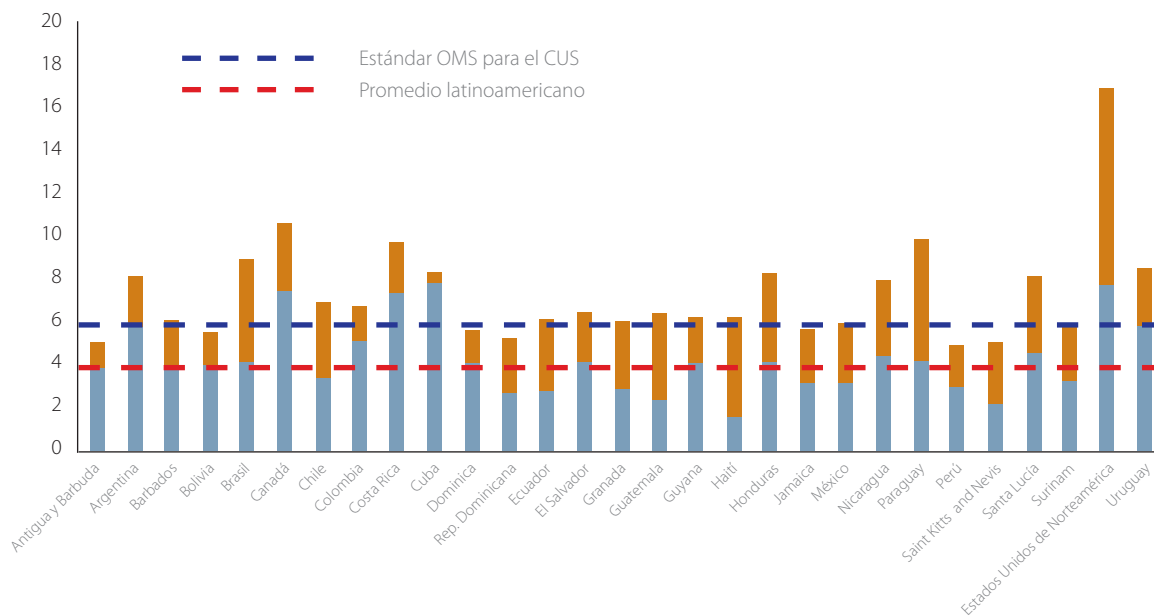
El gasto en salud del MINSAL, incluyendo todas las fuentes de financiamiento (fondos generales, recursos propios, fondos de actividades especiales, donaciones, préstamos y presupuesto extraordinario), sus entidades adscritas (hospitales y otras entidades autónomas) y los subsidios a diversas entidades, pasó de representar el 2.2 %, en 2009, al 2.4 % del PIB en 2014. Ambos indicadores evidencian el esfuerzo realizado por el Gobierno para mantener e incrementar el apoyo financiero al sector público en salud a pesar de la crisis financiera internacional en la que la mayoría de países sacrificaron el gasto social para mantener los indicadores macroeconómicos, lo que implica un compromiso del Gobierno por la búsqueda constante de la equidad en salud. (GRÁFICA 4)

GRÁFICA 4.
GASTO PÚBLICO EN SALUD Y DEL MINSAL COMO PORCENTAJE DEL PIB (2009-2014)



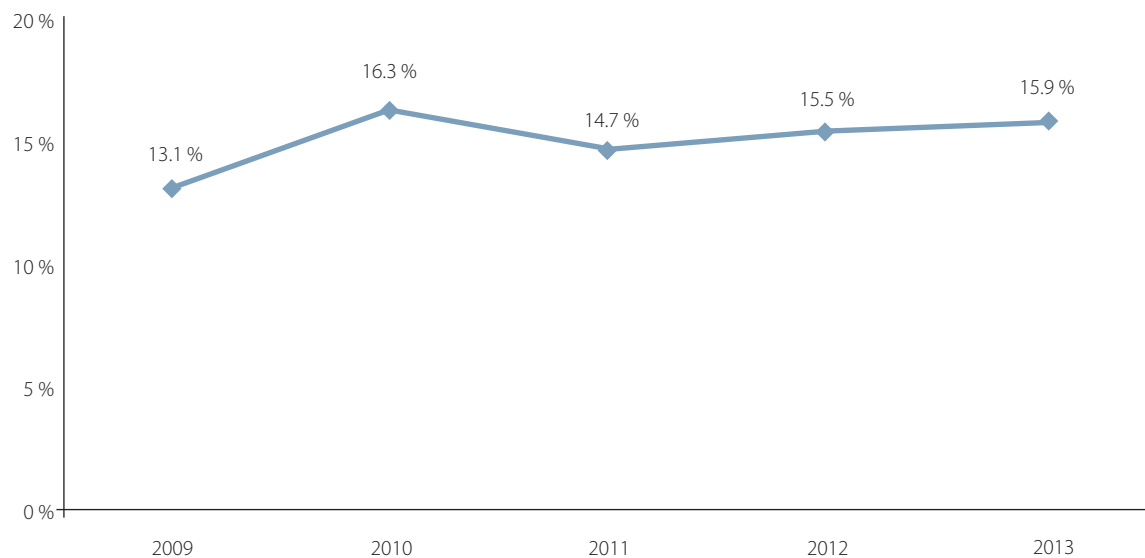
Fuente: Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

GRÁFICA 5.
GASTO NACIONAL DE SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB EN AMÉRICA



Fuente: Morales, C. Cobertura universal en salud y prioridad fiscal, OPS-OMS, 2014.

GRÁFICA 6.
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL



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

El gasto público en El Salvador se encuentra en el promedio latinoamericano, pero por debajo del gasto de países con sistemas de salud que han avanzado hacia la cobertura universal en salud. (GRÁFICA 5)

Otro indicador importante es la relación entre el GPúbS y el gasto del Gobierno General (GGG). Las cifras disponibles indican que dicho indicador pasó de 13.1 % (2009) a 15.9 % (2013) (GRÁFICO 6), lo cual

evidencia la importancia creciente del sector salud para el Gobierno central, aun a pesar de las grandes necesidades financieras de otros sectores como educación y seguridad.

Para observar mejor el crecimiento del GpúbS y de GprivS, según cada institución/agente, en la TABLA 1 se presenta dicha información correspondiente al período 2009 a 2014.

Las cifras de la TABLA 1 dan cuenta del alto grado de importancia relativa que tienen los gastos en salud ejercidos por dos instituciones públicas, el MINSAL y el ISSS. Entre ambas entidades aportaron, para 2014, el 59 % del GNS. En ese sentido, cualquier modificación (alza o disminución) en los gastos devengados por ambas entidades tiene un impacto directo en el nivel de gasto en salud del país. El resto

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

INSTITUCIÓN/AGENTE	2009	2010	2011	2012	2013	2014
GASTO PÚBLICO EN SALUD	854.1	918.9	1001.4	1002.7	1123.8	1126.6
MINSAL (1)	449.4	493.6	532.7	522.1	623.3	591.8
ISSS	317.2	333.9	356.1	357.3	373.4	404.0
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	28.6	34.1	50.1	54.6	51.6	51.9
Sanidad Militar	17.2	19.2	19.2	20.6	23.6	23.6
Consejo Superior de Salud Pública	2.2	2.5	2.7	2.5	1.9	1.8
Dirección Nacional de Medicamentos	--	--	--	1.7	3.4	6.2
CEFAFA	8.9	9.1	10.9	13.9	11.5	12.4
Otras entidades públicas	14.1	4.8	8.2	5.9	6.1	6.1
Gobiernos locales	5.0	8.6	7.7	10.8	12.7	12.7
Empresas públicas	11.4	13.1	14.0	13.3	16.2	16.2
GASTO PRIVADO EN SALUD	557.4	561.7	573.9	593.9	561.2	581.8
Gasto directo de bolsillo hogares	490.1	497.5	505.3	517.2	479.2	490.7
Empresas de seguros privados	67.2	64.1	68.6	76.7	82.1	91.1
GASTO NACIONAL EN SALUD	1411.4	1480.5	1575.3	1596.6	1685.0	1708.4

GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD (EN PORCENTAJES)

INSTITUCIÓN/AGENTE	2009	2010	2011	2012	2013	2014
GASTO PÚBLICO EN SALUD	61 %	62 %	64 %	63 %	67 %	66 %
MINSAL	32 %	33 %	34 %	33 %	37 %	35 %
ISSS	22 %	23 %	23 %	22 %	22 %	24 %
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Sanidad Militar	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Consejo Superior de Salud Pública	0.2 %	0.2 %	0.2 %	0.2 %	0.1 %	0.1 %
Dirección Nacional de Medicamentos	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.1 %	0.2 %	0.4 %
CEFAFA	0.6 %	0.6 %	0.7 %	0.9 %	0.7 %	0.7 %
Otras entidades públicas	1 %	0 %	0.5 %	0 %	0 %	0 %
Gobiernos locales	0.4 %	0.6 %	0.5 %	0.7 %	0.8 %	0.7 %
Empresas públicas	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
GASTO PRIVADO EN SALUD	39 %	38 %	36 %	37 %	33 %	34 %
Gasto directo de bolsillo hogares	35 %	34 %	32 %	32 %	28 %	29 %
Empresas de seguros privados	5 %	4 %	4 %	5 %	5 %	5 %
GASTO NACIONAL EN SALUD	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

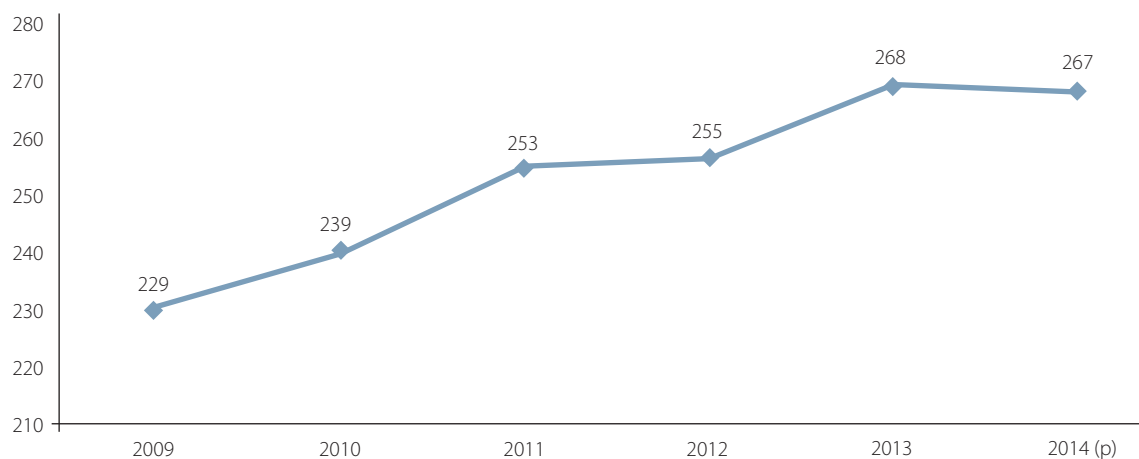
Fuente: Cuentas en salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

de entidades públicas del sector salud (CSSP, DNM, CEFAFA) o que realizan gastos públicos en salud (gobiernos locales, empresas públicas) representan menos del 7 % del GNS en los años considerados.

En lo que respecta al sector privado, las cifras estimadas del GDBHS indican que este ha ido bajando su importancia relativa dentro del GNS, pasando de representar más de un tercio en 2009, 35 %, al 29 % del GNS en el país en 2014 (en años previos, este representó más del 50 % del GNS). Tal comportamiento seguramente está asociado al incremento del presupuesto público para las instituciones del sector

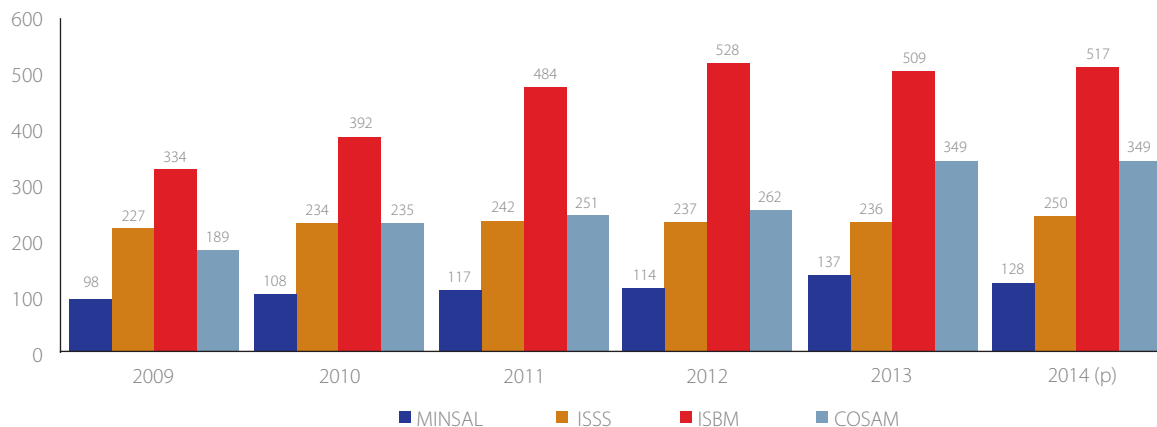
salud, con especial énfasis en el MINSAL, la eliminación de las barreras económicas y geográficas a los servicios de salud, lo cual se refleja en la supresión de las cuotas o aportaciones económicas de los pacientes de los establecimientos del MINSAL, el fortalecimiento del abastecimiento de medicamentos en las entidades públicas del sector y el desplazamiento de Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados en 171 municipios del país. Además, por segundo año se implementa la regulación del sector farmacéutico mediante la *Ley de Medicamentos*, que ha impactado en los precios de las medicinas.

GRÁFICA 7.
EVOLUCIÓN DEL GASTO NACIONAL PER CÁPITA EN SALUD (EN US \$)



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

GRÁFICA 8.
GASTO PER CÁPITA INSTITUCIONAL EN SALUD (EN US \$)



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

El gasto per cápita en Salud (GPerC) y el gasto per cápita institucional en salud se presentan en los GRÁFICAS 7 y 8, respectivamente.

El GperC en El Salvador pasó de \$ 229 (2009) a \$ 268 (2013). De acuerdo con los informes de la OMS de 2011, el promedio en la región de las Américas rondó los \$ 3537, aunque el de Costa Rica y el de Panamá fueron de \$ 943 y \$ 703, respectivamente. En definitiva, a pesar del esfuerzo realizado por mejorar en forma sostenida el presupuesto público asignado a las instituciones del sector, todavía el GperC del país tiene retos importantes que cumplir para alcanzar los niveles de otros países de Centroamérica, incluyendo Panamá.

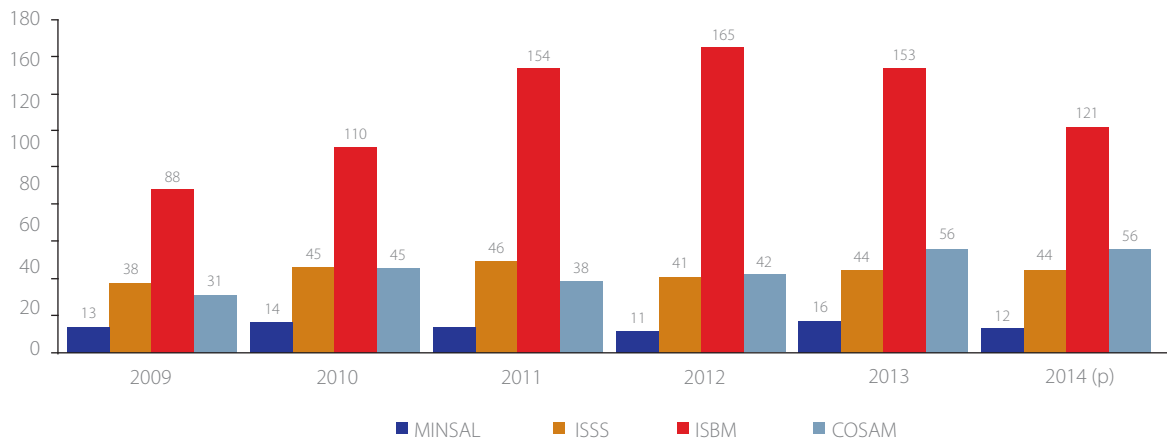
Si bien el GPerC es importante para las comparaciones internacionales, el gasto per cápita institucional en salud (GPerCI) es a nivel interno un indicador determinante para medir los grados de equidad en la distribución de los recursos públicos del sector salud, cuyo cálculo se obtiene al dividir el gasto en salud de cada entidad (MINSAL, ISSS, ISBM y COSAM) entre su población derechohabiente y de responsabilidad programática (en el caso del MINSAL se toma como referencia a la población que no dispone de un seguro de salud público ni privado). En la GRÁFICA 8, se presenta un comparativo del GPerCI para los años 2009 a 2014.

Las cifras a nivel per cápita institucional en salud (GPerCI) muestran que, en el caso del MINSAL, este pasó de \$ 98 (2009) a \$ 128 (2014), lo que señala el esfuerzo institucional por mejorar el financiamiento de la salud de la población que le corresponde atender, que es cerca del 72 % de la población salvadoreña que

no dispone de un seguro de salud. Es importante citar que el gasto del Ministerio de Salud no se limita a su población de responsabilidad. Por ejemplo, las vacunas aplicadas desde el programa nacional de vacunación, tanto a asegurados como no asegurados, son adquiridas en su totalidad con fondos del MINSAL. Igualmente las intervenciones de salud pública para control de enfermedades vectorizadas, como el dengue y la fiebre chikunguña, tienen externalidades positivas para toda la población, es decir, asegurados y no asegurados, lo que se manifiesta en términos de costos como un subsidio (no retribuable) del MINSAL a los otros integrantes del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la distribución del GPerCI da cuenta de los retos que aún quedan en términos de mejorar la equidad del gasto dentro del sistema público de salud. De hecho, el GPerCI del ISSS, que atiende a cerca de un cuarto de la población salvadoreña, es básicamente el doble MINSAL (\$ 250 en 2014); pero, a su vez, inferior al del COSAM (\$ 349), que tiene una cobertura sensiblemente menor (1.3 % de la población). Por su parte, el ISBM, que atiende a cerca del 1.6 % de la población salvadoreña, presentó en 2014 un GPerCI cuatro veces superior al del MINSAL; dos veces al del ISSS; y 1.5 veces mayor al del COSAM.

Si se aíslan el resto de gastos institucionales en salud y se contabilizan únicamente los gastos destinados a la compra de medicamentos, los resultados que se obtienen del gasto per cápita institucional en medicamentos son los que se reflejan en la GRÁFICA 9, cuyas cifras dan cuenta de un problema estructural de equidad en la distribución del financiamiento público

GRÁFICA 9.
GASTO PER CÁPITA INSTITUCIONAL EN MEDICAMENTOS 1/ (EN US \$)



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

en salud en el país o una compra ineficiente por parte de los demás prestadores de servicios de salud.

Estos indicadores, que forman parte de las cuentas en salud, han sido producidos sistemáticamente con el aporte de otras entidades públicas del sector y fuera de él (MH, ISSS, ISBM, BCR y otras), con la coordinación del MINSAL. Producirlas regularmente forma parte del quehacer institucional. Se ha previsto la publicación de un compendio con dicha información para el periodo 1996-2014.

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL

El presupuesto institucional que se presenta en este apartado corresponde al presupuesto modificado al final de cada ejercicio fiscal: comprende el presupuesto aprobado más las modificaciones que realizadas durante su ejecución en cada año.

El presupuesto modificado incluye las asignaciones para funcionamiento de Secretaría de Estado, Primer Nivel de Atención, hospitales nacionales y otras instituciones adscritas al sector; también, el rubro de inversión, cuya evolución para el periodo 2009-2015 se presenta en la TABLA 2.

En este periodo hubo un incremento del 40 %, pasando de \$ 458.9 millones en 2009 a \$ 643.47 millones en 2015, un incremento total de \$ 184.57 millones.

El presupuesto del MINSAL está conformado por diferentes fuentes de financiamiento que han permitido cumplir con los objetivos institucionales. De estas fuentes, el fondo general es el que alcanza el mayor porcentaje de participación, oscilando entre el 72 % y 90 %; en segundo lugar se encuentran los préstamos externos, que han mostrado una tendencia a disminuir en este periodo, aunque en 2009 alcanzó mayor porcentaje (23 %), en tanto que en 2015 representa la menor proporción (4.7 %) debido a la finalización de algunos proyectos de inversión y otros que se encuentran en su fase final de ejecución. Asimismo, en este presupuesto se presentan las asignaciones provenientes de donaciones, incluyendo en estas las de organismos internacionales que se administran extrapresupuestariamente. Otras fuentes de financiamiento son los recursos propios y el Fondo de Actividades Especiales.

La GRÁFICA 10 presenta la evolución del presupuesto votado y del presupuesto modificado del MINSAL al final de cada ejercicio fiscal, incluyendo todas sus fuentes de financiamiento.

TABLA 2. PRESUPUESTO MODIFICADO TOTAL POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO

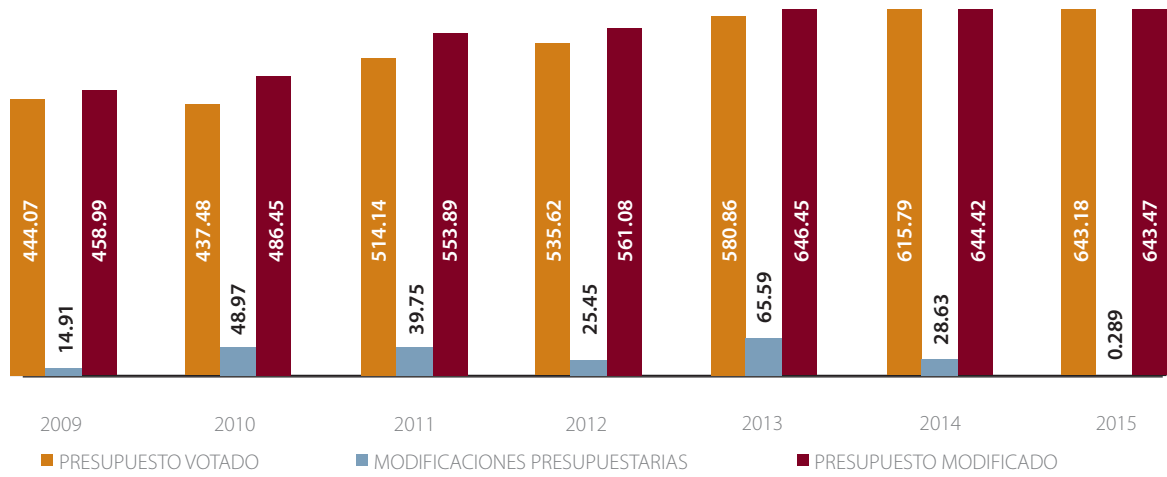
PRESUPUESTO TOTAL POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (P)
	EN MILLONES DE US\$						
Fondo general (GOES)	328.4	384.4	488.3	483.8	556.2	552.6	582.29
Préstamos externos	105.1	76.2	38.5	45.3	50.8	50.6	30.08
Donaciones	8.2	12.8	13.3	15.1	22.1	19.5	11.70
Recursos propios	15.5	11.3	11.5	14.6	14.7	17.8	15.44
Fondos de actividades especiales	1.7	1.7	2.3	2.3	2.6	3.9	3.97
Total presupuesto modificado	458.9	486.4	553.9	561.1	646.5	644.4	643.47
Tasa de crecimiento anual	14.9 %	6.0 %	13.9 %	1.3 %	15.2 %	-3.0 %	-1.0 %
Fuente de financiamiento:	En porcentajes						
Fondo general (GOES)	72 %	79 %	88 %	86 %	86 %	87 %	90.5 %
Préstamos externos	23 %	16 %	7 %	8 %	8 %	8 %	4.7 %
Donaciones	2 %	3 %	2 %	3 %	3 %	2 %	1.8 %
Recursos propios	3 %	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	2.4 %
Fondos de actividades especiales	0.4 %	0.3 %	0.4 %	0.4 %	0.4 %	0.6 %	0.6 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

(*) Para los años 2009 al 2014 se presenta el presupuesto modificado al cierre del ejercicio.

(p): Para el año 2015, se presenta el presupuesto modificado a Febrero 2015.

GRÁFICA 10. EVOLUCIÓN PRESUPUESTO VOTADO, MODIFICACIONES Y PRESUPUESTO MODIFICADO DEL MINSAL. INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (CIFRAS EN MILLONES DE US\$). 2009-2015.



Todos los días administración gratuita para detectar VIH en la red de servicios MINSAL.

Las modificaciones presupuestarias que se reflejan en la GRÁFICA 10 corresponden al efecto neto de aumentos o disminuciones aplicadas durante la ejecución del presupuesto en cada año. En el caso particular del año 2013, se aprobaron refuerzos presupuestarios con Fondo General para medicamentos e insumos médicos para la red de establecimientos, incorporación de recursos para iniciar con la ejecución del proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud, préstamo BIRF, así como la incorporación de asignaciones del Presupuesto Extraordinario de Inversión

Social, PEIS, y otras donaciones de organismos internacionales como el Gran Ducado de Luxemburgo y la Unión Europea. En lo que respecta a 2015, únicamente incluye las modificaciones a febrero y estas corresponden a asignaciones provenientes del FOPROMID para apoyar las acciones en salud para la prevención del Ébola.

Otra forma de presentar la distribución del presupuesto modificado del MINSAL es por principales tipos de gasto, considerando todas las fuentes de financiamiento, tal como se puede ver en la Tabla 3.

TABLA 3. PRESUPUESTO MODIFICADO DEL MINSAL, SEGÚN PRINCIPALES TIPOS DE GASTO (EN US \$ MILLONES).

RESUMEN FUNCIONAMIENTO E INVERSIÓN	PRESUPUESTO MODIFICADO TOTAL MINSAL						
DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Remuneraciones	256.52	272.68	313.64	341.12	368.18	387.88	420.52
Productos farmacéuticos y medicinales	53.96	57.41	43.47	40.58	62.01	47.42	53.34
Insumos médicos	30.75	25.70	32.85	34.55	39.12	33.51	42.71
Vacunas para humanos	8.24	8.57	18.78	14.46	12.81	15.87	13.23
Alimento para pacientes	7.20	6.24	6.81	8.32	8.36	7.45	8.30
Combustibles y lubricantes	4.24	4.33	4.96	6.33	6.95	6.00	5.54
Servicios básicos	8.92	9.16	11.14	13.14	13.21	13.65	13.82
Mantenimiento y reparación de bienes muebles, inmuebles y vehículos	3.13	3.83	4.10	4.56	5.48	5.20	5.31
Arrendamientos de bienes muebles, inmuebles	2.64	2.95	3.54	3.45	4.14	4.82	3.38
Inversiones en activos fijos	46.81	47.58	73.31	47.04	76.12	71.16	35.24
Otros gastos	36.58	47.99	41.30	47.53	50.08	51.47	42.09
TOTAL GENERAL	458.99	486.45	553.89	561.08	646.45	644.42	643.47
DESCRIPCIÓN	EN PORCENTAJE						
Remuneraciones	55.9 %	56.1 %	56.6 %	60.8 %	57.0 %	60.2 %	65.4 %
Productos farmacéuticos y medicinales	11.8 %	11.8 %	7.8 %	7.2 %	9.6 %	7.4 %	8.3 %
Insumos médicos	6.7 %	5.3 %	5.9 %	6.2 %	6.1 %	5.2 %	6.6 %
Vacunas para humanos	1.8 %	1.8 %	3.4 %	2.6 %	2.0 %	2.5 %	2.1 %
Alimento para pacientes	1.6 %	1.3 %	1.2 %	1.5 %	1.3 %	1.2 %	1.3 %
Combustibles y lubricantes	0.9 %	0.9 %	0.9 %	1.1 %	1.1 %	0.9 %	0.9 %
Servicios básicos	1.9 %	1.9 %	2.0 %	2.3 %	2.0 %	2.1 %	2.1 %
Mantenimiento y reparación de bienes muebles, inmuebles y vehículos	0.7 %	0.8 %	0.7 %	0.8 %	0.8 %	0.8 %	0.8 %
Arrendamientos de bienes muebles, inmuebles	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	0.7 %	0.5 %
Inversiones en activos fijos	10.2 %	9.8 %	13.2 %	8.4 %	11.8 %	11.0 %	5.5 %
Otros gastos	8.0 %	9.9 %	7.5 %	8.5 %	7.7 %	8.0 %	6.5 %
TOTAL GENERAL	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional

En la TABLA 3 se puede evidenciar que un importante porcentaje del presupuesto (entre el 56 % y el 65 %) se destina al rubro de remuneraciones. En el año 2015, estas representan el 65.4 % del total del presupuesto.

Los montos destinados a medicamentos varían entre el 7.2 % y 11.8 % durante el período. Es importante resaltar que este rubro está siendo financiado con diferentes fuentes de recursos (Fondo General, FOSALUD, préstamos externos, donaciones y recursos propios).

El MINSAL, comprometido con la prestación de servicios de salud de calidad a la población salvadoreña, ha realizado gestiones importantes a fin de que los diferentes niveles de atención reciban incremen-

tos presupuestarios en cada ejercicio fiscal, tal como se puede ver en la TABLA 4.

Las cifras mostradas en la TABLA 4 indican que se han realizado esfuerzos para incrementar de forma sostenida los recursos dirigidos al Primer Nivel de Atención, pasando de una asignación de \$ 161.18 millones en 2009 a \$ 247.97 millones en 2015, lo que representa en este último año el 39 % del total del presupuesto destinado a los establecimientos del ramo de Salud, debido a la apertura de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF). De igual forma, los hospitales (Segundo y Tercer Nivel de Atención) reflejan variaciones positivas en las asignaciones presupuestarias, y representan para el año 2015 el 52 % del presupuesto total asignado a los niveles de atención.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL MINSAL, SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

NIVELES DE ATENCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015(P)
	(EN MILLONES DE US\$)						
Primer Nivel de Atención	161.18	162.61	217.29	221.13	257.32	252.46	247.97
Segundo Nivel de Atención	192.20	197.38	181.46	187.32	225.38	233.55	219.17
Tercer Nivel de Atención	85.07	92.64	122.93	123.03	143.08	122.03	115.89
Secretaría de Estado	20.53	33.83	32.22	29.60	20.67	36.38	60.44
TOTAL	458.99	486.45	553.89	561.08	646.45	644.42	643.47
NIVELES DE ATENCIÓN	(EN PORCENTAJE)						
Primer Nivel de Atención	35 %	33 %	39 %	39 %	40 %	39 %	39 %
Segundo Nivel de Atención	42 %	41 %	33 %	33 %	35 %	36 %	34 %
Tercer Nivel de Atención	19 %	19 %	22 %	22 %	22 %	19 %	18 %
Secretaría de Estado	4 %	7 %	6 %	5 %	3 %	6 %	9 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(p) Para el año 2015, se presenta el presupuesto modificado a febrero. Incluye todas las fuentes de financiamiento.

Fuente: Unidad Financiera Institucional

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL, 2009-2014

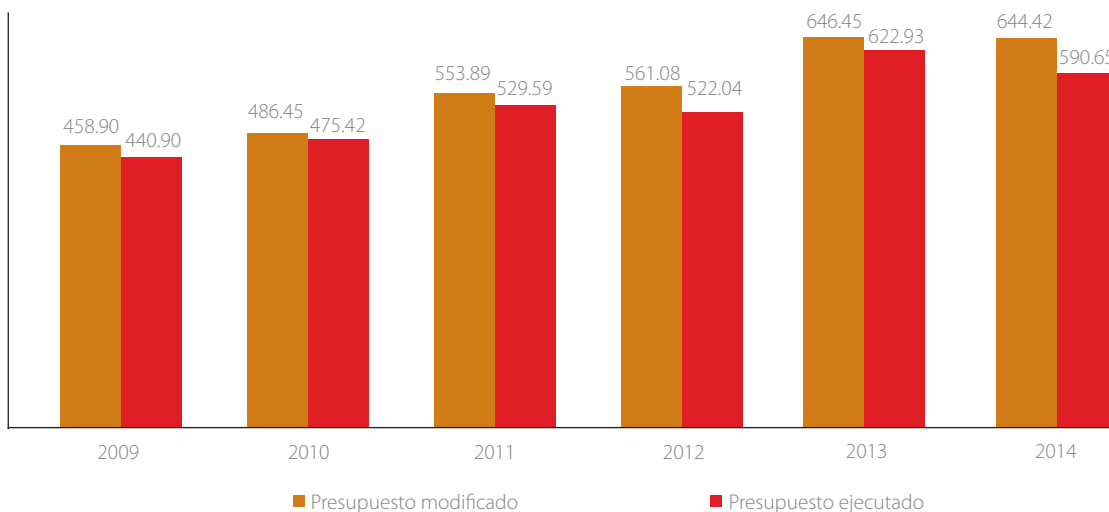
En la GRÁFICA 11 se presenta el presupuesto modificado y su ejecución durante el período 2009-2015, que ha mantenido porcentajes de ejecución que superan el 90 %. Considera todas las fuentes de financiamiento que componen el presupuesto e incluye el rubro de inversión.

En cada ejercicio fiscal se experimentan modificaciones presupuestarias que pueden incrementar o disminuir las asignaciones votadas (\$ 615.78). Como resultado de dichas modificaciones, en el ejercicio fiscal

2014 reflejó un incremento neto de \$ 28.64 millones, considerando todas las fuentes de financiamiento, para un monto de cierre al final del año de \$ 644.42 millones.

Según se muestra en la Tabla 5, el incremento neto al presupuesto ordinario fue de \$ 5.61 millones, que elevó dicho presupuesto a \$ 591.92 millones al final del ejercicio fiscal. Esta variación se explica, principalmente, por incorporaciones al presupuesto de fondos provenientes del Fondo para Atención de Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito, FONAT, con cargo al Fondo General, e incorporación de donaciones de organismos internacionales, tales como el Fondo de Apoyo Programático-FOCAP y Japón.

GRÁFICA 11. PRESUPUESTO MODIFICADO Y EJECUTADO DEL MINSAL, INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN MILLONES DE US\$). PERIODO 2009-2014.



GRÁFICA 11. PORCENTAJE DE PRESUPUESTO EJECUTADO

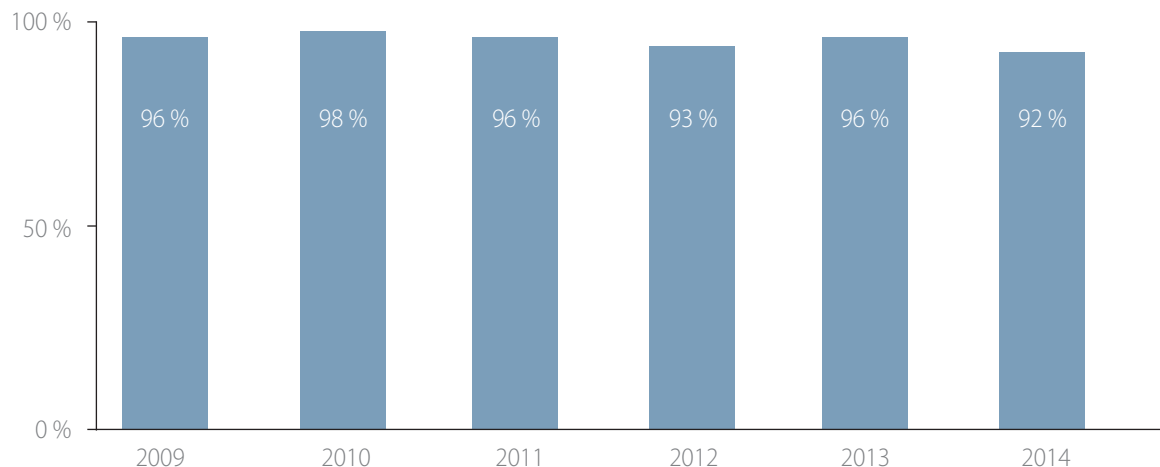


TABLA 5. EJECUCIÓN PRESUPUESTO MINSAL POR UNIDAD PRESUPUESTARIA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014

UNIDADES PRESUPUESTARIAS	PRESUPUESTO VOTADO	MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUTADO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
	1	2	3=(1+2)	4	5= (4/3)
01 Dirección y administración institucional	23.50	41.67	65.17	63.00	96.7 %
02 Primer Nivel de Atención	173.86	-20.12	153.74	151.88	98.8 %
03 Programa Ciudad Mujer	1.18	0.03	1.21	1.20	99.1 %
04 Programa Atención Integral al Veterano/a de Guerra	3.48	-0.02	3.46	3.28	94.9 %
05 Programa Territorios de Progreso	0.00	0.33	0.33	0.26	77.0 %
06 Financiamiento de gastos imprevistos	1.02	-1.02	0.00	0.00	0.0 %
07 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	325.29	-21.43	303.86	301.57	99.2 %
08 Desarrollo de la inversión	11.58	1.12	12.70	8.15	64.2 %
09 Programa Integrado de Salud (PRIDES), préstamo BID n.º 2347/OC-ES	16.60	0.00	16.60	15.48	93.3 %
10 Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública, préstamo BIRF n.º 8076-SV	25.40	0.00	25.40	3.27	12.9 %
11 Iniciativa Salud Mesoamérica 2015-El Salvador	2.40	0.00	2.40	1.35	56.3 %
12 Fondo de Desarrollo Social de Japón	1.41	1.20	2.62	1.73	66.1 %
13 Unidad Coordinadora de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional-CONASAN	0.60	0.07	0.67	0.36	54.4 %
14 Fondo Común de Apoyo Programático, FOCAP	0.00	0.95	0.95	0.66	69.3 %
15 Fondo para Atenciones de Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito-FONAT	0.00	2.84	2.84	2.80	98.6 %
Sub Total presupuesto ordinario	586.31	5.61	591.92	554.96	93.8 %
51 Mejoramiento de la red de establecimientos de salud (Fondos PEIS)	0.00	17.90	17.90	8.36	46.7 %
81 Comercialización de productos y prestación de servicios FAE-MINSAL	3.91	0.00	3.91	2.41	61.6 %
Recursos propios	14.91	2.91	17.82	15.49	86.9 %
Donaciones extrapresupuestarias	10.65	2.21	12.86	9.42	73.3 %
Subtotal presupuesto extraordinario y otras fuentes de financiamiento	29.47	23.02	52.50	35.68	68.0 %
Total presupuesto del ramo	615.78	28.64	644.42	590.64	91.7 %

Incluye todas las fuentes de financiamiento.

Fuente: Unidad Financiera Institucional.

Es importante aclarar que el incremento en las asignaciones de Secretaría de Estado-01 Dirección y Administración Institucional (\$ 41.67 millones) corresponde a los recursos que fueron ejecutados de manera centralizada para financiar la compra conjunta de medicamentos y vacunas.

En cuanto al Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS), rubro 51: Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud, en el transcurso del ejercicio fiscal 2014 se incorporó el monto de \$ 17.9 millones destinado al mejoramiento de la red de establecimientos del MINSAL.

En cuanto a la ejecución del presupuesto, según los datos que refleja la TABLA 6, las Unidades Presupuestarias 01, 02, 03, 04 y 07 alcanzaron un porcentaje de ejecución de casi el 100 % en relación con el presupuesto asignado, que corresponde a las unidades de Secretaría de Estado, Primer Nivel de Atención, Ciudad Mujer, Programa de Veteranos y las instituciones adscritas al ramo.

La Unidad Presupuestaria 08-Desarrollo de la Inversión, en donde se incluyen los recursos dirigidos a la construcción y equipamiento del Hospital de Maternidad y tres proyectos para el Instituto Salva-

doreño de Rehabilitación Integral, ISRI, reflejan una ejecución del 64.2 %.

En la Unidad Presupuestaria 09-Programa Integrado de Salud (PRIDES), Préstamo BID n.º 2347/OC-ES, se alcanzó un porcentaje de ejecución del 93.3 %, lo que el proyecto se encuentra en su fase final. Además, con los recursos asignados del Fondo para Atenciones de Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito-FONAT (Unidad Presupuestaria 15), se alcanzó un porcentaje del 98.6 %.

La ejecución por los principales tipos de gasto que se muestra en la TABLA 6 indica que el porcentaje de ejecución para las remuneraciones alcanzó el 99.32 %; de igual forma, en medicamentos e insumos se ejecutó el 94.98 % y el 90.24 %, respectivamente.

El presupuesto modificado total del MINSAL, a febrero de 2015, considerando todas las fuentes de financiamiento, es de \$ 643.47 millones.

El presupuesto está conformado por el presupuesto ordinario (\$ 615.68 millones) más el presupuesto proveniente de otras fuentes de financiamiento, como donaciones extrapresupuestarias, recursos propios de hospitales y el Fondo de Actividades Especiales, FAE, que en total ascienden a \$ 27.79 millones, según se detalla en la TABLA 7.

TABLA 6. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL MINSAL 2014, SEGÚN TIPO DE GASTO, INCLUYE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN MILLONES US\$)

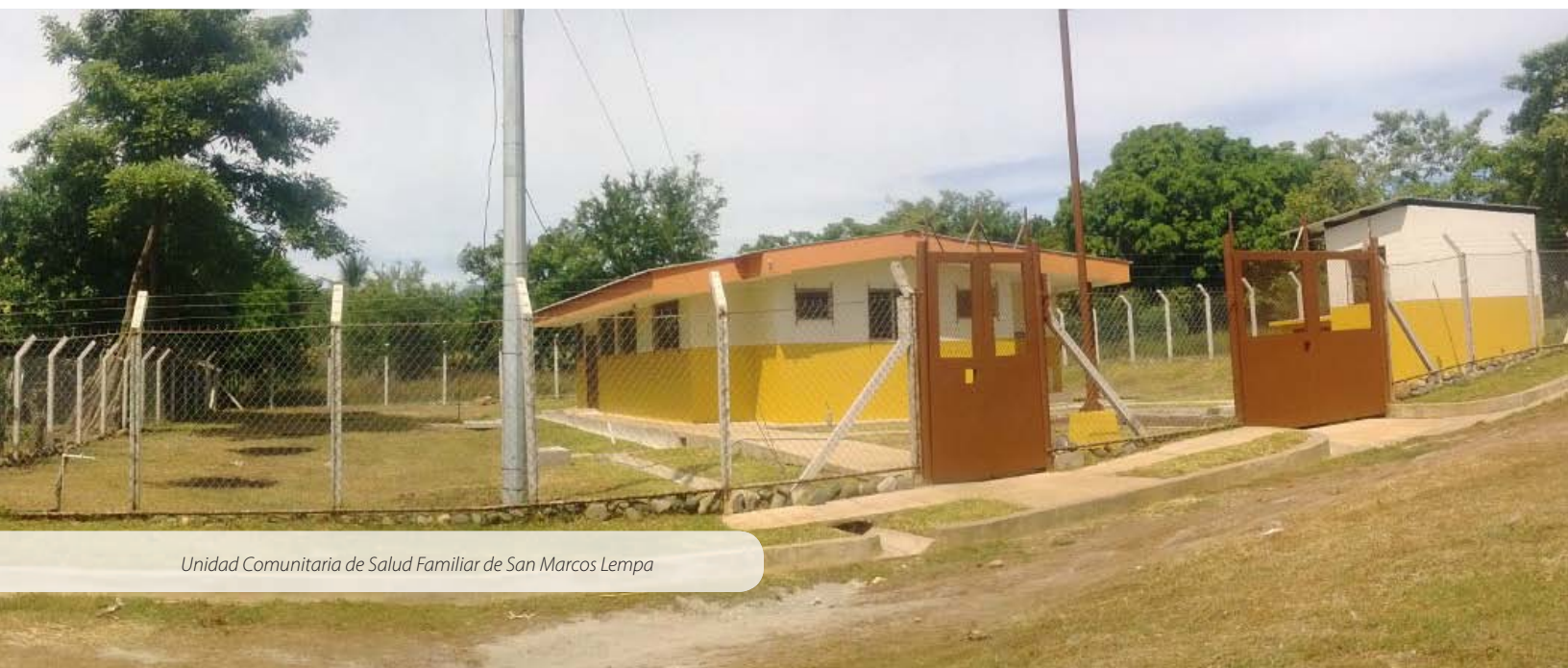
DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUCIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
Remuneraciones	387.9	385.3	99.3 %
Productos farmacéuticos y medicinales	47.4	45.0	95.0 %
Insumos médicos	33.5	30.2	90.2 %
Vacunas para humanos	15.9	12.2	76.7 %
Alimento para pacientes	7.4	7.0	94.6 %
Combustibles y lubricantes	6.0	5.8	96.7 %
Servicios básicos	13.6	13.5	99.3 %
Mantenimiento y reparación de bienes muebles, inmuebles y vehículos	5.2	4.8	92.3 %
Arrendamiento de bienes muebles e inmuebles	4.8	4.3	89.6 %
Inversiones en activos fijos	71.2	39.0	54.8 %
Otros gastos	51.6	43.5	84.3 %
Total general	644.4	590.6	91.6 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL

TABLA 7. PRESUPUESTO MODIFICADO 2015-MINSAL, POR UNIDAD PRESUPUESTARIA.

UNIDAD PRESUPUESTARIA	PRESUPUES- TO APROBA- DO	MODIFICACIO- NES PRESU- PUESTO	PRESUPUES- TO MODIFI- CADO	PORCENTAJE CON RELACIÓN AL PRESUPUESTO TOTAL
	1	2	3=(1+2)	
01 Dirección y administración institucional	50.07	39.16	89.23	13.87 %
02 Primer Nivel de Atención	185.99	-18.87	167.12	25.97 %
03 Programa Ciudad Mujer	1.26	--	1.26	0.20 %
04 Programa Atención Integral al Veterano/a de Guerra	3.49	--	3.49	0.54 %
05 Programa Territorios de Progreso	0.31	--	0.31	0.05 %
06 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	340.58	-20.29	320.29	49.77 %
07 Desarrollo de la inversión	0.60	--	0.60	0.09 %
08 Programa Integrado de Salud (PRIDES), préstamo BID n.º 2347/OC-ES	4.08	--	4.08	0.63 %
09 Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública, préstamo BIRF n.º 8076-SV	26.00	--	26.00	4.04 %
10 Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 - El Salvador	1.27	--	1.27	0.20 %
11 Fondo de Desarrollo Social de Japón	0.80	--	0.80	0.12 %
12 FOCAP Comunidades Solidarias	1.25	--	1.25	0.19 %
Subtotal presupuesto ordinario 2015	615.68	.00	615.68	95.7 %
81 Comercialización de productos y prestaciones de servicios FAE-MINSAL	3.97	--	3.97	0.62 %
Recursos propios	15.44	--	15.44	2.40 %
Donaciones extrapresupuestarias	8.09	0.29	8.39	1.30 %
Subtotal presupuesto extraordinario y otras fuentes de financiamiento	27.50	.29	27.79	4.3 %
Total general	643.18	0.29	643.47	100.00 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional



Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Marcos Lempa

TABLA 8. PRESUPUESTO ORDINARIO DE INVERSIÓN 2015, POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y UNIDAD PRESUPUESTARIA (EN MILLONES DE US\$)

NOMBRE DEL PROYECTO	FUENTE FINANCIAMIENTO	MONTO (P)	PORCENTAJE
Desarrollo de la inversión	Fondo General	0.60	1.8 %
Programa Integrado de Salud (PRIDES), préstamo BID n.º. 2347/OC-ES	Préstamo (BID)	4.08	12.0 %
Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública, préstamo BIRF n.º 8076-SV	Préstamo BIRF	26.00	76.5 %
Iniciativa Salud Mesoamérica 2015- El Salvador	Donación - BID	1.27	3.7 %
Fondo de Desarrollo Social de Japón	Donación - Japón	0.80	2.3 %
Focap Comunidades Solidarias	Donación -FOCAP	1.25	3.7 %
Sub total Fondo General		0.60	1.8 %
Sub total prestamos externos		30.08	88.5 %
Sub total donaciones		3.31	9.7 %
Total Inversión		34.00	100.0 %

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MINSAL

(p): Para el año 2015, se presenta el presupuesto modificado a febrero.

Según se muestra en la TABLA 7, el 49.77 % del total de presupuesto asignado está concentrado en la unidad presupuestaria 06 Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades, que incluye las subvenciones dirigidas a la red de hospitales nacionales (30) y otras entidades autónomas (Cruz Roja Salvadoreña, Hogar de Ancianos Narcisa Castillo e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación), FOSALUD y los subsidios otorgados a diversas entidades de asistencia social.

Para la secretaría de Estado, el incremento que se reporta corresponde a las asignaciones que se trasladan del presupuesto de regiones y hospitales, para

financiar la compra conjunta de medicamentos y vacunas, con lo cual se obtienen economías de escala.

El presupuesto de inversión del ministerio asciende a \$ 34.0 millones, que está compuesto por diferentes fuentes de financiamiento, como Fondo General, préstamos externos y donaciones. En la TABLA 8 se presentan los recursos destinados a financiar las inversiones de esta cartera de estado.

En la TABLA 8, el 88.5 % del financiamiento de la inversión contemplada en el presupuesto ordinario de 2015 procede de préstamos externos, el 9.7 % de donaciones y el 1.8 % del Fondo General.

SITUACIÓN DE SALUD



*Dos generaciones unidas en un mismo sueño:
salud gratuita y de calidad.*

En el siguiente subcapítulo la situación de salud en el Salvador desde una perspectiva integral y no como mera descripción de cifras de fallecidos y enfermos; por ello hace un abordaje desde la determinación social de la salud, para comprender mejor porqué y de qué enfermamos y morimos..

Los informes que tradicionalmente publican los ministerios de salud casi siempre se limitan a dar cuenta de los enfermos y los muertos, así como de sus entidades causales, y en los casos más afortunados, a identificar los factores que de manera más inmediata guardan relación con estas enfermedades y muertes. Sin embargo, este enfoque resulta insuficiente para explicar de modo satisfactorio ciertas condiciones del entorno social que inciden en la situación de salud de los habitantes y determinan importantes diferencias en cuanto al nivel de vulnerabilidad y respuesta de algunos grupos humanos ante una misma amenaza a la salud. Solo así se explica con más claridad el hecho de que poblaciones condicionadas por diferencias socioeconómicas y culturales muestren patrones sustancialmente distintos en la afectación de su salud relacionadas con las condiciones en que crecen, viven, trabajan y envejecen.

Bajo este enfoque se vuelve decisivo entender la importancia y la oportunidad de transformación que nos ofrece la **determinación social de la salud**,¹ propuesta desde la década de 1970 al interior del movimiento por las reformas de salud, de la medicina social y la salud colectiva de América Latina, que promueve la autosostenibilidad y soberanía de los países, la reducción de las inequidades entre los países, así como entre los habitantes, además de modelos de epidemiología crítica que las evidencien.

La Reforma de Salud, iniciada en 2009 y profundizada en el primer año del segundo gobierno del cambio, responde al imperativo de garantizar a la población el derecho humano a la salud y trabaja en todas sus áreas para cumplir con equidad y calidad este cometido. Y aun con todos sus aciertos, la verdadera esencia de la Reforma de Salud no podrá manifestarse en el buen vivir de las personas si sus propósitos se circunscriben a la lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual (que siguen siendo vitales), sino también, y fundamentalmente, debe identificar las inequidades y las condiciones que determinan cuáles son las causas de las enfermedades y de las muertes, así como señalar los caminos para que la población tenga cada vez más posibilidades de disfrutar vidas largas, saludables y productivas. En ese tenor, se asumen como sus principios fundamentales: la soberanía de los pueblos para producir los bienes de los que depende la vida, la renovación permanente de las rela-

ciones sociales solidarias, el respeto por la naturaleza, los espacios de trabajo y los recursos como el agua, el aire y los alimentos.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Según la Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM) del año 2013, la población total del país fue de 6 401 240 habitantes, distribuidas en los 21 040 km² con los que cuenta el territorio nacional, con una densidad poblacional de 304 habitantes por km². El 62 % (3 968 769 habitantes) vive en el área urbana y el resto, en el área rural; lo anterior indica que la mayor parte de la población se encuentra en el área urbana del país. Cabe destacar que el área metropolitana de San Salvador (AMSS) alberga el 27.5 % del total de habitantes del país.

De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano de 2014, El Salvador ocupa el puesto 115 de un total de 187 países en el valor del Índice de Desarrollo Humano, y está catalogado como un país de renta media baja.² El 56.2 % de la población es menor de 30 años, mientras que solamente el 11 % tiene más de 60 años (adultos mayores), lo que facilita la renovación generacional en los ámbitos productivos y de la sociedad en general, fenómeno demográfico conocido como bono poblacional, en el que la proporción de los dependientes es menor que las edades laborales. Esto se convierte en una oportunidad de invertir en los adolescentes y trabajadores jóvenes para el desarrollo de sus capacidades y competencias, pues el bono poblacional ha traído a mediano plazo grandes beneficios a las economías de los países que lo han experimentado.³

Las mujeres representan el 52.6 % de la población total del país, lo que establece una relación de 90 hombres por cada 100 mujeres, es decir, un índice de masculinidad de 0.9:1; en la zona urbana, este índice es de 0.86, y en la rural, de 0.96.

Aunque en los últimos años hay una clara tendencia a la reducción, aún persisten inequidades en el acceso a oportunidades educativas por diferencias de género y en el nivel de bienestar material entre habitantes del área urbana y del área rural. En 2013, la EHPM reveló que 615 283 personas de más de 10 años no saben leer ni escribir, lo que representa una

1. ALAMES, Cebes. *El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud*. Documento de posición conjunto. Oct. de 2011; (1):2-3.

2. http://www.sv.undp.org/content/el_salvador/es/home/presscenter/pressreleases/2014/07/24/el-salvador-mantiene-su-desempeño-en-el-índice-de-desarrollo-humano.html

3. Transición y Bono Demográfico en El Salvador www.unfpa.org/sv/dmdocuments/taller7-bono-demografico-els.ppx

tasa de analfabetismo (calculada con la población de 10 años o más) de 11.8 % a nivel nacional (7.3 % mujeres y 4.5 % hombres). En el área urbana, la tasa de analfabetismo es de 7.6 % (5.2 % mujeres y 2.4 % hombres), mientras que en el área rural es del 18.9 % (11.0 % mujeres, 7.9 % hombres). En relación al sexo, las tasas específicas de analfabetismo fueron a nivel nacional de 13.7 % mujeres y 9.6 % hombres; en el área urbana, de 9.5 % mujeres y 5.3 % hombres; y en el área rural, de 21.2 % mujeres y 16.5 % hombres. Los departamentos de La Unión, Morazán, San Miguel y Cabañas son los que registran las tasas más altas de analfabetismo.

De la misma forma, existen evidencias de que tales brechas han empezado a reducirse progresivamente gracias al aumento de la tasa de supervivencia en educación primaria, que pasó del 66 % en 2000 a 84 % en la actualidad, una diferencia significativamente positiva de 18 puntos porcentuales. Además, se han declarado 21 municipios libres de analfabetismo y una zona territorial (zona protegida, Montecristo-El Salvador), que cuentan con más del 96 % de la población alfabetizada.

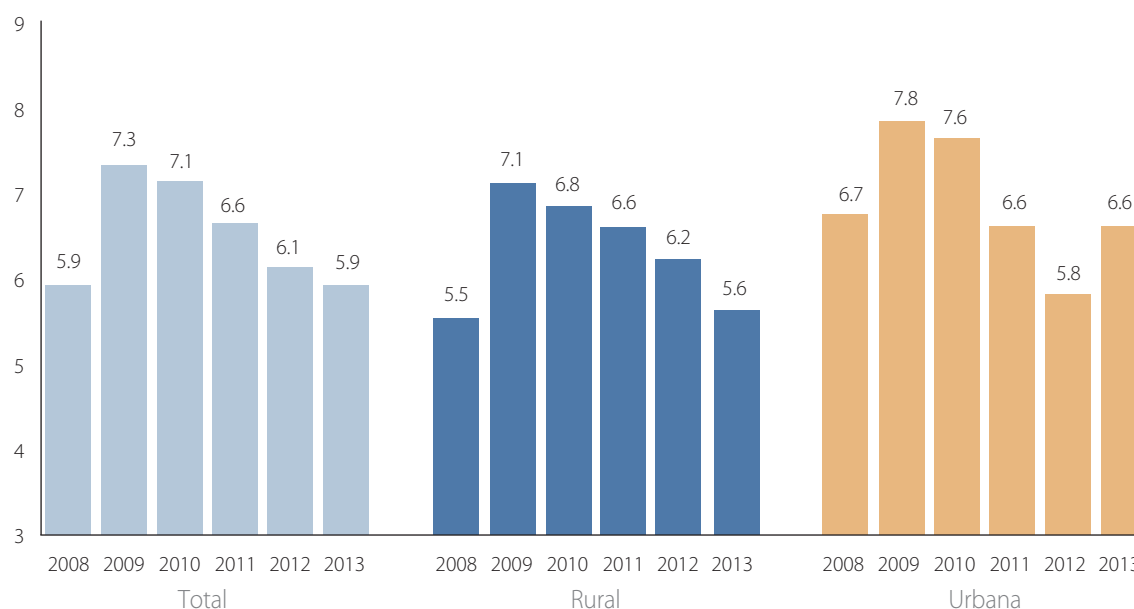
LA INEQUIDADES EN SALUD

Como puede observarse en la GRÁFICA 1, en 2013 se encontraban en situación de desocupación 160 015

personas en todo el país, lo que representa una tasa de desempleo de 5.9 % nacional (urbana 5.6 %, rural 6.6 %); mientras que en el AMSS la tasa de desempleo se ubicó en alrededor del 6.8 %. Resulta evidente que el desempleo total se ha reducido notablemente desde 7.3 % de desempleados en población económicamente activa en 2009 (PEA > 16 años o más) hasta 5.9 % en 2013; también es relevante el hecho de que la reducción ha ocurrido predominantemente en el área urbana, la cual pasó de 7.1 % a 5.6 %, mientras que en el área rural los porcentajes de desempleo son mayores, y su tendencia no desciende permanentemente, aunque el último año registró un 6.6 %.

De acuerdo con el último reporte del Índice de Desarrollo Humano (IDH), elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en El Salvador solo uno de cada cinco trabajadores tiene un empleo formal, situación que se ha mantenido relativamente igual a lo largo de la última década. Esto indica que no estar desempleado de forma abierta no significa necesariamente que se esté plenamente empleado o que se tenga empleo que garantice tres condiciones básicas, para convertirse en herramienta que construya progreso: ofrecer una remuneración justa, dar protección social para el trabajador y su familia, y garantizar condiciones de seguridad.

GRÁFICA 1. TENDENCIA DE DESEMPLEO EN EL SALVADOR, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA, 2008-2013.



Fuente: Resultados de Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM), varios años. MINEC/DIGESTYC.

Según la EHPM 2013, en El Salvador la cantidad de hogares es de 1 667 556. Según el tipo de tenencia de la vivienda, la mayor proporción de familias (94.0 %) posee casa propia; el 1.7 % alquila una pieza en casa; el 1.9 % habita en pieza de mesón; el 0.7 % vive en casa improvisada; mientras que el 1.8 % habita en apartamento, condominio, rancho y otros. Los materiales de construcción predominantes en las paredes de las viviendas, a nivel nacional, son concreto mixto (72.5 %) y adobe (15.7 %), y una cantidad reducida es de bahareque, madera, lámina metálica, paja, palma o materiales de desecho (11.9 %). En cuanto a los materiales del piso de las viviendas, predomina el ladrillo de cemento (42.9 %), seguido del piso de cemento (23.4 %), a nivel nacional; para el área urbana, casi tres cuartas partes (72.3 %) de los hogares habitan en viviendas con piso de cemento o de ladrillo de cemento, mientras que en el área rural estas condiciones se reducen a solo un 30.8 %.

Según datos de la Encuesta de Movilidad Social (PNUD y ESEN, 2013), la población rural tiene menos oportunidades de mejorar su vivienda que población de la zona urbana (44 % versus 61 %).

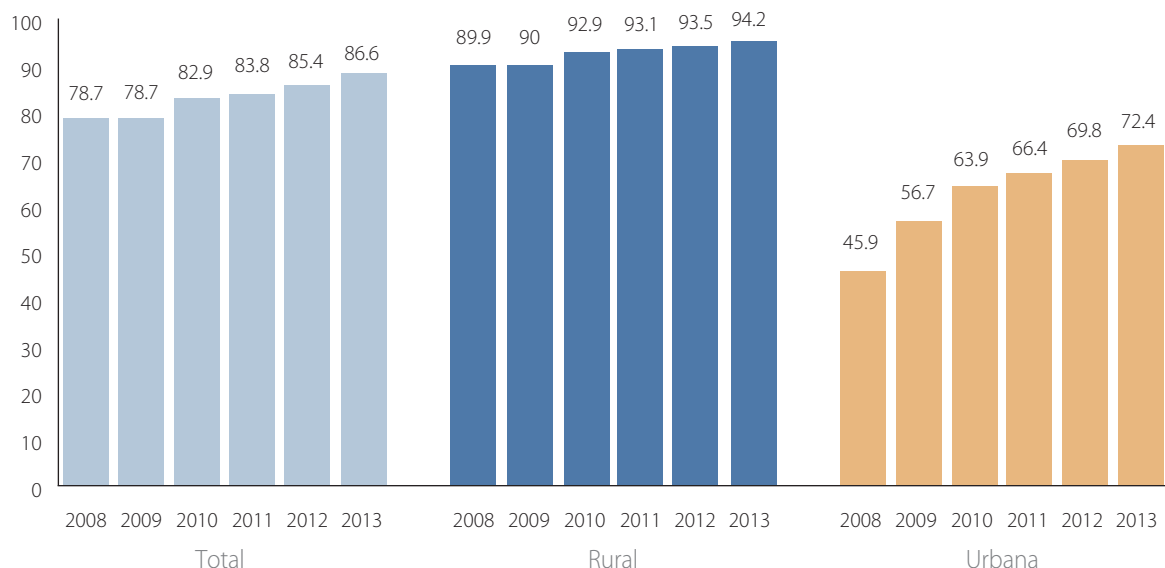
Estas y otras inequidades descritas, derivan en permanente migración desde el interior del país hacia asentamientos urbanos precarios, cuyas condiciones materiales de vida deprimidas se convierten en el sustrato directo de un conjunto de enfermedades

infecciosas, tales como parasitismo intestinal, dermatosis, diarreas y gastroenteritis agudas, mal de Chagas, entre otras.

En cuanto al alumbrado eléctrico, el 95 % de los hogares cuenta con acceso a este servicio (que incluye electricidad y conexión eléctrica del vecino). Siguen, por orden de importancia, los hogares que utilizan velas (2.6 %), gas keroseno (1.5 %) y otros tipos de combustión o iluminación (0.8 %). Los hogares que cuentan con acceso al servicio de agua por cañería (que incluye cañería dentro y fuera de la vivienda, cañería del vecino, pila, chorro público o cantarera, chorro común y acarreo de cañería del vecino) suman el 86.6 %, a nivel nacional; los que se abastecen con agua de pozo representan el 7.8 %, y quienes se abastecen por otros medios (incluye ojo de agua, río o quebrada, camión, carreta o pipa, manantial protegido y no protegido, colecta agua lluvia y otros medios) son el 5.9 %. Los hogares en viviendas con tenencia de agua por cañería (que incluye: cañería dentro y fuera de la vivienda) son el 76.5 %.

Como puede observarse en la GRÁFICA 2, en el último quinquenio se ha trabajado mucho para mejorar el acceso a agua por cañería en los hogares salvadoreños; sin embargo, entre las áreas rurales y las urbanas persisten todavía graves desigualdades. En 2013, por ejemplo, la brecha del área rural con respecto al promedio nacional fue de 14 %, mientras

GRÁFICA 2. TENDENCIA DE HOGARES CON ACCESO A AGUA POR CAÑERÍA EN EL SALVADOR, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA, 2008-2013.



Fuente: Resultados de Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM) varios años. MINEC/DIGESTYC.

que al comparar la diferencia entre las áreas urbana y rural, la desigualdad asciende a 22 % (de 94.2 a 72.4).

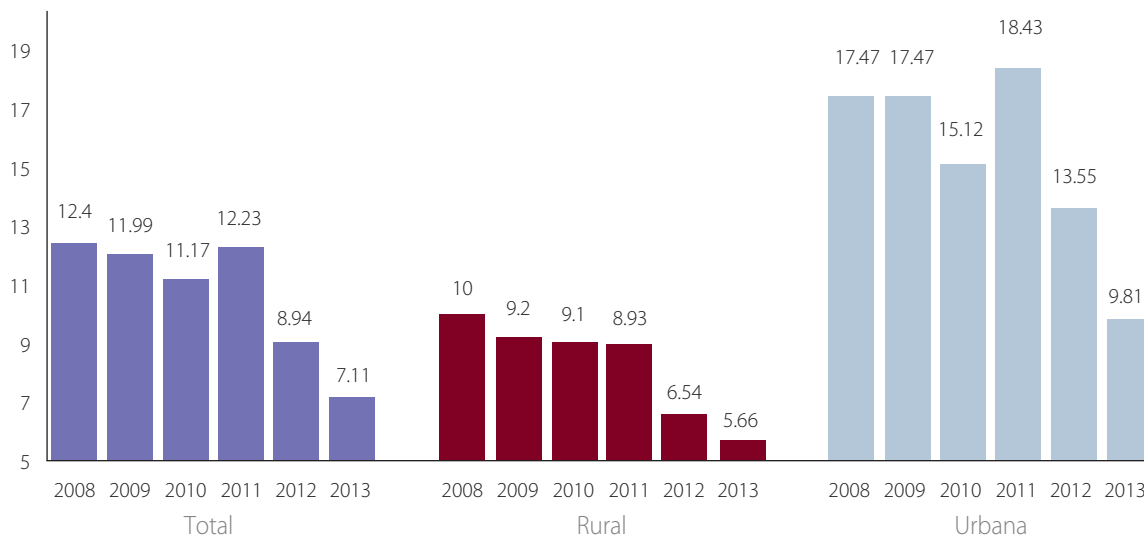
Ante esta realidad, el MINSAL promueve el ejercicio pleno del derecho a un consumo digno de agua potable, por ser un factor protector contra múltiples enfermedades, sobre todo las involucradas directamente en su cadena de transmisión (diarreas, gastroenteritis, parasitismo). El Boletín Epidemiológico semanal institucional ha reportado que en el primer semestre de 2015 se verificaron descensos en todas las enfermedades sujetas a vigilancia obligatoria, con excepción de las gastroenteritis agudas y las diarreas, que incrementaron un 30 % con relación al año pasado durante el mismo periodo. Asimismo, la deficiencia en el consumo de agua en calidad y cantidad es un sustrato para las enfermedades que requieren de un vector para su transmisión, como en el caso de las enfermedades zoonóticas (dengue, chikunguña, malaria, entre otras), en las que la carencia del vital líquido obliga a la población a comprar, almacenar y disponer el agua en múltiples depósitos al interior de su domicilio, perpetuando un círculo vicioso de pobreza, más gasto de los escasos recursos económicos, enfermedad y muerte.

En 2013, el ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional fue de \$ 556.16. La diferencia

por áreas continúa siendo marcada: en la zona urbana, se ha registrado un incremento desde \$ 570.68 en 2010 hasta \$ 660.9 en 2013; mientras que en el área rural los ingresos han variado de \$ 304.75 a \$ 361.82 en el mismo periodo, estableciéndose para 2013 una brecha de 35 % menos respecto del promedio nacional y de 54 % con respecto a las áreas urbanas.

Siempre durante el año en cuestión, el 29.6 % de los hogares se encontraba en pobreza; de estos, el 7.1 % había caído en pobreza extrema y el 22.5 %, en pobreza relativa. Aun cuando estos niveles de pobreza aun deben de mejorarse sustancialmente, es importante destacar que hubo una disminución de poco más de 10 puntos porcentuales en el índice de pobreza en El Salvador entre 2008 y 2013 (40 % en 2008 a 29.5 % para 2013). La reducción, contrario a lo que históricamente había ocurrido, fue considerablemente mayor en el área rural, que bajó de 49 % a 35.98 % en el mismo periodo, con una reducción general de 13 puntos, mientras que para el área urbana la reducción fue de 9.5 %. Gracias a las múltiples iniciativas gubernamentales para reducir las inequidades socioeconómicas, se evidenció similar comportamiento en el rango de pobreza extrema (GRÁFICA 3), cuyo valor en el área rural se desplomó casi 8 puntos desde 2008 hasta 2013, mientras que en el área urbana ocurrió una reducción de 4.34 %.

GRÁFICA 3. TENDENCIA DE HOGARES EN CONDICIÓN DE POBREZA EXTREMA EN EL SALVADOR, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA. 2008-2013.

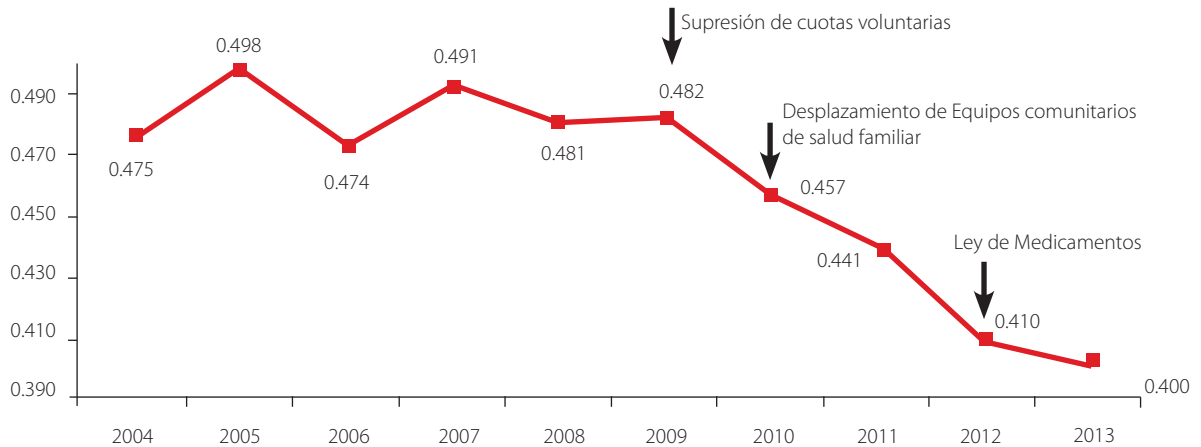


Fuente: Resultados de Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM) varios años. MINEC/DIGESTYC.



La salud se construye en la comunidad. Visita domiciliar de promotor de salud.

GRÁFICA 4. COEFICIENTE DE CONCENTRACIÓN DE INGRESO (GINI)



Fuente: Resultados de Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM) varios años. MINEC/DIGESTYC.

Todo lo anterior sugiere que las políticas públicas y sanitarias emprendidas en 2009 a partir de la Reforma de Salud han comenzado a cerrar progresivamente las brechas socioeconómicas endémicas en El Salvador, tal como se refleja en la reducción del coeficiente de GINI, indicador de la desigualdad social, que registró un descenso de 0.4809 en 2008 a 0.400 para finales de 2013⁴.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

4. El coeficiente de GINI mide la desigualdad de ingresos, en la que un valor de 1 representa la concentración completa de los ingresos de un país en una sola persona y un valor de 0, la concentración equitativa entre todos sus habitantes.

una imagen más precisa del perfil de salud y enfermedad de la población salvadoreña, lo que se traduce en permanente vigilancia y constante análisis para la emisión de alertas tempranas. En este panorama, es posible ahora contar con información oportuna acerca del ingreso de nuevas enfermedades y del peligro inminente de la entrada de otras que son incluso de alerta mundial.

Morbilidad general

Durante 2014 se brindaron 13 450 020 de consultas ambulatorias, de las cuales 3 045 411 (22.6 %) fueron preventivas. En Cabañas, Cuscatlán, Ahuachapán, Sonsonate, Morazán, La Libertad y La Paz, el porcentaje de atenciones preventivas fue superado en más del 25 %.

TABLA 1. PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINSAL, ENERO A DICIEMBRE 2014

GRUPO DE CAUSAS	MASCULINA	FEMENINA	TOTAL
1. Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	508 753	710 715	1 219 475
2. Hipertensión esencial (primaria)	171 681	575 377	747 058
3. Faringitis aguda y amigdalitis aguda	234 239	341 557	575 797
4. Otras enfermedades del sistema urinario	121 809	406 324	528 133
5. Diabetes mellitus	90 349	303 082	393 431
6. Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	115 794	276 636	392 443
7. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	99 901	190 327	290 229
8. Diarrea de presunto origen infeccioso	121 198	152 984	274 184
9. Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	101 827	160 767	262 597
10. Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	151 551	100 675	252 226
Demás causas	1 739 218	3 729 780	5 469 050
Totales	3 456 320	6 948 224	10 404 623

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Vía Web (SIMMOW).

El evento de salud pública más relevante en 2014 fue la fiebre chikunguña, cuyos primeros casos se detectaron en la semana epidemiológica 24 (junio de 2014). Al final del 2014, se contabilizaban 167 001 casos, 3662 ingresos en todo el país y 6 muertes. Los fallecidos padecían también enfermedades concomitantes.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Estas enfermedades constituyen uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud; las principales

razones son: el elevado número de personas afectadas, su creciente contribución a la mortalidad general, la proporción que representa la carga de discapacidad prematura poblacional, lo complejo de su abordaje y elevados costos de tratamiento y medidas de rehabilitación.

Para 2014, las consultas por enfermedades crónicas en general mostraron incremento en comparación con los datos reportados en 2013. Este incremento condujo a fortalecer las medidas de prevención y la capacidad instalada en los establecimientos de salud. La red de hospitales del MINSAL registró un incremento de 4 % en las ECNT en comparación con

El bombardeo publicitario no regulado de los comercializadores de comida chatarra induce desde temprana edad al consumo de dietas hiperproteicas e hipercalóricas y el sedentarismo. Adicionalmente, los altos niveles de estrés generados por la violencia social y la ausencia de espacios de esparcimiento en las áreas urbanas, han producido múltiples efectos negativos en la salud, tales como obesidad, arterioesclerosis, diabetes, hipertensión arterial, entre otras. Dicha situación quedó evidenciada en la Encuesta nacional de salud MICS 2014, en la que se reporta un incremento de casos de sobrepeso en niños menores de 5 años de 4 % en 2008 a 6 % en 2014.

los reportados en 2013. El 45 % se concentró en el grupo de 20 a 59 años de edad, seguidas del grupo de 0 a 9 años, con un 25 %, y los de 10 a 19 años, junto con adultos mayores, ambos con un 15 %. La

red de hospitales, además de atender a la población salvadoreña, brindó atención a extranjeros, principalmente provenientes de Honduras y Guatemala, que corresponde a un 1.1 % (4391 egresos).

TABLA 1. CONSULTAS, HOSPITALIZACIONES Y DEFUNCIONES POR ECNT, ENERO A DICIEMBRE 2014

	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN	ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR	ENFERMEDAD RENAL	CÁNCER	ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	TOTAL
Consultas	414 459	842 414	22 142	6 454	41 322	52 127	200 332	1 579 250
Hospitalizaciones	11 642	6 123	2 206	2 471	6 511	8 506	7 968	45 427
Fallecidos	634	585	523	488	706	864	245	4 045
Letalidad	5.4 %	9.6 %	23.7 %	19.7 %	10.8 %	10.2 %	3.1 %	8.9 %

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

La hipertensión arterial y la diabetes son las principales ECNT por las que se consulta en la red de establecimientos y representan el 80 % de la demanda total; la mayor demanda de ingresos hospitalarios es por diabetes, seguida de cáncer y enfermedades

crónicas de las vías respiratorias inferiores, lo que representa el 62 % de los ingresos.

Aun cuando la enfermedad renal crónica fue causa de solo un 3 % de consultas externas, significó un 14 % de todos los ingresos en 2014.

TABLA 3. PRIMERAS 10 CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS DEL MINSAL, ENERO A DICIEMBRE DE 2014

GRUPO DE CAUSAS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL EGRESOS
1. Parto único espontáneo	-	51 591	51 591
2. Otras complicaciones del embarazo y del parto	-	24 169	24 169
3. Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	-	22 447	22 447
4. Neumonía	7 364	6 092	13 456
5. Diabetes mellitus	4 090	7 552	11 642
6. Diarrea de presunto origen infeccioso	5 642	5 260	10 903
7. Enfermedades del apéndice	5 089	4 648	9 737
8. Otras enfermedades del sistema urinario	3 089	5 394	8 483
9. Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	5 780	1 908	7 688
10. Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	3 849	3 726	7 579
Demás causas	101 289	125 761	227 071
Totales	136 192	258 548	394 766

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).



Protegiendo a la niñez de virus y bacterias, vacunando casa por casa.

La relación de egresos por sexo es de 1.9 mujeres por cada hombre. El 25 % de las hospitalizaciones fueron por atención materna. Los departamentos de San Salvador (17.4 %), San Miguel (11.0 %), Santa Ana (9.6 %) y Usulután (9.6 %) constituyen el 47.6 % de los egresos atendidos en la red de hospitales.

Nacidos vivos

Durante el año 2014 se registraron 95 112 nacidos vivos, de los cuales 83 656 ocurrieron en la red de establecimientos del MINSAL (87.95 %) y 11 456 corresponden

al Hospital Primero de Mayo del ISSS (12.05 %). La distribución por sexo correspondió a 50.77 % niños (48 288 NV) y 49.16 % niñas (46 762 NV) y 0.07 % indeterminado (62 NV). De estos nacimientos, el 47.25 % correspondió al área urbana (44 944 NV) y 49.16 % al área rural (50 168 NV). Los datos incluyen los nacidos vivos de otras nacionalidades que nacen en El Salvador.

Del total de 83 656 nacidos vivos reportados por la Red del MINSAL, 83 014 ocurrieron a nivel hospitalario (99 %) y 642 en el nivel extrahospitalario (1 %).

TABLA 4. NACIDOS VIVOS, TOTAL N.V. CON PESO MENOR DE 2500 GRAMOS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSAL E ISSS 1.º DE MAYO, POR DEPARTAMENTO, AÑO 2014

DEPARTAMENTO	TOTAL NACIDOS VIVOS	TOTAL PESO MENOR DE 2500 g	% DE BAJO PESO AL NACER
San Vicente	2842	327	12
Santa Ana	7271	807	11
Ahuachapán	5732	604	11
San Salvador	21 722	2248	10
La Libertad	11 009	1115	10
Sonsonate	7286	729	10
La Paz	5189	511	10
Cuscatlán	3872	371	10
San Miguel	7240	659	9
Chalatenango	3270	307	9
Morazán	3490	279	8
Cabañas	3243	268	8
Usulután	6857	499	7
La Unión	4788	341	7
Total El Salvador, MINSAL e ISSS 1.º de Mayo	93 811	9065	10
Otros países de la región	1301	118	9
Total El Salvador más otros países	95 112	9183	10
ISSS	11 456	1445	13
Red de Establec. Hosp. MINSAL	83 014	7663	
Primer Nivel de Atención	642	60	
Total MINSAL	83 656	7723	

Fuente: Sistema de morbilidad en red (SIMMOW).

A nivel mundial, del total de nacidos vivos se estima que al menos 10 o 20 % nacen con bajo peso (menos de 2500 g); de estos, entre el 40 y el 70 % se asocian a prematuridad. Aunque hay variaciones entre los países, entre un 30 y un 60 % de las muertes neonatales ocurrieron en los niños que pesan menos de 1500 g. En América Central, en 2012 Costa Rica reportó un 6.6 % de niños nacidos con bajo peso; en 2013, Panamá registró un 8.4 %; mientras que en El Salvador, en el 2014 se registró 9.66 % de los recién nacidos con peso inferior a los 2500 g.

Los departamentos con mayor porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso fueron: San Vicente, 11.51 %; Santa Ana, con 11.10 %; Ahuachapán, 10.54 %; San Salvador, 10.35 %; La Libertad, 10.13 %; Sonsonate, 10.01 %. Los departamentos con menor porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer son: La Unión,

7.12 %; Usulután, 7.28 %; Morazán, 7.99 %; Cabañas, 8.26 %.

Nacidos vivos con prematuridad

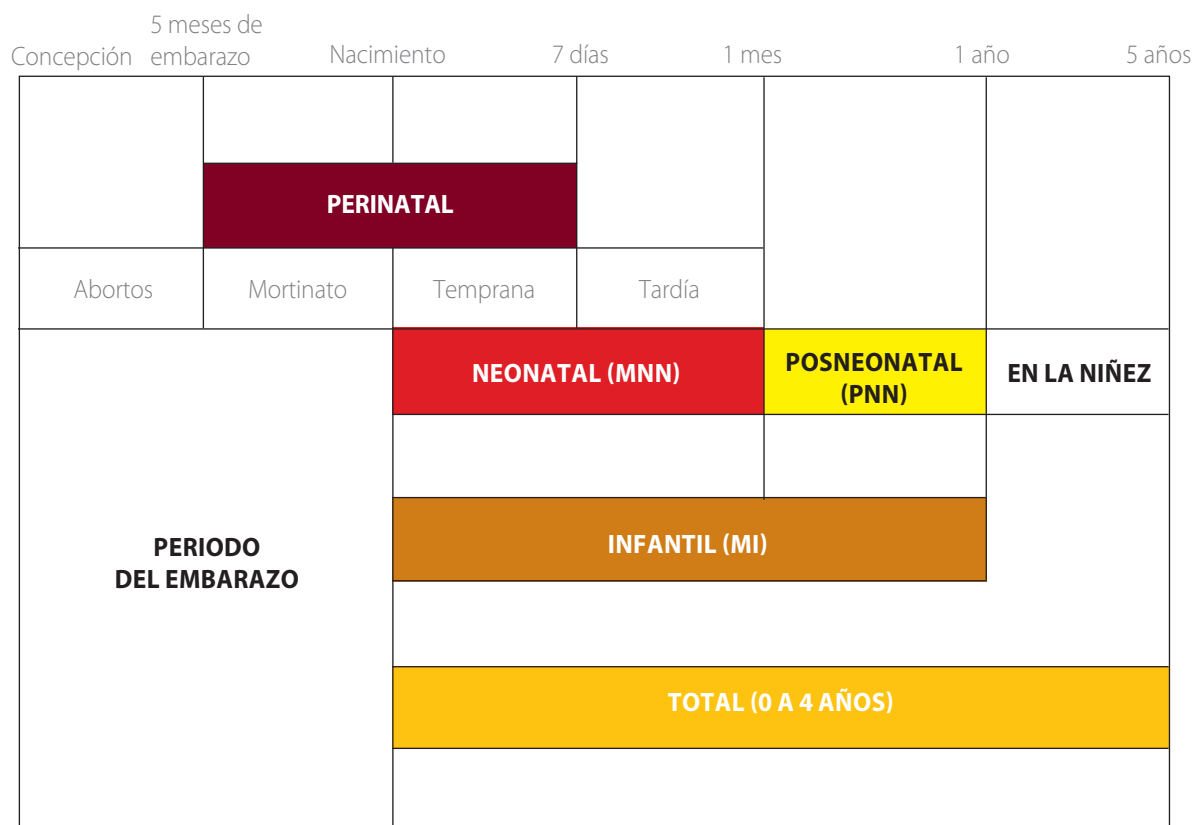
Del total de nacidos vivos (95 112), 8529 son prematuros, lo que representa el 8.97 %. La distribución por sexo es de 4554 niños (53.39 %), 3957 niñas (46.39 %) y 18 en la categoría de indeterminado (0.22%). En cuanto a la distribución geográfica, 4827 corresponden al área urbana (56.60 %) y 3702 al área rural (43.40 %). Los departamentos con mayor porcentaje son: San Salvador, con 11.24 %; La Libertad, 10.46 %; Ahuachapán, 9.93 %; Cuscatlán, 8.88 %. Los departamentos que reportan menor porcentaje son: Usulután, 6.69 %; Cabañas, 6.94 %; y La Unión, 6.95 %.

TABLA 5. NACIDOS VIVOS Y PREMATUROS, 2014

DEPARTAMENTO	NACIDOS VIVOS	N.V. PRETÉRMINO	% PREMATUREZ
San Salvador	21 722	2441	11.24
La Libertad	11 009	1151	10.46
Ahuachapán	5732	569	9.93
Cuscatlán	3872	344	8.88
Chalatenango	3270	277	8.47
Sonsonate	7286	608	8.34
Morazán	3490	281	8.05
La Paz	5189	415	8.00
San Vicente	2842	227	7.99
Santa Ana	7271	566	7.78
San Miguel	7240	541	7.47
La Unión	4788	333	6.95
Cabañas	3243	225	6.94
Usulután	6857	459	6.69
Total El Salvador, MINSAL e ISSS Primero de Mayo	93 811	8437	8.99
Otros países de la región	1301	92	7.07
Total El Salvador más otros países	95 112	8529	8.97

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Web (SIMMOW)

GRÁFICA 5. ESQUEMA SOBRE PERIODOS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: Encuesta FESAL 2008.

Durante 2014, la red hospitalaria del Ministerio de Salud registró 1162 muertes de menores de 5 años, de las cuales el 87 % (1011) ocurrieron en menores de un año; y, de los menores de un año, el 64 % (644) ocurrió en el periodo neonatal.

Entre las causas de mortalidad neonatal, la prematuridad concentró el 44.3 % de las muertes; las malformaciones congénitas, el 24.6 %; a predominio de las malformaciones del sistema nervioso y del sistema cardiovascular.

La mortalidad en menores de un año ocurrió principalmente en el periodo neonatal, originada por la prematuridad, las malformaciones congénitas y el síndrome de dificultad respiratoria. Entre los menores de cinco años, las principales causas fueron: diarrea, neumonía y desnutrición proteico-calórica severa. Existe evidencia que confirma que las in-

equidades sociales generan un impacto en la mortalidad en los niños y las niñas tan relevante como las causas biológicas anteriormente mencionadas⁵. Por ejemplo, al estudiar el nivel educativo de las madres, se observa que entre las que alcanzaron al menos el nivel de bachillerato hubo una tasa de tres fallecidos por 1000 nacidos vivos, mientras que entre las madres analfabetas la tasa fue de 10/1000.

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

5. Rolando Masís, S. Esnaola. *Desigualdades sociales en la mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años en El Salvador 1998-2008: un ejemplo basado en la Encuesta de Salud Familiar de El Salvador*. 2011.

TABLA 6. MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL Y MENOR DE 5 AÑOS, 2009 A 2014

AÑOS	AÑOS					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Muertes maternas	70	64	64	53	48	60
Muertes totales	9150	9746	10 140	11	10 466	11 127
Menores de 5 años	1047	989	1172	1041	1178	1162
Menor de 1 año	889	862	998	911	1025	1011
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)	331	298	338	351	419	367
Neonatales (< de 28 días)	558	564	660	560	606	644
Neonatal tardía (de 7 a 28 días)	90	105	158	135	153	153
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	468	459	502	425	453	491
Perinatal	1204	1145	1224	1161	1032	1094
Fetal general (nacidos muertos)	736	686	722	736	579	603
NACIDOS VIVOS	76 686	77 096	80 830	82 546	82 476	83 656
Tasas de muertes registradas en hospitales nacionales de El Salvador						
Menor de 5 años	13.7	12.8	14.5	12.6	14.3	13.9
Menor de 1 año	11.6	11.2	12.3	11.0	12.4	12.1
Posneonatales (>28 días a <1 año)	4.3	3.9	4.2	4.3	5.1	4.4
Neonatales (< de 28 días)	7.3	7.3	8.2	6.8	7.3	7.7
Neonatal tardía (de 7 a 28 días)	1.2	1.4	2.0	1.6	1.9	1.8
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	6.1	6.0	6.2	5.1	5.5	5.9
Perinatales (nacido muertos + neonatal temprana)	15.7	14.9	15.1	14.1	12.5	13.0
FETAL GENERAL (NACIDOS MUERTOS)	9.6	8.9	8.9	8.9	7.0	7.2

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

En 1992, El Salvador tenía una tasa de mortalidad materna de 211 mujeres fallecidas por cada 1000 niños nacidos vivos (FESAL); datos del SNS para 2015 revelan que fue reducida hasta 52.8.

En 1990, El Salvador tenía una tasa de mortalidad de 60 niños menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos (childinfo.org); datos de la Encuesta MICS-MINSAL para 2014 revelan que esta fue reducida a 20.

En 1992, la tasa de natalidad fue de 124 por 1000 mujeres de 15 a 19 años (FESAL); en 2014 la tasa se redujo a 74 (MICS-MINSAL), superando en 11 puntos la meta de los ODM.

En 1992, 63 de cada 100 viviendas contaban con uso de agua mejorada (FESAL); datos de la encuesta mics-minsal 2014, revelan se incrementó al 95 %, superando en 11 puntos la meta (84 %) para este ODM.

TABLA 7. CAUSAS DE MUERTE EN MENOR DE CINCO AÑOS, 2014.

N.º	CAUSAS	N.º
1	Prematurez	329
2	Malformaciones congénitas del sistema cardiovascular	127
3	Otras malformaciones congénitas	112
4	Neumonía	62
5	Sepsis	57
6	Diarrea	51
7	Malformaciones congénitas del sistema nervioso	50
8	Asfixia	47
9	Enterocolitis necrotizante del feto y recién nacido	21
10	Síndrome de dificultad respiratoria	18
11	Desnutrición proteico-calórica severa	17
12	Tumor maligno	14
13	Otras causas	257
	Total	1162

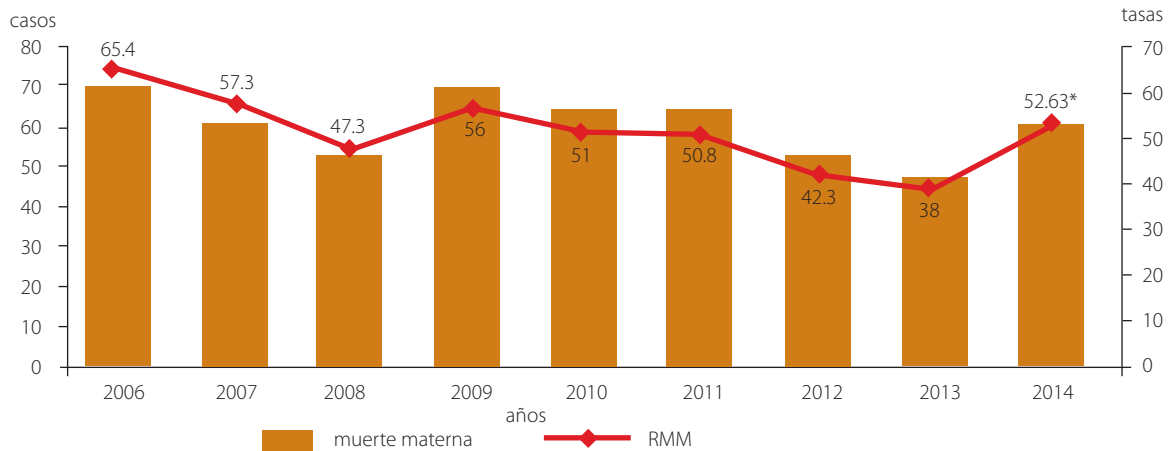
Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

Según los registros de mortalidad de la red de hospitales del MINSAL, la tasa de mortalidad en el menor de cinco años presenta reducción al compararla con el año 2013. Sin embargo, la mortalidad en el periodo neonatal mostró una tendencia al incremento, pasando de 7.3 en el 2013 a 7.7 x 1000 niños vivos en el 2014.

Mortalidad materna

Según los Indicadores Básicos de Salud de las Américas 2014, de la Organización Panamericana de la Salud, en América Central, El Salvador es el segundo país con la menor tasa de mortalidad materna (RMM), después de Costa Rica (17 x 100000 nv).

GRÁFICA 6. MORTALIDAD MATERNA



* Se utiliza una nueva proyección de nacidos vivos emitida por DIGESTYC en julio de 2014.

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web y hechos vitales (SIMMOW) / Proyecciones de nacidos vivos, DIGESTYC.

Respecto a las muertes maternas, el 65 % se concentró en el grupo de 15 a 29 años, el 70 % (42) de las muertes se clasificaron a través de la auditoría de muerte materna como de causas prevenibles.

El 78 % de las causas directas de muerte materna lo representan los trastornos por hipertensión del embarazo, las hemorragias del tercer periodo del parto y la sepsis puerperal. Entre las causas indirectas de muerte materna, ocupan un lugar importante los envenenamientos autoinflingidos y las enfermedades crónicas.

Mortalidad general

Haciendo uso de los datos disponibles (preliminares) sobre mortalidad general, para 2014 se tiene en la red hospitalaria del MINSAL una tasa de mortalidad general de 1.74 por 1000 hab., menor a la reportada en 2013 que fue de 2.1 por 1000 hab., siendo mayor en los departamentos de Santa Ana (2.18), San Vicente (1.83), La Unión (1.83), San Salvador (1.81), San Miguel (1.81) y Usulután (1.77).

TABLA 8. NÚMERO DE MUERTES REGISTRADAS EN LA RED DE HOSPITALES NACIONALES, 2014.

GRUPO DE CAUSAS	MUERTES	EGRESOS	TASA LETALIDAD
Resto de enfermedades del sistema genitourinario	828	24 895	3.33
Neumonía	644	13 458	4.79
Diabetes mellitus	634	11 642	5.45
Septicemia	632	894	70.6
Enfermedades hipertensivas	583	6104	9.55
Resto de enfermedades del sistema digestivo	548	31 025	1.7
Enfermedades isquémicas del corazón	523	2206	23.7
Enfermedades cerebrovasculares	488	2471	19.7
Enfermedades del hígado	466	2411	19.3
Otras enfermedades del corazón	430	5134	8.38
Demás causas	5351	294 526	1.82
Totales	11 127	394 766	2.82

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

De las primeras diez causas de mortalidad, el 40 % de los eventos se agrupa en enfermedades crónicas no transmisibles; de estas, a su vez, las principales causas fueron resto de enfermedades del sistema genito-urinario (N17-N98) y diabetes mellitus (E10-E14), que afecta a todos los grupos de edad, pero principalmente a adultos mayores, población en la que se concentró el 51.3 % (5718) del total de defunciones registradas en la red de hospitales del MINSAL. En este mismo grupo de edad, las principa-

les causas de muerte corresponden a: 73 % por enfermedades hipertensivas (I10-I13), 61.6 % resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22, K28-K66, K80-K92), 81 % por enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), 78 % por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69). Por sexo, el 55 % corresponde a hombres, comportamiento que varía de acuerdo con la enfermedad. Por ejemplo, en el resto de enfermedades del sistema genito-urinario (N17-N98), la relación hombre mujer es de 2:5.



LEMA DETECTAR TRATAR Y CURA ES LA CLAVE PARA LOGRAR EL FIN DE LA TUBERCULOSIS

Saludables y felices, comunidad y personal de salud, El Paisnal

SERVICIOS DE SALUD DONDE Y CUANDO SE NECESITEN

Es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la república el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social. (Art. 1 CN)

La salud de los habitantes de la república constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. (Art 65 CN)

Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña (Objetivo de la Política Nacional de Salud "Construyendo la esperanza")

La historia común de nuestros pueblos tiene que ver con gobiernos inhumanos que profundizaron el deterioro de los sistemas públicos de salud para convertir este bien en un mercado altamente rentable[...] la educación y la salud constituyen hoy fundamento de la condición humana, que deben administrarse gratuitamente y con calidad. Son derechos irrenunciables, de los que nadie puede carecer. (Salvador Sánchez Cerén, presidente de la República de El Salvador, Bolivia, junio de 2014).

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD



Construyendo hoy un futuro saludable, El Paisnal.

Uno de los compromisos del quinquenio 2014-2019 es promover la ampliación progresiva de la cobertura de salud a toda la población. Para lograrlo, en este primer año de gestión y en el contexto del proceso de profundización de la Reforma de Salud, uno de los esfuerzos más relevantes del Ministerio de Salud es el de continuar fortaleciendo las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). A continuación, los avances más importantes.

CONSEJOS DE GESTIÓN DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)

Para dar cumplimiento al compromiso 37 del *Programa de gobierno para la profundización de los cambios El Salvador adelante* (contenido en la estrategia 14 del eje 3), que establece la necesidad de afirmar, profundizar y defender la Reforma de Salud, con la convicción de mejorar la calidad, la continuidad del cuidado a la salud y trabajar por los derechos de la población de todos los municipios del país, se ha consolidado en los 14 departamentos el funcionamiento de 71 consejos de gestión municipal-intermunicipal y 17 consejos de gestión departamental (uno por cada departamento, San Salvador, que tiene cuatro, uno por cada SIBASI).

Estos espacios son determinantes para tomar decisiones colegiadas que contribuyan a mejorar la prestación del servicio, la gestión de medicamentos e insumos, el análisis de la situación epidemiológica y la prevención de la morbilidad en general, con especial énfasis en la población materno-infantil.

Se ha incrementado de forma progresiva la participación de otros actores del sector salud y de la sociedad civil organizada en el Foro Nacional de Salud.

Se ha continuado fortaleciendo la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria en todos los establecimientos de las RIISS por parte de nuestro personal de salud (TABLA1).

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Para profundizar la Reforma, el MINSAL definió una línea de trabajo de alta prioridad relacionada con la gestión de la calidad de los servicios de salud de la RIISS, y que integra los tres niveles de atención existentes. La implementación del Sistema de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud, como parte central del Modelo de Provisión de Salud en RIISS, está basada en la metodología de mejora continua de la calidad, conducida desde el Viceministerio de Servicios de Salud por medio de la Unidad Nacional de Gestión de la Calidad. Este sistema se ha implementado exitosamente en los treinta hospitales y se ha retomado en las cinco Regiones de Salud, que cuentan con Unidades Organizativas de la Calidad (UOC). En coordinación con la Unidad por el Derecho a la Salud, las UOC

implementan el sistema de Humanización del Trato.

El MINSAL se ha consolidado como pionero de la calidad en el sector salud: cuenta con un Comité Nacional de Calidad y treinta Unidades Organizativas de la Calidad (UOC, una en cada hospital), y recientemente se han abierto otras cinco UOC regionales. En los hospitales, estas unidades se encargan de verificar el cumplimiento de los estándares de calidad según los Lineamientos de mejora continua de la calidad hospitalaria en RIISS y trabajan por mantener una adecuada coordinación entre los comités de Seguridad y Salud Ocupacional, Ética, Derecho a la Salud, Auditoría Clínica y de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Actividad Sanitaria (IAAS).

El Sistema de Gestión de la Calidad promueve en el personal técnico-administrativo la cultura del monitoreo y la evaluación, utilizando estándares e indicadores para medir y mejorar la calidad de la atención; uno de los temas prioritarios es la reducción de la morbilidad materna e infantil, a diciembre de 2014, como puede verse en el CUADRO 1:

Por otra parte, se ha socializado el Programa de Humanización de los Servicios de Salud con líderes comunitarios de diferentes municipios, organizaciones pertenecientes al Foro Nacional de Salud y con las direcciones del MINSAL, así como con responsables de las oficinas por el Derecho a la Salud de los hospitales y Regiones. Además, se ha divulgado el marco legal vinculante a los derechos y obligaciones de usuarios y servidores públicos del MINSAL y los diferentes procesos administrativos sancionatorios por su incumplimiento. También se creó y socializó el procedimiento para la aplicación de los *Lineamientos técnicos para la promoción del derecho humano a la salud* y las funciones de las oficinas y comités por el Derecho a la Salud, en las Direcciones Regionales de Salud y en los hospitales nacionales.

En el marco de la Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud se han desarrollado las siguientes estrategias:

Reducción de tiempos de espera en los establecimientos de la RIISS

En respuesta a la demanda de atención en salud de la población urbana, se ha implementado la estrategia Gestión del tiempo y la demanda en Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias y Especializadas, encaminada a la mejora de la calidad de

TABLA 1. ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)

CLASIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN RIISS						
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	REGIÓN OCCIDENTAL	REGIÓN METROPOLITANA	REGIÓN PARACENTRAL	REGIÓN CENTRAL	REGIÓN ORIENTAL	TOTAL
UCSF básica	90	30	102	50	145	417
UCSF intermedia	54	33	64	51	89	291
UCSF especializada	7	5	5	7	15	39
TOTAL UCSF	151	68	171	108	249	747
Hogar de espera materna	5	1	4	4	7	21
Oficina Sanitaria Internacional (OSI)	5	1	1	1	2	10
Centro Integral de Salud Materno-Infantil y de Nutrición (CIAMIN)	1	0	0	0	0	1
Centro de Atención de Emergencias (CAE)	0	2	0	0	0	2
Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente (CAISA)	0	1	0	0	0	1
Clínica de empleados	0	1	0	0	0	1
Total Primer Nivel de Atención*	162	74	176	113	258	783
Hospitales básicos	2	1	2	1	5	11
Hospitales departamentales	2	3	4	2	3	14
Hospitales regionales	1	0	0	0	1	2
Hospitales referencia nacional	0	3	0	0	0	3
Total hospitales	5	7	6	3	9	30
TOTAL	167	81	182	116	267	813 *

* Existen, además, 70 Casas de Salud, las cuales son utilizadas en su mayoría como sedes del promotor de salud para el desarrollo de acercamientos comunitarios y otras actividades; además de 42 Centros Rurales de Salud y Nutrición (CRSN), lo que totaliza una capacidad instalada de 925 establecimientos.

Fuente: *Diagnóstico de capacidad instalada Primer Nivel de Atención*, marzo 2015, y *Lineamientos de categorización de hospitales*, 2013.

CUADRO 1. CONSOLIDADO DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD A NIVEL HOSPITALARIO, DICIEMBRE DE 2014.

ESTÁNDARES DE CALIDAD	PORCENTAJE
Oferta básica de planificación familiar para un mínimo de dos meses.	100 %
Usuaris de planificación familiar en inscripción que fueron evaluadas con los parámetros esenciales.	94 %
Usuaris de planificación familiar con controles subsecuentes que fueron evaluadas con los parámetros esenciales.	99 %
Usuaris/o planificación familiar que deciden por una esterilización quirúrgica o vasectomía y que tengan correctamente registrada la hoja de consentimiento informado.	97 %
Mujeres poseventos obstétricos que recibieron consejería de planificación familiar y egresaron con algún método de planificación familiar.	99 %
Mujeres embarazadas en cuyo control prenatal se les registró en la historia clínica perinatal las actividades realizadas y se les brindó la consejería de acuerdo con su condición clínica.	96 %
Expedientes de mujeres que verificaron parto institucional, que tienen el partograma llenado, interpretado y aplicado correctamente.	95 %
Expedientes de mujeres que verificaron parto institucional y recibieron oxitocina como parte del manejo activo del tercer período (MATEP) según criterios establecidos.	99 %
Mujeres puérperas que durante el posparto inmediato fueron controlados en sus primeras dos horas según los criterios establecidos.	99 %
Puérperas que fueron evaluadas previo al alta.	99 %
Embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que se les administró corticoides y se registró en la historia clínica perinatal (HCP) para la inducción de maduración fetal pulmonar.	98 %
Mujeres con diagnóstico de infección/ fiebre de causa obstétrica que fueron manejadas según guías de atención.	97 %
Pacientes con hemorragia obstétrica que fueron manejadas según guía de atención.	95 %
Expedientes de embarazadas con preclamsia grave/eclampsia que fueron manejadas según guías de morbilidades del MINSAL.	99 %
Recién nacidos/as de término que recibieron atención inmediata y mediata al nacer y se registró en la HCP.	98 %
Neonatos sanos que egresan con previa evaluación al alta y se registran en la hoja de evaluación al alta los criterios establecidos.	100 %
Expedientes clínicos de puérperas que cumplen con los criterios de lactancia materna exclusiva.	97 %
Todo recién nacido con diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según guía neonatal vigente.	97 %
Recién nacidos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal que cumplieron con los criterios de manejo de reanimación neonatal.	97 %
Prematuros que fueron atendidos con calidad técnica.	100 %
Expedientes de recién nacidos que nacieron en condiciones críticas y cumplieron los criterios para el transporte.	96 %
Usuarios en riesgo de IAAS en que se cumplen las medidas preventivas según lineamientos.	92 %
Criterios cumplidos en el manejo intrahospitalario de desechos peligrosos bioinfecciosos.	96 %
Criterios cumplidos del agua potable para el consumo intrahospitalario.	97 %

Fuente: Comité Nacional de la Calidad Hospitalaria, MINSAL.

atención, la satisfacción de las usuarias y los usuarios internos y externos, el descongestionamiento de las salas de espera y la reducción de los tiempos de espera de consulta a menos de dos horas. En 2014, dicha estrategia se desarrolló en 29 UCSF, y hasta la fecha que reporta el presente informe se ha implementado en 75 establecimientos a nivel nacional, distribuidos en todo el país (TABLA 2).

La estrategia de gestión del tiempo y la demanda está articulada con la implementación del Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP), en coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones; este sistema incorpora el expediente electrónico de salud para la mejora de la atención de los/as usuarios/as. A la fecha, el SIAP está instalado en 45 UCSF y 27 hospitales.

En el ámbito hospitalario se ha priorizado la atención de pacientes en su primera evaluación con especialistas, principalmente en obstetricia y pediatría, con lo que se ha reducido el tiempo de espera entre la solicitud de la cita y la primera consulta médica especializada. Esta iniciativa, implementada en hospitales básicos, departamentales y regionales, ha contribuido a reducir la morbilidad materna e infantil (GRÁFICO 1).

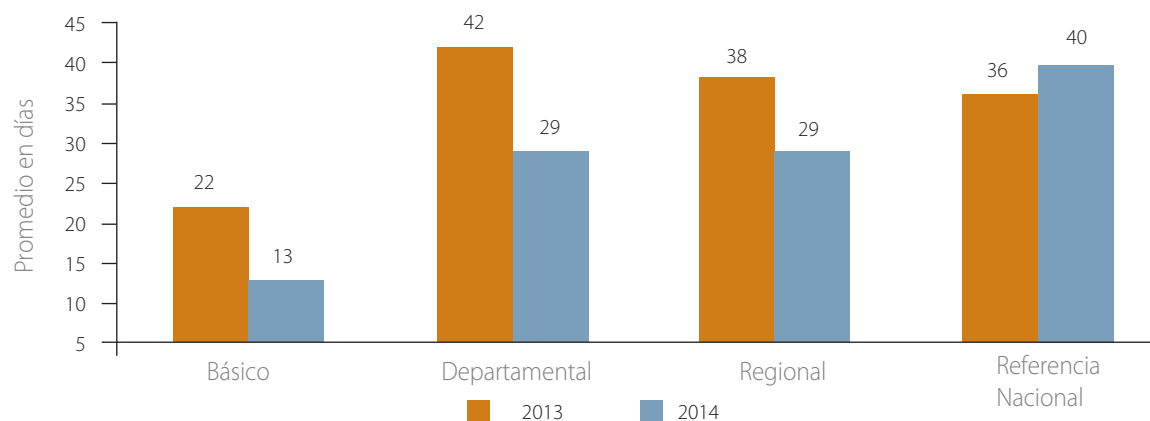
Se ha incrementado la cirugía mayor ambulatoria el 281 % en 2014 con respecto a 2013, lo que refleja un incremento del acceso a la atención quirúrgica y una disminución de la estancia hospitalaria, reduciendo el riesgo de una adquirir una infección nosocomial y acortando los tiempos de espera para cirugía general electiva en los 30 hospitales. Además, la cirugía de emergencia para hospitalización ha descendido el 11.1 %.

TABLA 2. UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR, GESTIÓN DEL TIEMPO Y LA DEMANDA 2015.

REGIONES DE SALUD	UCSF CON PROYECTO DE GESTIÓN DEL TIEMPO Y LA DEMANDA
Occidental	12
Central	8
Metropolitana	35
Paracentral	9
Oriental	11
TOTAL UCSF	75

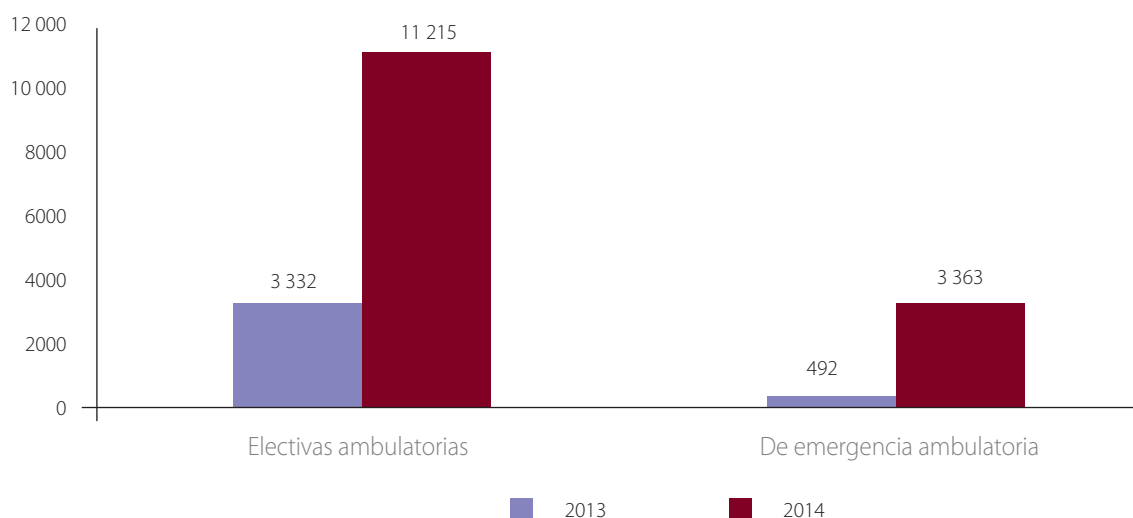
Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL.

GRÁFICA 1. PROMEDIO DE TIEMPO DE ESPERA PARA LA CONSULTA DE ESPECIALIDAD MÉDICA HOSPITALARIA DE PRIMERA VEZ, 2013-2014.



Fuente: Libro de citas hospitalarias, Dirección Nacional de Hospitales.

GRÁFICA 2. COMPORTAMIENTO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, 2013-2014.



Fuente: SPME

Por otra parte, con la dotación de equipo al área de quirófanos se ha reducido a 23 días el periodo de espera para la cirugía general electiva en los hospitales básicos, a 35 días en los departamentales y a 54 días en los regionales. En los hospitales con cirugías de mayor complejidad, el tiempo de espera es de 78 días, con el compromiso de bajar ese margen.

Continuidad de la atención: referencia, retorno e interconsulta

En relación a la provisión de servicios para la atención continua de las personas, en este periodo los establecimientos de Primer Nivel de Atención realizaron 265 061 referencias al Segundo y Tercer Nivel de Atención, lo cual significa un incremento del 12 % con respecto al 2013. En cuanto a los retornos, se incrementó del 52 % en el 2013 al 56 % en el 2014; se reportaron 23 164 interconsultas en establecimientos de la RISS, lo que significa un aumento del 12 % con respecto al 2013 (SIMMOW). En ese sentido se trabaja por fortalecer el sistema de retorno e interconsulta (en línea) que permita el seguimiento rápido y oportuno de los usuarios.

Monitoreo, supervisión y evaluación de la calidad de la atención en salud en RISS

Para optimizar el monitoreo y la supervisión del conjunto de prestaciones en las RISS, un equipo de trabajo integrado por las diferentes dependencias del

Viceministerio de Servicios de Salud elaboró el *Plan de supervisión en los diferentes ámbitos de la RISS*, cuya aplicación comenzó a verificarse en el primer trimestre del 2015.

Este plan contempla una metodología de supervisión en la que se establecen compromisos para la mejora continua de la gestión entre las direcciones y las coordinaciones de los establecimientos supervisados y el Nivel Central, este último encargado de dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos en el proceso de supervisión.

El equipo de supervisión, conformado por representantes de las dependencias del Viceministro de Servicios de Salud, visita periódicamente los establecimientos de una RISS previamente identificada y priorizada según los resultados de los indicadores de proceso.

Evaluación de resultados en las RISS

A partir de septiembre de 2014, el Viceministerio de Servicios de Salud estableció nuevos mecanismos en los procesos de evaluación y toma de decisiones, pasando de la evaluación por componentes programáticos a la evaluación de resultados en salud en las RISS, modificando la visión de atención por programas a una atención integral y continua de las personas, su familia y comunidad.

En el tercer trimestre de 2014 se elaboraron los *Lineamientos técnicos para la evaluación de resultados en salud en las RISS* y fueron operativizados a nivel nacional en septiembre del mismo año. A partir de



Compromiso social y experiencia al servicio de la comunidad.

esta nueva metodología, los Consejos de Gestión de las 17 redes departamentales han realizado tres evaluaciones de resultados de salud en RIIS: 1) enero-septiembre de 2014, 2) octubre-diciembre de 2014, y 3) enero-marzo de 2015. En estas evaluaciones participó personal del Primer Nivel de Atención, hospitales, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Foro Nacional de Salud y otras representaciones de la sociedad civil organizada.

Uno de los aspectos novedosos de este proceso de evaluación es la incorporación de indicadores de resultados para enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones de causa externa; los indicadores de resultados de salud evaluados son: 1) razón de mortalidad materna, 2) tasa de mortalidad fetal, 3) tasa de mortalidad perinatal, 4) tasa de mortalidad neonatal (temprana y tardía), 5) tasa de mortalidad posneonatal, 6) tasa de mortalidad infantil, 7) tasa de mortalidad en el menor de 5 años, 8) porcentaje de bajo peso al nacer, 9) mortalidad específica por enfermedad renal crónica, 10) letalidad hospitalaria por diabetes mellitus, 11) mortalidad específica por hipertensión arterial, 12) mortalidad específica por neoplasias y 13) mortalidad específica por lesiones de causa externa.

Esta modalidad de evaluación incluye indicadores complementarios de estructura y proceso, que permiten medir, entre otros aspectos, la capacidad instalada para brindar la oferta de servicios, como recursos humanos, abastecimiento de medicamentos e insumos, coberturas en salud en el continuo de atención, principalmente de niñez, embarazo, parto

y puerperio, así como vacunación y planificación familiar.

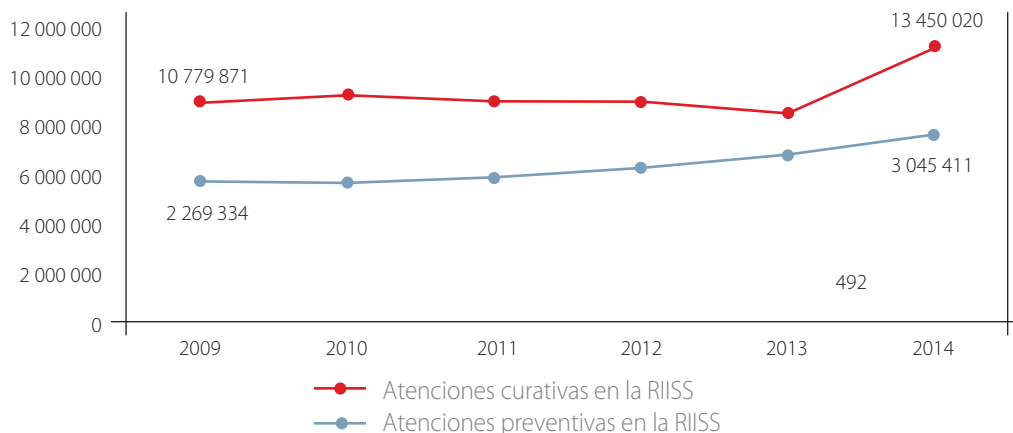
AVANCES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL ORIENTADO A LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

El fortalecimiento de la capacidad instalada de los diferentes establecimientos de la Red de Servicios de Salud ha hecho posible el aumento progresivo del acceso y cobertura de los servicios de salud, fortaleciendo la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención, centrado en la persona, la familia y la comunidad, que ha contribuido a descongestionar progresivamente los hospitales.

Tal como se muestra en la GRÁFICA 3, durante el periodo se evidenció un incremento del 10 % de las atenciones preventivas (3 045 411) y de un 24 % de las curativas (13 450 020) con relación a 2013 (5 763 913 y 3 278 679, respectivamente). El crecimiento en el número de atenciones integrales (curativas y preventivas) se experimentó con mayor fuerza en el Primer Nivel de Atención. En el último semestre del 2014 este comportamiento fue a expensas de las atenciones curativas debido a la entrada al país de la fiebre chikunguña, la cual descendió en el último trimestre debido a las medidas antivectoriales implementadas.

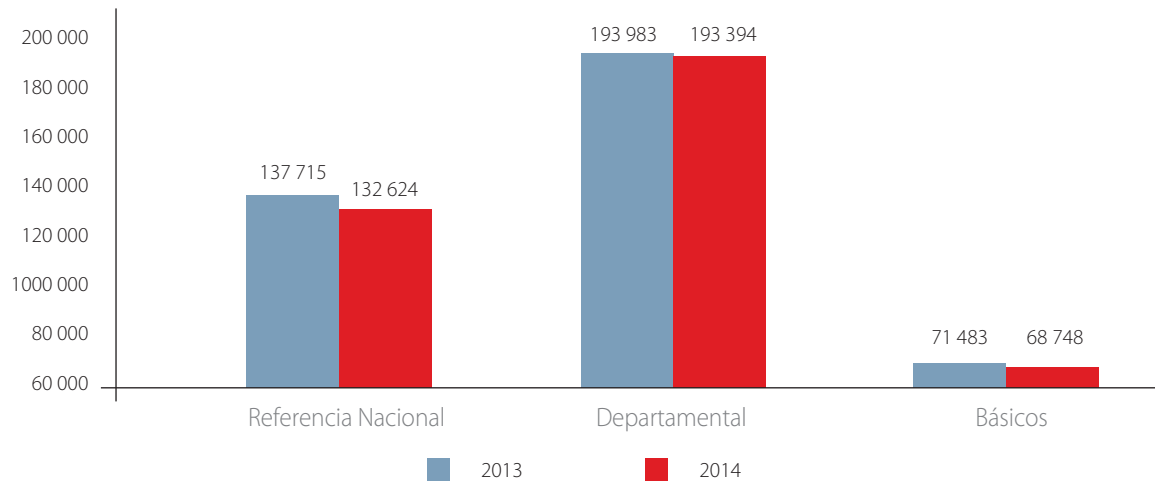
En cuanto al descongestionamiento de los hospitales, se reporta un total de 394 766 egresos hospitalarios, logrando un ligero descenso del 2 % (8415) en relación con 2013 (GRÁFICA 4).

GRÁFICA 3. ATENCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS BRINDADAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RIIS, 2009-2014.



Fuente: SIMMOW.

GRÁFICA 4. NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR NIVEL DE COMPLEJIDAD.



Fuente: SIMMOW.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

Con el objetivo de lograr un abordaje integral a la salud sexual y reproductiva, disminuir las muertes maternas y brindar una atención de calidad, se han desarrollado diversas estrategias, entre las que destacan:

Aumento del número de hogares de espera materna (HEM), de 17 a 21 del periodo informado. Se inauguraron los HEM en Chirilagua, Puerto el Triunfo, Guarjila e Izalco, lo que ha contribuido a mejorar el acceso a servicios hospitalarios a mujeres en situaciones de riesgo, permitiendo su vigilancia en el último mes de embarazo, especialmente a las mujeres provenientes de zonas de poca accesibilidad.

Fortalecimiento de capacidades del recurso humano de las RIIS en el componente de salud sexual y reproductiva (SSR) para la atención a las consultas preconceptionales, prenatal, parto, puerperio y control de planificación familiar con las diferentes ofertas de servicios, permitiendo la continuidad de la atención a las usuarias en los diferentes niveles.

Implementación de la consulta de alto riesgo reproductivo a nivel hospitalario, que permite a las usuarias estabilizar su enfermedad de base y obtener un embarazo en las mejores condiciones posibles, reduciendo el riesgo de un embarazo sin control adecuado de las comorbilidades preexistentes que incre-

mentan el riesgo de muerte materna y perinatal. Esta estrategia permite acercar y proveer una atención preconceptional de mayor calidad a toda la población, reforzando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y protegiendo el derecho a la vida, ya que "ninguna mujer debe perder la vida al dar vida".

Mejora de la capacidad de resolución y de la atención oportuna de obstetricia en 21 de las 28 maternidades, asignando especialistas en ginecobstetricia que posibilitan la atención especializada las 24 horas.

Implementación de la estrategia de Código Rojo en las 28 maternidades de la red hospitalaria con el objetivo de formar equipos multidisciplinarios, coordinados e integrados, que respondan rápida y oportunamente a las complicaciones por hemorragias obstétricas.

Se desarrollaron **auditorías al 100 %** de casos de muerte materna y perinatal y seguimiento a los casos de morbilidad obstétrica extrema para la evaluación integral del proceso de atención, identificando aspectos para la mejora y tiempos para su resolución.

Incremento de la cobertura del control puerperal temprano. Se incrementó de 37 147 en 2013 a 50 291 en 2014 (un 61 % más), lo que permite identificar y manejar oportunamente las complicaciones ocurridas en los primeros siete días posteriores al parto.

Incremento de la oferta de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. Se consiguió un aumento del 5 % en el uso del dispositivo intrauterino (DIU), pasando de 2601 en 2013 a 3212 en 2014. Además, se verificaron 2019 inserciones posparto a nivel nacional, lo que equivale a un aumento de 961 en relación a 2013 (1058), como resultado del proceso de fortalecimiento de capacidades y certificación de personal de 35 UCSF y 15 hospitales para la inserción del DIU, llevado a cabo en 2014.

Incremento de la esterilización quirúrgica voluntaria. Durante 2014 se registraron 13 031 casos, 2282 más que en 2013 (10 749), lo que equivale a un incremento del 21 %. La esterilización quirúrgica es una opción para la planificación familiar en casos de paridad satisfecha, principalmente.

Para la prevención de complicaciones en casos de aborto espontáneo *se han introducido y ampliado novedosas técnicas* en los hospitales de la red (San Juan de Dios, de San Miguel; San Rafael, de Santa Tecla; San Juan de Dios, de Santa Ana; Hospital Nacional de la Mujer, de San Salvador), en las que se ha capacitado a médicos residentes generales en hospitales de la Región Oriental.

Por otra parte, en el esfuerzo por mejorar la atención a las mujeres embarazadas se ha logrado incrementar el número de inscripciones y atenciones prenatales de 583 824 en 2013 a 597 824 en 2014, que en términos porcentuales equivale a 2.4 puntos, manteniendo una marcada tendencia al alza (GRÁFICA 5).

Atenciones en ginecología por nivel de atención, 2009-2014. Con el aumento de la cobertura por médicos especialistas, tanto en UCSF como en hospitales de la red nacional, principalmente en hospitales básicos y departamentales, se evidencia un incremento significativo en las atenciones ginecológicas; esto ha contribuido al descongestionamiento de dichas atenciones en los hospitales regionales y de referencia nacional, lo que a su vez permite mayor disponibilidad en estos últimos para atender casos más complejos (GRÁFICA 6).

Tras haber mejorado la calidad de las atenciones maternas y haber generado confianza en la población para acudir a los establecimientos de salud, se ha logrado que de un total de 83 301 partos, 82 793 fueran atendidos a nivel hospitalario (99 %) (GRÁFICA 7).

El índice de cesáreas bajó del 28.3 % (22 740) en 2013 al 28.1 % (23 286) en 2014. Esto refleja el esfuerzo continuo en reducir el intervencionismo innecesario en un proceso tan natural como es el parto.

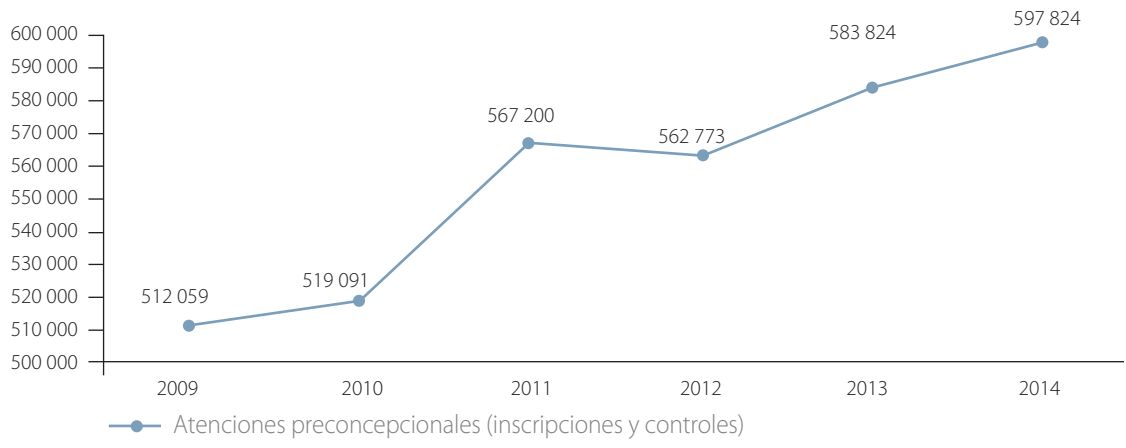
A pesar de que la atención de partos aumentó en un 3 % (2519) en relación a 2013 (total de partos 80 274 en 2013 y de 82 793 en 2014), se logró reducir el número de cesáreas de primera vez en un 2 % (506 menos que en 2014). Esto demuestra cuán importante es el fortalecimiento permanente y continuo de la capacidad instalada de las maternidades, pues las mujeres que son sometidas a una cesárea de primera vez reciben una evaluación cada vez más minuciosa con el propósito de garantizar el bienestar materno y fetal. Continuar con las estrategias establecidas que han permitido disminuir los índices de cesárea de primera vez es la clave para mantener la tendencia a la baja. Según el reporte de indicadores sanitarios de la OMS 2014, el índice promedio de los países de América Latina es de 30.3, lo que ubica a El Salvador entre los 10 países con índice más bajo de cesáreas.

Apoyo al fortalecimiento del Programa Presidencial Ciudad Mujer

En el marco de la inauguración de una nueva sede de Ciudad Mujer, que se suma a las cinco que ya existían, el MINSAL continúa brindando apoyo como responsable del módulo de salud sexual y reproductiva, en el que se han registrado 150 797 atenciones en salud, tanto preventivas como curativas y de las diferentes especialidades, de las cuales el 36 % fueron atenciones de primera vez y 3236 derivaron en referencia a los diferentes hospitales de la red. Para atender oportunamente a este sector de la población, el Ministerio de Salud ha asignado a 125 profesionales distribuidos en las seis sedes, los que en la práctica constituyen ECOS especializados en salud de la mujer. (TABLA 3).

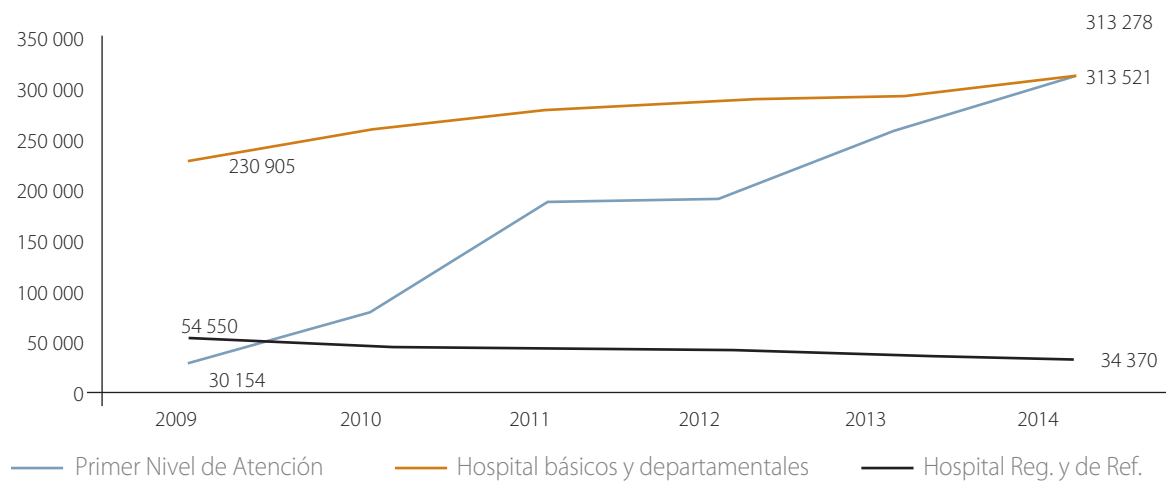
Conjuntamente con diversas instituciones, el Ministerio de Salud brindó atención para la rehabilitación oral a 600 mujeres con pérdida de piezas dentales a causa de violencia social o intrafamiliar. De igual manera, se realizó la toma y lectura de 15 000 mamografías en el marco del proyecto de *Promoción de los derechos de las mujeres a través del fomento de la autonomía económica y la atención integral a la salud*, con la cooperación financiera de la Unión Europea.

GRÁFICA 5. NÚMERO DE INSCRIPCIONES Y CONTROLES PRENATALES EN LA RIISS, 2009-2014.



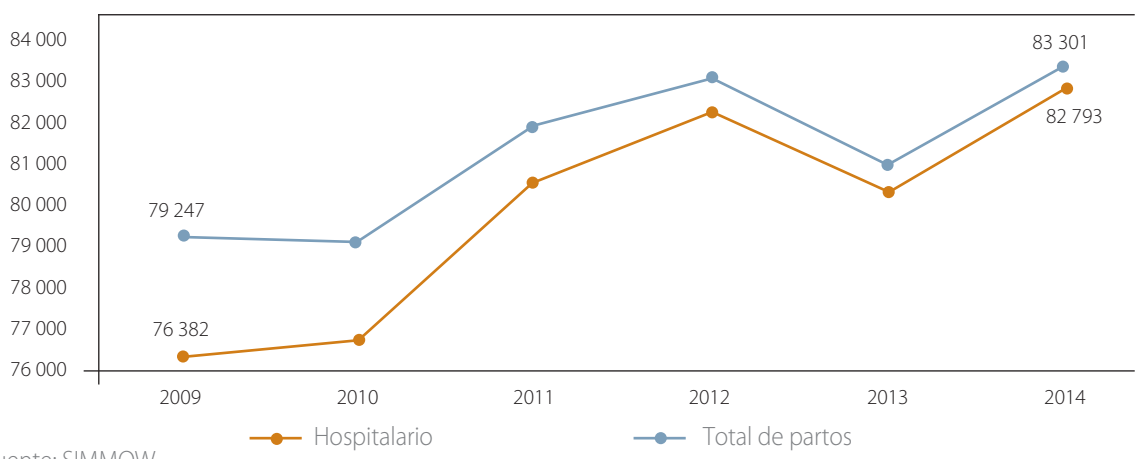
Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

GRÁFICA 6. ATENCIONES EN GINECOBSTERICIA POR NIVEL DE ATENCIÓN, 2009-2014.



Fuente: SIMMOW.

GRÁFICA 7. NÚMERO DE PARTOS HOSPITALARIOS Y TOTAL DE PARTOS, 2009-2014.



Fuente: SIMMOW.

TABLA 3. ATENCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS BRINDADAS POR LOS MÓDULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE CIUDAD MUJER.

ATENCIONES CIUDAD MUJER	2012	2013	2014
Curativas	13 895	36 720	109 988
Preventivas	5826	16 604	40 809
TOTAL	19 721	53 324	150 797

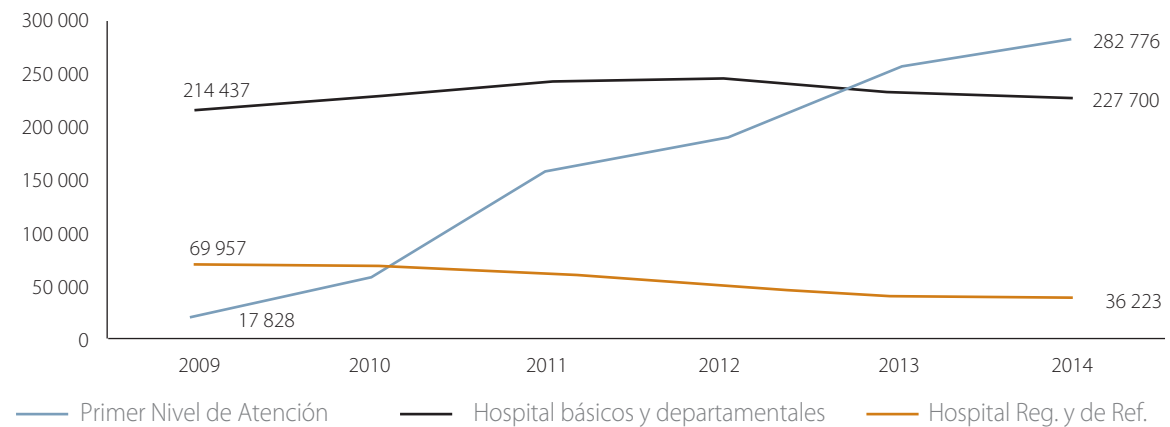
Fuente: SIMMOW.

TABLA 4. ATENCIONES INFANTILES (INSCRIPCIONES + CONTROLES), 2009-2014.

GRUPOS ETARIOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Menor de 1 año	438 957	437 992	455 143	475 412	478 613	499 221
1 a 4 años	570 229	554 067	564 369	559 862	568 515	575 735
Total menor de 5 años	1 009 186	992 059	1 019 512	1 035 274	1 047 128	1 074 956

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW).

GRÁFICA 8. ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR MÉDICO/A PEDIATRA POR NIVEL DE ATENCIÓN, 2009-2014.



Fuente: SIMMOW.

Niños y niñas saludables en pleno goce de sus derechos

Como parte del compromiso por la reducción de la morbilidad de la niñez, se ha logrado aumentar el número de inscripciones y seguimientos (controles) en un total de 55 656 atenciones respecto a año 2013.

En 2014, tal como se muestra en la TABLA 4, en cuanto a las inscripciones y controles en menores de un año ha habido un incremento del 5 % (20 608 atenciones); en niños/as de 1 a 4 años, 2 % (7220 atenciones); y en menores de 5 años, 3 % (27 828).

La atención especializada por médico/a pediatra en la red de establecimientos de salud ha presentado una marcada tendencia al alza desde 2009,

alcanzando para 2014 un incremento del 80 %, es decir, 244 477 atenciones más en relación al 2009, y un 46 % en relación a 2013, esto es, 20 577 atenciones. Dicha tendencia corresponde principalmente al Primer Nivel de Atención, logrando una reducción gradual en las atenciones brindadas por los niveles segundo y tercero, producto de la consolidación del nuevo modelo de atención (GRÁFICO 8).

Mejorando el acceso a la salud de los y las adolescentes

Durante 2014, el MINSAL atendió a nivel nacional a 863 972 adolescentes, de las cuales 93 501 atenciones fueron preventivas (10.8 %) y 770 471 (89.2 %) curativas, representando un aumento de 85 835 atenciones en relación al 2013 (778 137). Esto evidencia el aumento en el acceso a los servicios de salud a través de la disponibilidad de establecimientos en las redes de atención.

Para mejorar la atención a adolescentes, a través del proyecto *Mejoramiento de acceso de adolescentes y jóvenes a información, educación y servicios de SSR* se han fortalecido 20 UCSF y seis hospitales con equipo audiovisual, insumos, juegos educativos (televisor, reproductor de DVD, vídeos y material promocional de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes). La apertura de las Unidades de Atención para Adolescentes en hospitales permite impulsar una atención integral y diferenciada para mujeres adolescentes y jóvenes mediante la habilitación de un espacio físico en las áreas de consulta externa, trabajo de parto y puerperio, y en las áreas de pediatría, donde se encuentran madres adolescentes, quienes reciben educación en atención integral y proyecto de vida.

Al cierre de 2014, el MINSAL puso en funcionamiento seis Unidades de Atención para Adolescentes, con lo que pasó de tres en 2009 a nueve hasta el cierre del presente informe, distribuidas en los hospitales de Santa Ana, San Rafael, Maternidad, Saldaña, Cojutepeque, Zacatecoluca, Sensuntepeque, Ilobasco y Usulután.

Envejecimiento saludable

En 2014 se ha producido un importante incremento de la cobertura de atención a las personas adultas mayores, aumentando el porcentaje de atenciones preventivas de 150 524 en 2013 a 183 098 en 2014, lo que representa un mejoramiento en la calidad de la

atención brindada, que incluye educación y promoción para el autocuidado y el envejecimiento saludable.

Por otra parte, en el presente periodo se inscribieron 75 258 adultos mayores al Programa de Atención Integral, lo que representa un incremento del 12.8 % de personas de ese grupo poblacional con evaluación geriátrica a fin de evitar y detectar oportunamente complicaciones de enfermedades coexistentes.

En apoyo al programa presidencial Nuestros Mayores Derechos, que es parte esencial del Sistema de Protección Social Universal (SPSU) y consiste en proteger a la persona adulta mayor y garantizar el goce de sus derechos, se benefició a 47 346 adultos mayores de más de 70 años.

Avanzando en el control de enfermedades crónicas no transmisibles

El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es una consecuencia del bombardeo mediático que promueve el consumo de alimentos poco saludables, el sedentarismo, la adopción de estilos de vida inadecuados, sumado a un crecimiento urbano desordenado y no planificado que conlleva la reducción de los espacios públicos para el esparcimiento y el desarrollo de actividad física. Ante esto, el Ministerio de Salud ha dado pasos decididos para el abordaje integral del control de las ECNT, que van desde el diseño de acciones intersectoriales e interinstitucionales, hasta la mejora en los servicios de salud.

En ese sentido se ha logrado la elaboración participativa del *Plan estratégico nacional para el abordaje integral de las enfermedades crónicas en El Salvador*, que se encuentra en fase de aprobación y oficialización institucional.

Asimismo, para fortalecer las capacidades del personal de las cinco Regiones de Salud, se socializaron las *Guías de buenas prácticas clínicas para la atención de la diabetes, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica*, que mejora de la calidad de vida de la población.

Abordaje de la enfermedad renal crónica

En el marco de la enfermedad renal crónica, las investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud (ver Capítulo 4, INS) han permitido posicionar en la agenda nacional la situación de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales, que en nuestro país se ha asociado

al uso indiscriminado de agrotóxicos, lo que ha permitido visualizar el tema incidiendo en la aprobación de la *Ley sobre control de pesticidas, fertilizantes y productos para uso agropecuario*, que tiene por objeto regular la producción, comercialización, distribución, importación, exportación y uso de pesticidas, fertilizantes, herbicidas, enmiendas o mejoradores, defoliantes y demás productos químicos y químico-biológicos para uso agrícola, pecuario o veterinario y sus materias primas.

Por otra parte, en el presente periodo se ha constituido la Comisión Nacional de Salud Renal, conformada multidisciplinariamente por profesionales del MINSAL, de la Asociación Salvadoreña de Nefrología y de la Organización Panamericana de la Salud, entre otras. Esta comisión ha procurado importantes avances para iniciar la elaboración del *Plan de capacitación de salud renal y los Lineamientos de promoción de la salud renal y prevención de la ERC*, los cuales se implementarán en todos los establecimientos de salud de la RISS. Asimismo, se ha iniciado el diseño del Registro Nacional de Diálisis y la preparación de las condiciones para la realización sistemática y programada de trasplantes renales.

Para la mejora de la atención de las personas con enfermedad renal que requieren terapia de sustitución, se inauguró la nueva unidad de Hemodiálisis del Hospital San Pedro de Usulután, que cuenta con siete máquinas cicladoras, adquiridas por un monto de \$ 500 000.00 sumando un total de 64 máquinas cicladoras a nivel nacional.

Prevención y control del cáncer

El Ministerio de Salud inició en el último trimestre de 2014 el proceso de elaboración participativa de la Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer, cuyo fin es definir y orientar acciones para apoyar a las personas en riesgo y a las que ya padecen esta problemática, teniendo como base la planificación estratégica de las intervenciones y su priorización.

En este marco se conformó la Comisión Nacional Interinstitucional para la elaboración participativa de la Política, constituida por: 1) Foro Nacional de Salud, 2) Dirección Nacional de Medicamentos, 3) Colegio Médico de El Salvador, 4) Asociación Nacional de Enfermeras, 5) Consejo Superior de Salud Pública, 6) Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, 7) Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 8) FOSALUD,

9) Instituto del Cáncer, 10) Hospital Militar, 11) Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial 12) Hospital Divina Providencia, 13) Organización Panamericana de la Salud y 14) Ministerio de Salud.

A fin de realizar un análisis de la realidad del abordaje del cáncer en el país y obtener los elementos necesarios para la Política, se elaboró, con la participación de todas las instituciones de la *Comisión Nacional Interinstitucional*, el *Diagnóstico situacional del cáncer en el país*, el cual fue utilizado como línea de base para la elaboración de estrategias de la política. Posteriormente se realizaron jornadas de consulta pública para obtener la opinión de la ciudadanía y de las diferentes instituciones involucradas en la atención en salud. Actualmente, el diagnóstico, la política y su plan de implementación se encuentran en proceso de oficialización.

El Registro de Cáncer, uno de los ejes de la Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer, busca mejorar la calidad de la información sobre la enfermedad y servir de base para la toma de decisiones. En el último trimestre de 2014, el Ministerio de Salud, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolló el primer curso de capacitación sobre Registro de Cáncer de base poblacional, impartido por expertos internacionales, destacando en este esfuerzo el apoyo del hermano pueblo de Cuba. Este curso fue dirigido a profesionales de los hospitales de referencia nacional y del nivel superior, así como personal del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y del Instituto de Cáncer, con el objetivo de fortalecer las capacidades técnicas de los profesionales, quienes actualmente forman parte de la comisión técnica para el proceso de desarrollo del registro.

Dicho registro permitirá conocer la magnitud del problema por medio de la generación de indicadores de incidencia, prevalencia y mortalidad, que actualmente no es posible definir con exactitud ya que nunca se ha contado con esta herramienta; además, permitirá evaluar el impacto de las políticas de prevención y control del cáncer y generar un soporte para investigación científica, lo que se traducirá en mejores niveles de calidad de los procesos de atención a la persona con diagnóstico de cáncer y a su familia.

En cuanto al Registro Hospitalario, se proyecta disponer de información para la gestión de los recursos e insumos para la mejora en la calidad de atención hospitalaria de las personas con diagnóstico de cáncer. Este iniciará el plan piloto en los hospitales de referencia nacional.



Laboratorio de Cateterismo Cardíaco del Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel.

En el marco del convenio con el Instituto del Cáncer, el Ministerio de Salud hizo entrega de una bomba de cobalto, que permitirá que los pacientes referidos de la red pública tengan acceso a esta modalidad de tratamiento. El MINSAL ha solicitado al Instituto del Cáncer gratuidad en los servicios para los usuarios y usuarias que sean referidos desde la red pública de atención, en consonancia con la subvención anual al Instituto del Cáncer y a uno de los principales principios de nuestra reforma de salud, clave para el acceso universal: la gratuidad.

La bomba de cobalto es una máquina para radioterapia utilizada en el tratamiento de determinadas patologías, específicamente relacionadas con diversos tipos de cáncer. El equipo incluye: sistema base de terapia de rayo externo, mesa de posicionamiento de paciente, colimador, fuente y diferentes accesorios, y está valorada en \$ 908 103.00. La nueva unidad de cobalto mejorará las condiciones de atención del paciente, así como la eficiencia de su tratamiento, lo que generará un mejor control de la enfermedad como sobrevivida no solo de las pacientes con cáncer del cuello uterino sino de la población afectada por enfermedades neoplásicas de diferente tipo.

En cuanto a la prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino, se mantiene la promoción para la práctica de citologías en todos los esta-

blecimientos de la RIISS. También se han implementado nuevas técnicas de tamizaje con el proyecto *Prevención del cáncer de cérvix mediante la prueba de VPH en mujeres de 30 a 59 años de la Región Paracentral de Salud* por medio del convenio entre MINSAL y otras instituciones, logrando el tamizaje de 10 000 mujeres en la mencionada región.

Se fortalecieron trece Unidades de Patología Cervical de establecimientos de salud con un monto de \$ 45 000, dotando de equipos para realización de colposcopia y crioterapia, con fondos provenientes del Banco Mundial, lo cual ha permitido el mejoramiento de la calidad de atención; además, se continuó con la incorporación de los datos de tamizajes de mujeres con base en registro nominal, de acuerdo con el DUI. Se realizaron avances importantes en la actualización del sistema de información basado en los nuevos lineamientos técnicos de atención, incluyendo datos para el seguimiento de las pacientes con lesiones precancerosas, como herramienta útil para facilitar el monitoreo y la evaluación en la atención.

Para lo anterior se dotó de equipo de cómputo a la red de establecimientos de salud (se invirtió en este rubro un monto de \$ 20 000.00), como herramienta para facilitar el monitoreo y evaluación en la atención de las pacientes con lesiones precancerosas y obtener los datos de las usuarias para seguimiento.

Seguridad alimentaria y nutricional como derecho humano

El Ministerio de Salud, consciente de su papel en la lucha contra la malnutrición, especialmente infantil y materna, ha implementado medidas específicas para la atención nutricional que, junto con la ampliación de la cobertura y calidad en la prestación de servicios de salud integrales e integrados, están llegando a las poblaciones más vulnerables en términos nutricionales. Esto contribuye a cerrar las brechas y romper el círculo vicioso de la desnutrición crónica, bajo peso para la edad y anemia, que han venido afectando a los niños y niñas, adolescentes, mujeres y adultos que viven en municipios de mayor pobreza.

Se dotó de un alimento complementario de alto valor nutricional en los 100 municipios de mayor pobreza del país, cubriendo una población de 28 000 niños y niñas entre los seis a veinticuatro meses de edad y 8000 embarazadas y madres lactantes; con esta medida se contribuye a proteger la nutrición materno-infantil en la ventana de los primeros 1000 días de vida.

En cuanto a los resultados de las acciones realizadas en la RISS, se ha reducido el retardo en talla en menores de cinco años de 19.2 % a 13.6 % para el 2014 y se alcanzó un 53 % de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de seis meses atendidos en la red de establecimientos, contribuyendo al crecimiento y desarrollo óptimo previniendo la desnutrición infantil.

Además, se alcanzaron niveles de cumplimiento de fortificación de alimentos arriba del 90 % en harinas de trigo, harinas de maíz y azúcar. La sal está siendo fortificada con yodo, logrando cubrir niveles de importancia biológica del 80 % en la sal comercializada a nivel nacional. La fortificación de estos alimentos está contribuyendo a la prevención de las deficiencias por yodo, vitamina A y hierro en la población salvadoreña.

Se abrieron seis centros recolectores de leche materna en la Región Metropolitana, que abastecen al banco de leche del nuevo Hospital Nacional de la Mujer. Con el funcionamiento permanente de los tres bancos de leche humana a nivel nacional, como parte de las estrategias para la reducción de la mortalidad en neonatos prematuros y de bajo peso al nacer, se ha logrado beneficiar a un total 494 neonatos, con un promedio de 1959 litros de leche recolectada y 6570 madres donantes.

Se han fortalecido las acciones enmarcadas en la estrategia Canguro, mediante la apertura y funcionamiento del albergue para el descanso de los familiares y el equipamiento del área de fisioterapia para estimulación temprana de neonatos del Hospital de la Mujer, contando a la fecha con 596 neonatos prematuros y de bajo peso al nacer beneficiados de manera directa en las tres maternidades del país: Hospital Nacional de la Mujer, Hospital de San Miguel y Hospital de Santa Ana. Se han habilitado el área para la atención con la estrategia Canguro en el Hospital Nacional Dr. Jorge Mazzini Villacorta de Sonsonate, con fondos que ascienden a \$ 13 850.40.

En febrero de 2015, con el objetivo de mejorar las condiciones de transporte neonatal y disminuir los riesgos de complicaciones de niños y niñas referidos al HNNBB, se coordinó con el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) la capacitación de personal en los cursos de "Reanimación neonatal, estabilización y transporte del recién nacido crítico" para implementar el transporte de los neonatos críticos por equipos del SEM, lo que permitió efectuar 12 traslados exitosos en el primer trimestre del 2015.

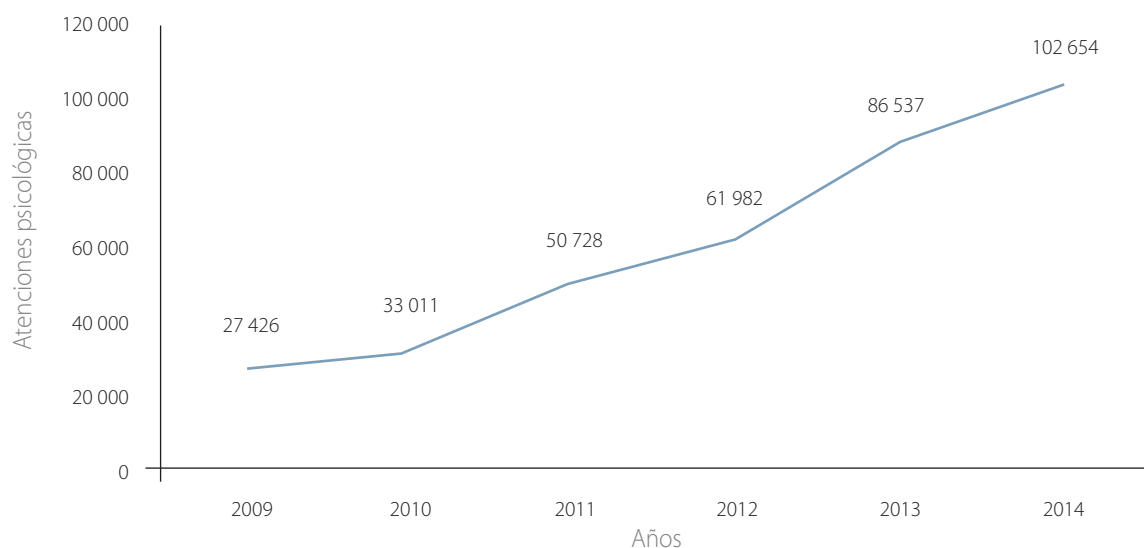
Estas acciones complementan otros programas sociales como el vaso de leche y el paquete agrícola. La Encuesta Nacional de Salud 2014 constató el éxito combinado de estos al reportar la reducción de más de un 30 % en la desnutrición crónica en niños menores de cinco años, igualmente la reducción en este mismo grupo de edad de más de un 50 % de niñas y niños con bajo peso.

Salud bucal

Durante 2013 y 2014 se ha mejorado el registro de atenciones preventivas y curativas, en razón de la implementación de registro de las morbilidades bucales en el SIMMOW, lo que ha permitido una mayor captura y calidad de datos oportunos para la toma de decisiones favoreciendo la identificación de las principales causas de consulta, para la implementación de acciones preventivas, control y tratamiento, tales como caries dental y enfermedades periodontales, y para orientar las atenciones a los grupos prioritarios.

Para 2014 se alcanzaron 6060 atenciones más que en 2013 (2014: 64 895 y 2013: 58 835), lo que equivale a un incremento del 10 %. Con esto se contribuyó a la reducción de las complicaciones durante el embarazo y a mejorar la nutrición de las personas.

GRÁFICA 9. NÚMERO DE ATENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA RIISS, 2009-2014.



Fuente: SIMMOW.

TABLA 4. ATENCIONES BRINDADAS POR CLÍNICAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES

HOSPITAL	ATENCIONES	PORCENTAJE
Hospital Nacional Neumológico Dr. José A. Saldaña, San Salvador	762	32 %
Hospital Nacional Santa Gertrudis, San Vicente	563	23 %
Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana	426	18 %
Hospital Nacional Rosales, San Salvador	372	15 %
Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel	296	12 %
Total	2419	100 %

Fuente: Unidad de Salud Mental.

CUADRO 2. MUNICIPIOS PRIORIZADOS / PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA

N.º	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO PRIORIZADOS
1	Sonsonate	Sonsonate
2	Santa Ana	Santa Ana
3	La Libertad	Colón
4	San Salvador	Ciudad Delgado
5	San Salvador	Mejicanos
6	San Salvador	Soyapango
7	San Salvador	San Salvador (centro)
8	Cuscatlán	Cojutepeque
9	La Paz	Zacatecoluca
10	Usulután	Jiquilisco

Fuente: Unidad de Atención Integral e Integrada a las Personas Víctimas de Violencia.



Salud Mental, un componente olvidado, retomado por la Reforma de Salud.

Abordaje de la salud mental

Por su trascendencia, la atención integral de la salud mental en la población incluye el abordaje de los factores de riesgo psicosocial relacionados con la violencia: suicidio, consumo de sustancias, estructura y disfunción familiar y violencia en todas sus formas. El abordaje intersectorial constituye una estrategia efectiva y sostenible en el tiempo para revertir las condiciones de riesgo psicosociales prevalentes, por lo que bajo este enfoque se elaboró en el presente periodo el Plan de Acción de Salud Mental con un abordaje a lo largo de todo el ciclo de vida.

Con el funcionamiento en red de los Ecos familiares y los Ecos especializados, así como la apertura de 3 Unidades de Salud Mental (Hospital Nacional Santa Gertrudis, Hospital Nacional Rosales y Hospital Nacional de la Mujer), se ha contribuido a mejorar el acceso a atenciones psicológicas, las cuales continúan en aumento, logrando en el periodo 102 654 atenciones. (GRÁFICO 9).

También se ha implementado el *Plan de prevención del consumo nocivo de alcohol y de otras sustan-*

cias psicoactivas para jóvenes en los municipios de Santa Ana, Sonsonate, Colón, San Salvador, Ciudad Delgado, Soyapango, Mejicanos, Cojutepeque, Zacatecoluca y Jiquilisco, con el objetivo de contribuir a la disminución de conductas violentas, prevenir el deterioro de valores y fortalecer la tolerancia la sana convivencia.

Existen en la red hospitalaria cinco clínicas de prevención y tratamiento de adicciones, las cuales brindaron 2419 atenciones de psiquiatría, psicología y trabajo social.

Abordaje de la violencia

En el marco de la participación intersectorial, el Comité Nacional para el Abordaje de la Violencia ha sido desde su conformación y oficialización una instancia de carácter permanente que apoya los esfuerzos institucionales públicos y privados para la consecución de los objetivos encaminados a la prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por la violencia. Se realizaron jornadas intersectoriales para el abordaje integral en Redes (con definición de

los roles de las diferentes instancias de Gobierno) de las personas afectadas por violencia en las regiones oriental y occidental, con la participación de personal multidisciplinario de hospitales, UCSF, CONNA, ISDEMU, FGR, PNC e IML, y una inversión de casi \$ 10 000.

Con el propósito de brindar atención de calidad a la población afectada por todas las formas de violencia, el Ministerio de Salud capacitó personal y lo dotó de equipo y mobiliario para la implementación de áreas especializadas en trece hospitales nacionales, invirtiendo \$ 21 200.00.

En el periodo enero-diciembre de 2014 fueron atendidas en la RISS a nivel nacional 38 037 personas afectadas por violencia en todas sus formas: el 61.6 % (23 435), por lesiones de causa externa; el 21 % (8144), por violencia física; el 9.4 % (3566), por violencia psicológica; el 2.4 % (912), por violencia sexual; y el 2.4 % (899), por violencia autoinflingida. Esta última se relaciona con las muertes maternas.

En el marco del *Plan El Salvador Seguro*, Producto del Consejo Nacional de Violencia y Convivencia Ciudadana el MINSAL se ha planteado once estrategias de prevención de la violencia desde el enfoque de la salud a desarrollarse en todo el país y principalmente en los diez municipios priorizados por el del que forma parte junto a otros representantes del Estado (CUADRO 2).

Atención a la persona veterana de guerra

La profundización de la Reforma de Salud y los esfuerzos por mejorar la salud de la persona veterana de guerra han permitido mejorar la calidad de las atenciones en este sector. Durante este primer año de gestión se han desarrollado más de 10 000 actividades de promoción de la salud, entre consejerías, charlas y sesiones educativas; también el personal de salud del MINSAL ha participado en asambleas convocadas por el sector y en reuniones de coordinación con los referentes de veteranos.

Se han registrado 53 313 atenciones ambulatorias a veteranos de guerra y su grupo familiar en los diferentes establecimientos de la RISS, de las cuales el 83 % fueron curativas y el 17 % preventivas; estas últimas a predominio de inscripciones y controles de adulto, adulto mayor, planificación familiar y examen físico de mama y toma de citologías. Se registraron 12 486 atenciones odontológicas en los diferentes niveles, 9722 atenciones y procedimientos de fisioterapia; por otra parte, se realizaron 2328 visitas domiciliarias.

Para el abordaje de la salud mental se realizaron jornadas grupales de psicoterapia, autoayuda, apoyo psicosocial y grupos psicoeducativos.

Las diferentes acciones realizadas con el sector han permitido identificar sus principales causas de morbilidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis reumatoide, hiperlipidemia, alcoholismo crónico, insuficiencia renal crónica, discapacidad motora, trastorno de ansiedad, gastritis, síndrome de colon irritable, pterigión, catarata, hiperplasia de la próstata. Esta información ha hecho posible orientar adecuadamente la asignación de recursos.

Asimismo, se logró un avance sustancial en la realización de intervenciones quirúrgicas en los hospitales nacionales, registrándose 137 cirugías: extracción intracapsular de cristalino, extirpación de hemorroides, ligadura y extirpación de várices de miembros inferiores, cistoscopia, incisión de tejido blando, prostatectomía, extirpación local de lesión de mama, reparación bilateral de hernia inguinal e histerectomía abdominal total. Con la finalidad de responder a las necesidades de atención, se ha planificado el desarrollo de jornadas médico-quirúrgicas en los hospitales San Juan de Dios (San Miguel), Santa Gertrudis (San Vicente), San Rafael (Santa Tecla) y Zacamil (San Salvador).

Para la atención de las personas con enfermedades oftalmológicas que no requieren cirugía se diseñó un mecanismo para proporcionar lentes a quienes los necesiten; este servicio estará disponible a partir del segundo semestre del presente año.

Además, a fin de mejorar la capacidad instalada para el adecuado abordaje de las patologías más frecuentes se invirtió más de \$ 2.5 millones en insumos y equipamiento para las RISS, entre los que destacan: un equipo de angiografía en el hospital San Juan de Dios de San Miguel, valorado en más de un millón de dólares, torres de videoendoscopia, equipos de fisioterapia y ultrasonografía, electrocardiógrafos, servicios de prótesis de rodillas, insumos y medicamentos urológicos, oftalmológicos y para el funcionamiento de las unidades del dolor y cuidados paliativos.

Por otra parte, en las UCSF de todo el país se está realizando un proceso de depuración y actualización del censo de la población veterana, levantado por la Secretaría Técnica de la Presidencia en 2011. A finales de 2014, los datos reportados son: 19 945 veteranos, de los cuales 15 273 han recibido evaluación médica, lo que equivale al 76.57 % de avance, quedando pendientes 4672.

Control de las enfermedades desatendidas

La Comisión Técnica y Nacional, con el objetivo de evaluar las diferentes acciones encaminadas a eliminar las enfermedades desatendidas, como la geohelmintiasis, la lepra, la leishmaniasis, la leptospirosis, la toxoplasmosis, la enfermedad de Chagas, la malaria, la sífilis congénita y la rabia humana, ha iniciado la evaluación de la vigilancia epidemiológica y las coberturas de vacunación.

En cuanto a la atención a las personas expuestas al virus de la rabia, durante 2014 se reportaron 22 630 atenciones, sin que haya casos de rabia humana por sexto año consecutivo. (Ver Capítulo 2, Cuidando la salud, conservando el medio ambiente).

Se identificaron cinco casos nuevos de lepra durante 2014, los cuales se han monitorizado y vigilado en los diferentes municipios donde se verificaron: San Miguel, San Francisco Gotera, San Pedro Masahuat y Aguilares; todas las personas enfermas recibieron tratamiento oportuno. Además se identificaron y trataron 31 casos de leishmaniasis cutánea, reportados en el departamento de La Unión, a los que también se brindó tratamiento y seguimiento oportunos.

Referente a la geohelmintiasis, se ejecutó la campaña en niños escolares de cinco a catorce años para desparasitar a 715 634 de los municipios priorizados con alta prevalencia de geohelminthos.

No se reportan personas enfermas por leptospirosis y se está realizando la investigación sobre seroprevalencia de toxoplasmosis en embarazadas que consultan en el Hospital Nacional Zacamil.

Control de las enfermedades emergentes

Ver Capítulo 3, apartado Más allá de los servicios de salud. Abordaje de dengue, fiebre chikunguña y preparativos para la enfermedad por virus del Ébola.

Vigilancia y control de la resistencia bacteriana

En el área de vigilancia de la resistencia bacteriana se identificó un brote epidémico de *Acinetobacter baumannii* multirresistente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de San Miguel. En respuesta, el Ministerio de Salud formuló los Lineamientos de atención para el manejo de brote. Además, se ha realizado monitoreo de los reportes

de bacteriología de once hospitales nacionales y la respectiva actualización del cubo bacteriológico, la monitorización de bacterias multidrogasresistentes (MDR) y elaboración de lineamientos de control de bacterias multirresistentes, lo que permite el diseño de protocolos y la adopción o el fortalecimiento de medidas sanitarias adecuadas y oportunas.

Prevención y control del VIH-sida e infecciones de transmisión sexual

En cumplimiento del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-sida e ITS, 2011-2015 (PENM), se han desarrollado diversas estrategias, que han mostrado los siguientes resultados:

Transmisión vertical madre niño y niña

Los casos registrados de transmisión madre-hijo de VIH y sífilis congénita indican que en 2014 se ha verificado una disminución del 50 % con relación a 2013. Esta baja de casos ocurre principalmente a causa de la oferta de dos tamizajes prenatales, lo que da la oportunidad de detectar el virus y ofrecer tratamiento antirretroviral de forma oportuna para que el niño o niña nazca libre de la infección por VIH. En cuanto a la sífilis, la oferta de pruebas permite identificar casos y darles tratamiento para evitar complicaciones en los recién nacidos; de igual manera, la reducción de casos de sífilis congénita está relacionada con la mejora en el acceso a la atención prenatal oportuna.

Una de las experiencias exitosas que el país ha evidenciado en este periodo es la reducción un 66 % de casos de niños con VIH infectados por la vía vertical, ya que de 15 casos detectados en 2009, solo 3 niños se reportaron en 2014.

Prevención por la vía sanguínea

Gracias a que se ha mantenido la calidad de sangre segura no se han presentado casos de transmisión de VIH por esta vía; al 100 % de las personas que donan sangre se les realizan las pruebas de VIH, Chagas, hepatitis B, hepatitis C y sífilis, sumando otra experiencia exitosa en El Salvador.

Prevención del VIH en personas privadas de libertad (PPL)

Se ha continuado fortaleciendo el trabajo intersectorial en los 27 centros penales del país, tanto a nivel del

centro penitenciario como a nivel hospitalario; una de las estrategias más relevantes ha sido la organización de grupos de apoyo al interior de los centros donde hay más de tres personas privadas de libertad con VIH.

Se inició también la estrategia de detección de sífilis en el 70 % de centro penales, acompañada de acciones de promoción para prevenir el VIH y las ITS con la visita íntima; para ello se han organizado veintidós equipos multidisciplinarios del MINSAL y de centros penales, a quienes se monitorea y acompaña con asistencia técnica y capacitación continua para el trabajo de salud integral con personas privadas de libertad.

Un hecho importante ha sido la reactivación de la Red Centroamericana y República Dominicana para la Prevención y Acción Integral de las ITS, VIH-sida en centros penitenciarios (REDCARD) y la celebración del IV Foro Centroamericano y República Dominicana de VIH y Centros Penitenciarios, con la participación de los países del COMISCA. Para fortalecer la respuesta regional se realizaron tres intercambios de experiencia entre países de la REDCARD, recibiendo en nuestro país a Guatemala y Panamá.

Prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual

Con el objetivo de reducir la tasa de nuevas infecciones por medio de una combinación de estrategias, se ha incluido en los *Lineamientos técnicos para el control de las ITS* el manejo basado en el abordaje sindrómico de las ITS, que incluye el cambio de conducta, la reducción del riesgo, el uso de condones y el tratamiento temprano. El abordaje sindrómico es una estrategia para atender a las personas con ITS en los entornos con dificultades de recursos diagnósticos, permitiendo a las personas proveedoras de servicios de salud diagnosticar y tratar integralmente a las personas en la primera visita y en el mismo momento, sin tener que esperar los resultados de exámenes de laboratorio.

También se ha fortalecido la Estrategia de Vigilancia Centinela de las ITS dirigida a poblaciones clave, tales como mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres transgénero, para lo cual se abrieron cinco clínicas de Vigilancia Centinela para las ITS (VICITS): Puerto La Unión, Dr. Tomás Pineda Martínez en Santa Ana, Díaz del Pinal en Santa Tecla, Periférica de Ahuachapán y Puerto de la Libertad, completando un total de diez a nivel nacional.

Con la finalidad de garantizar la realización y la calidad de las pruebas diagnósticas y de seguimiento del VIH e ITS, se ha aumentado la aplicación de las pruebas realizadas por las unidades móviles, mejorando así el acceso a un diagnóstico y tratamiento oportuno, logrando un 175 % de las metas cumplidas.

Atención a las personas con infección por VIH

Para mantener el control de la enfermedad y evitar su progresión, el Ministerio de Salud brinda atención integral en VIH en veinte hospitales de la red nacional. La atención incluye medicamentos antirretrovirales y pruebas de seguimiento, dispensando tratamiento mensual a 7935 personas; en promedio, el MINSAL ha entregado diariamente 397 tratamientos antirretrovirales, con una inversión diaria de \$ 140 230.00. Por otra parte, solo durante 2014, iniciaron más de 1120 nuevos tratamientos, condición que permite un mejor control de la transmisión. También se han estandarizado los esquemas de inicio de tratamiento para adultos, embarazadas y niños, los esquemas de segunda y tercera líneas para adultos y niños, y los esquemas de profilaxis posexposición al VIH en el sector laboral y por abuso sexual, actualizando la guía de atención a personas con infección por VIH en coherencia con las guías de la OMS.

El compromiso del Ministerio de Salud con los grupos infectados por el VIH ha permitido ampliar la oferta de servicios a nivel nacional para su atención integral. Desde hace cinco años se ha venido fortaleciendo la atención inmediata a los pacientes que requieran iniciar su terapia antirretroviral; es relevante el hecho de que no existe lista de espera en nuestros establecimientos ni hay casos de desabastecimiento de antirretrovirales. Con el apoyo del Nuevo Modelo de Financiamiento del Fondo Mundial, se ha descentralizado la realización de pruebas de carga viral y confirmaciones de sífilis en la Región Oriental, fortaleciendo el banco de sangre del Hospital San Juan de Dios de San Miguel, facilitando a la población el acceso a estas pruebas, ya que antes solo se realizaban en Laboratorio Central de San Salvador.

Promoción y educación para el cambio de comportamiento y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Para reducir la mortalidad por VIH y por coinfecciones de otras enfermedades oportunistas y aumentar la adherencia al tratamiento antirretroviral, se ha tra-



Humanización del trato y respeto a la privacidad de los pacientes, Hospital Nacional Rosales.

bajado en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención en la promoción del cambio de comportamiento para la prevención del VIH, ITS e infecciones oportunistas entre la población general y principalmente entre grupos de alto riesgo. Además, mediante diferentes estrategias y con el propósito de disminuir infecciones por VIH en mujeres, desde enero de 2014 se ha puesto a disponibilidad el condón femenino en la red nacional de servicios de salud; esta innovación en el contexto salvadoreño ha exigido orientación oportuna y confiable, para lo cual se capacitó a 264 profesionales de salud del Primer Nivel de Atención. Esto constituye una oportunidad para que la mujer tome el control y decida un método de prevención para evitar la infección por el VIH.

Atención a las personas de la diversidad sexual

Para promover su atención, y en cumplimiento del acuerdo ministerial n.º 202 y del decreto presidencial n.º 56, que prohíbe todo tipo de estigma y discriminación por orientación sexual e identidad de género, se realiza el abordaje integral de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales e intersexuales (LGBTI), se han revisado, actualizado

y divulgado los Lineamientos para el abordaje en salud de las personas LGBTI.

Alianzas estratégicas con sociedad civil

Desde octubre de 2009, el Programa Nacional de ITS/VIH/sida estableció reuniones mensuales con las diferentes organizaciones de sociedad civil, con el objetivo de realizar un trabajo coordinado y de planificación conjunta, favoreciendo la contraloría social que ejercen por medio de un modelo de trabajo transparente y sobre todo con participación social.

Incidencia política

El reconocimiento y liderazgo del país en la respuesta regional al VIH ha permitido la nominación de El Salvador como sede de la Secretaría del Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) para la respuesta al VIH, tuberculosis y malaria, una instancia técnica asesora del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA).

El país ha construido una visión nacional en la que los diferentes sectores que trabajan en la respuesta al VIH tienen un espacio de análisis, discusión

y coordinación para alcanzar las metas del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2011-2015. En el Mecanismo de Coordinación de País de El Salvador (MCP-ES), se unifican estos esfuerzos, lo que ha permitido que se ubique como los mejores cuatro MCP del mundo.

Atención de la tuberculosis

La tuberculosis es uno de los problemas de salud cuya prevalencia se ha reducido considerablemente como resultado de múltiples acciones, entre ellas el exitoso abordaje del tratamiento acortado estrictamente supervisado, aplicado en el 100 % de los establecimientos del MINSAL, y que ha contribuido a lograr una curación de casos arriba del 90 %, sobrepasando la meta mundial del 85 %. Debido a este logro, El Salvador continúa siendo seleccionado como sede para el desarrollo de eventos internacionales, tales como el XXIV Curso Internacional de Epidemiología y Control de la Tuberculosis, desarrollado en marzo 2015.

Con el apoyo financiero del Fondo Mundial se ha continuado desarrollando el proyecto de la Ronda 9, que ha permitido establecer alianzas entre el ISSS y la Dirección de Centros Penales, con lo cual se ha aumentado en un 24 % la detección de casos de tuberculosis en centros penales. Por otra parte, el éxito del tratamiento de los casos de tuberculosis baciloscopía positiva se mantuvo en un 94 %.

Se investigó un 96 % de contactos de los casos de tuberculosis utilizando pruebas de ADN en población privada de libertad, proporcionando resultados en aproximadamente dos horas, lo que permite el inicio temprano del tratamiento y ayuda a prevenir la difusión de más personas. Además, se ha extendido esta tecnología diagnóstica al Seguro Social y a 25 centros penitenciarios; así, El Salvador se ubica dentro de una limitada lista de países de América que cuentan con esta tecnología, junto con Panamá, Brasil, México y República Dominicana.

También se capacitó al 100 % de puntos focales de tuberculosis en las clínicas de los centros penales; se ha descartado tuberculosis en un 98 % de la población infantil con VIH, lo que permitió la administración de terapia farmacológica preventiva.

Con el financiamiento externo de parte de la Cooperación Alemana, a través del proyecto Backup se elaboró el módulo de registro de descarte de tuberculosis en personas con VIH en formato mecani-

zado y con enlace del SIAP, así como la elaboración de la Estrategia Nacional de Participación Comunitaria, con asesoramiento del Foro Nacional de Salud, que contribuirá a mejorar la respuesta al control de la enfermedad en esta población vulnerable.

Además, se han fortalecido los servicios de salud mediante la implementación del control de infecciones con énfasis en tuberculosis, ejecutadas desde 2014 en los hospitales San Juan de Dios de Santa Ana y San Juan de Dios de San Miguel en coordinación con el Programa Nacional de ITS/VIH/sida y el Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Esto ha requerido financiamiento para compra de insumos y adecuación de áreas, lo que permitirá el control de infecciones entre los trabajadores de salud, los pacientes y las familias.

En marzo de 2015 se celebró el III Congreso Nacional de Tuberculosis de las Instituciones Formadoras de Recursos en Salud, denominado *Compromiso de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud para el control de infecciones en tuberculosis*, en el que participaron ponentes de Perú y España, Estados miembros de la Unión Internacional de la Lucha Contra la Tuberculosis.

Con la finalidad de mejorar la prevención y el seguimiento del personal de salud, se desarrolló el X Diplomado de Atención Integral de la Tuberculosis, dirigido a personal multidisciplinario de todas las instituciones prestadoras de servicios (ISSS, Bienestar Magisterial, Centros Penales, Sanidad Militar) y de instituciones formadoras de recursos humanos de salud.

Como una de las acciones para la buena conservación y transporte de muestras de esputo, el MINSAL entregó a cada centro penitenciario insumos para garantizar la cadena de frío.

RED DE LABORATORIOS Y BANCOS DE SANGRE

Red Nacional de Laboratorios Clínicos

Esta red se reorganizó durante el segundo semestre de 2012, en el marco del proceso de conformación del INS, como una estrategia de integración de los laboratorios del MINSAL que contribuyera a mejorar su capacidad resolutive y a brindar una mejor respuesta a las necesidades de la población.

Por medio de esta red, se coordinó el proceso de compra de las pruebas de laboratorio para el tamizaje neonatal del hipotiroidismo congénito dentro de la red pública de salud, lo que permitió la evaluación



Remodelación del servicio de emergencia y construcción del área de observación del Hospital Zaldaña.



costo-beneficio del Programa de Tamizaje Neonatal, justificando su existencia al beneficiar a los niños y niñas que nacen con esta enfermedad.

Propuesta de Ley para Servicios de Sangre

Para contribuir a la construcción del marco legal y al fortalecimiento normativo, la Red Nacional de Bancos de Sangre coordinó y participó en el proceso de elaboración del documento Propuesta de Ley para Servicios de Sangre, cuyo objeto es regular la provisión de la sangre humana y sus componentes por medio de la donación voluntaria no remunerada, el procesamiento, almacenamiento, distribución y uso, a fin de asegurar su disponibilidad y acceso como un bien público y de interés nacional.

Manual de Inspección Sanitaria

Se socializó con el personal de bancos de sangre y servicios de transfusión el Manual de Inspección Sanitaria, que orientará la supervisión y el adecuado funcionamiento de estos servicios y la evaluación basada en riesgo.

INFRAESTRUCTURA SANITARIA FORTALECIDA Y SEGURA

Se ha mejorado sostenidamente la infraestructura sanitaria y su equipamiento, elemento esencial para el avance continuo de la calidad y el acceso a la sa-

lud: se inauguraron y pusieron en funcionamiento 78 establecimientos de salud y áreas hospitalarias, a saber: 33 UCSF, 4 hogares de espera materna, 5 clínicas de vigilancia centinela de infecciones de transmisión sexual (VICITS), 4 laboratorios clínicos regionales, 6 nuevos centros recolectores de leche humana y 26 áreas hospitalarias con una inversión de \$ 15.2 millones provenientes de Fondos GOES, PRIDES/BID, PEIS, Cooperación de Japón, Comunidades Solidarias, entre otros. A un costo de 2.9 millones iniciaron funcionamiento tres unidades de salud mental, en los hospitales de la Mujer, Rosales y San Vicente y otras obras en diferentes ambientes de atenciones hospitalarias.

Además, en el presente período se destacan las siguientes obras:

Farmacia especializada para la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. en el antiguo Hospital de Maternidad, a un monto de \$ 1.5 millones, la primera de 5 farmacias que se podrán en funcionamiento a nivel nacional. (Ver sub-capítulo: Medicamentos de Calidad y de forma oportuna)

Centro Oftalmológico, en el Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente, con una inversión en equipamiento e infraestructura de \$ 1.08 millones, que aplicará en el país con personal salvadoreño la tecnología y logros de la Misión Milagro, con una producción anual de más de 4300 cirugías.

Laboratorio de Cateterismo Cardíaco: en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, a un costo de \$1.2 millones de dólares, con tecnología de última generación al alcance de la población con enfermedades cardiovasculares.

Funcionamiento del Hospital Nacional de la Mujer: Tecnología de punta y excelente calidad para sus usuarias, adecuando y equipando áreas estratégicas del hospital a un monto de 1.7 millones.

Inversión de un millón de dólares, en una Bomba de Cobalto, equipos de colposcopia y crioterapia de las áreas de patología cervical, así como el equipamiento del área canguro del Hospital Nacional de Sonsonate Dr. Jorge Mazzini Villacorta.

Reanudación de la construcción del Hospital de la Unión, específicamente la denominada obra 2, con una inversión de \$13.8 millones, procedentes de fondos PEIS, que incluye la consulta externa, farmacia,

medicina física, estadística y documentos médicos, dirección y administración, así como el área de hospitalización que albergará 101 camas y un sistema de energía mixta (energía tradicional y solar), amigable con el medio ambiente.

Además se encuentran en diferentes niveles de ejecución un total de 38 infraestructuras sanitarias a un monto de \$ 12.7 millones.

SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

En el fortalecimiento del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) se definió la *flota de ambulancias que estarán asignadas al SEM*, adquiriéndose diez que fueron distribuidas en el área metropolitana de San Salvador.

El SEM ha trazado la expansión de su cobertura en todo el territorio nacional, basada en un análisis de población, emergencias y llamadas al número 132.



Atención de emergencias en el área metropolitana de San Salvador.

CUADRO 4. PORCENTAJE DE TRASLADOS REALIZADOS A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CENTRO DE TRASLADO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Hospitales de Tercer Nivel de Atención	5.32 %
Hospitales de Segundo Nivel región metropolitana (incluye Hospital San Rafael)	37.04 %
Otros Hospitales de Segundo Nivel	24.68 %
Hospitales ISSS	13.84 %
Unidades Médicas ISSS	2.15 %
Unidades de Salud/CAE/FOSALUD	15.62 %
Hospitales privados	1.36 %

Fuente: Sistema de Información del SEM-SISEM.

Formación de recursos humanos en emergencias médicas. En 2014 se capacitó un total de 616 profesionales de la salud de las instituciones que conforman el SEM: PNC, ISSS, cuerpos de socorro, personal de las unidades de emergencia de los hospitales y médicos y enfermeras de las UCSF del MINSAL. Entre los cursos impartidos están: *Alta especialización en soporte vital cardiológico y soporte vital al trauma, Primeros auxilios básicos y Manejo defensivo.* Con ello se logró fortalecer la capacidad resolutive y de primera respuesta del recurso humano sanitario de cara a atender a las personas en estado de emergencias médicas.

Calificar a los recursos humanos del Centro Coordinador del SEM, las bases operativas y las distintas instituciones del SEM ha permitido que El Salvador cuente con personal especializado para recepción de llamadas en emergencias, atención profesional en el sitio del evento y traslado según la patología y la capacidad instalada de cada centro de atención.

Desde el 2014 se encuentra en pleno funcionamiento el *Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas*, que cumple el objetivo de coordinar los recursos sanitarios destinados a la atención prehospitalaria en casos de emergencias, realizando acciones en salud a los sitios en donde ha ocurrido un evento que ha puesto en riesgo vidas humanas.

De esta manera, el ministerio está dando respuesta a la atención de las emergencias prehospitalarias, un sector históricamente desatendido en el país.

Atenciones prehospitalarias realizadas. Se atendieron 41 619 demandas por medio del envío de asistencia con ambulancias del SEM o en coordinación con otros cuerpos de socorro a través del Centro Coordinador; 2529 demandas informativas (llamadas al 132 que no ameritaban envío de ambulancia), a las que se les dio orientación específica para cada caso; y 1284 transportes de pacientes críticos entre establecimientos de la RIISS. (CUADRO 3)

Con esto se ha incidido en la atención de emergencias prehospitalarias, y en el traslado adecuado según los lineamientos de la RIISS, logrando determinar con precisión que el paciente sea trasladado al establecimiento de salud de acuerdo a su capacidad instalada para atender la enfermedad detectada y la condición de riesgo que presenta (CUADRO 4).

Funcionamiento y equipamiento de cuatro bases operativas del Sistema de Emergencias Médicas (BOSEM), dotándolas de pantallas nuevas para visualización de las diferentes emergencias médicas reportadas y facilitando su respuesta y seguimiento. Dichas bases están ubicadas en el área metropolitana de San Salvador: Monserrat, Soyapango, Zacamil y Santa Tecla.

MEDICAMENTOS GRATUITOS, DE CALIDAD Y DE FORMA OPORTUNA



Voluntad política para garantizar el acceso a los medicamentos, Hospital Nacional Rosales.

La gestión 2009-2014 estuvo marcada por un suceso muy importante en la vida de los salvadoreños. Después de muchos años de lucha por el derecho a la vida y a la salud, se logró establecer un marco normativo que regula la comercialización de medicamentos en el país, gracias, en gran medida, a la activa participación de la sociedad civil organizada desde 2002 en la Acción para la Salud en El Salvador (APSAL), que posteriormente se convirtió en la Alianza Ciudadana Contra la Privatización (ACCP). La Alianza facilitó importantemente el posterior surgimiento y desarrollo del Foro Nacional de Salud. Igualmente contribuyó significativamente en este esfuerzo el aporte científico-técnico desde el CENSALUD de la UES con los estudios pioneros sobre precios de medicamentos y la situación del mercado de los mismos.

En el ámbito de medicamentos y vacunas, la gestión actual ha orientado sus políticas a garantizar que la población que nunca había tenido acceso a estos productos y quienes estaban severamente limitados por su condición socioeconómica ahora puedan obtenerlos. Asimismo, se ha promovido su racionalización en aquellos sectores de la población que, teniendo capacidad para adquirirlos, han sido víctimas de la publicidad desregulada, de su uso irracional, de sus altos costos y del elevado nivel de medicalización del sistema.

La Ley de Medicamentos, que ahora cumple un poco más de tres años de vigencia, responde a las recomendaciones de la Política Nacional de Salud y, fundamentalmente, a la Política Nacional de Medicamentos, cuyo objetivo es garantizar a la población la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos esenciales, así como su uso racional tanto por profesionales de la salud como por los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

En ese contexto, el MINSAL ha realizado acciones concretas en cada uno de los componentes de la Política Farmacéutica Nacional orientadas a cumplir el principal objetivo de la Política Nacional de Salud y a dar continuidad a uno de los ejes fundamentales de la Reforma de Salud.

ACCESO

La Organización de las Naciones Unidas reconoció en 1948 que la salud es uno de los derechos humanos fundamentales. Durante los últimos seis años, garantizar el ejercicio pleno de este derecho a toda la población salvadoreña ha sido el objetivo fundamental de la Política de Salud.

El cumplimiento de ese derecho incluye, pero sin limitarse a ello, acceso a servicios de salud, prevención, cuidado y tratamiento oportuno de los problemas de salud, lo cual a su vez exige a su vez acceso a medicamentos esenciales, como herramientas eficaces para su solución.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el acceso equitativo a los medicamentos seguros y asequibles es de importancia vital para contribuir a que todo el mundo goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. En vista de ello, los Estados miembros de la OMS reafirmaron su compromiso con esos principios en mayo de 2008, con la adopción de una resolución sobre la Estrategia mundial y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

Listado de medicamentos esenciales

En El Salvador este derecho se ha plasmado en la Ley de Medicamentos, que ordena la elaboración y actualización anual de un Listado Oficial de Medicamentos que deberán estar disponibles en el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud ha participado activamente en la definición del listado en sus tres ediciones y ha elaborado adicionalmente un Listado Complementario Institucional destinado a satisfacer demandas o necesidades excepcionales o eventuales que, junto con el Listado Oficial de Medicamentos de la DNM, constituye el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME). La 3.ª edición del Listado Oficial de Medicamentos (2015) está disponible en el sitio web de la Dirección Nacional de Medicamentos.¹ Mientras que el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales se podrá consultar en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria del MINSAL a partir de junio de 2015.²

Financiamiento público sostenible

El gasto en medicamentos en 2014 fue de \$ 44.3 millones, mientras que el presupuesto votado para 2015 es de \$ 49.1 millones, suma que contribuirá a incrementar el abastecimiento de medicamentos en la red de servicios.

Una de las estrategias del MINSAL para realizar compras eficientes es la consolidación de las compras de medicamentos de hospitales y regiones del primer nivel de atención en un solo proceso de compra directa, en lo que se llama compra conjunta de medicamentos. Para 2014, el MINSAL designó un total de \$ 27.7 millones para la compra conjunta de un total de 450 medicamentos. La eficiencia en la compra conjunta de medicamentos 01/2014 evitó al Ministerio un gasto excesivo de cerca de \$ 60 millones si se hubieran comprado las ofertas de mayor precio, especialmente los medicamentos de marcas internacionales posicionadas en el mercado privado. Por otro lado, se invirtió un total de \$ 12.1 millones en vacunas, y para el año 2015 está programada una inversión de \$13.2 millones para cubrir el Programa Nacional de Inmunizaciones.

Otro mecanismo de contención de costos que el MINSAL ha implementado a fin de optimizar el uso

1. <http://www.medicamentos.gob.sv/tmp/archivos/listado%20oficial%20de%20medicamentos%202015.pdf>

2. <http://www.salud.gob.sv/institucion/area-interna/centro-virtual-de-docum>

del presupuesto institucional de medicamentos y generar ahorros que permitan ampliar más la cobertura en salud es la negociación conjunta de precios a nivel de América Central y República Dominicana, que ha sido muy exitosa en el contexto del Sistema de Integración Centroamericana y que incluso fue reconocido como uno de los avances más importantes en la integración regional durante la pasada Cumbre de Presidentes, en Punta Cana, República Dominicana.

Los mecanismos de contención de costos constituyen una prioridad para el MINSAL, al igual que para todos los países en el mundo entero, independientemente de su nivel de desarrollo y de su capacidad económica, ya que muchos medicamentos de última generación, tales como anticuerpos monoclonales, inmunosupresores, medicamentos biológicos y otros, tienen costos elevadísimos de hasta \$ 300 000 por persona al año, por lo que instrumentos que racionalicen el gasto o los fondos destinados a este rubro, como los listados oficiales, las compras conjuntas, las evaluaciones de tecnologías, las evaluaciones económicas (costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad e impacto presupuestario) y otros, son fundamentales para nuestros países, por lo que el MINSAL ha incorporado su implementación, fortalecimiento, ampliación y búsqueda permanente como parte de su política.

Precios asequibles

El precio de los medicamentos no solo afecta a las instituciones públicas que se encargan de su financiamiento, también impacta en gran medida en el bolsillo de la población, sobre todo en mercados en los que, a pesar de la regulación del Estado, los precios de los medicamentos genéricos tienden constantemente al alza. Para resolver esta situación se ha propuesto a la Dirección Nacional de Medicamentos hacer una modificación al Reglamento de precios máximos de venta al público, para que los medicamentos genéricos (es decir, aquellos competidores que entran en el mercado cuando la patente del producto original se ha agotado) reduzcan su precio entre 30 % y 40 % adicional a su precio actual.

Estas medidas no son suficientes sin una política nacional de promoción de medicamentos genéricos, por lo que es importante que los prescriptores y dispensadores promuevan el uso de medicamentos de alta calidad que se comercializan en el mercado,

confiando en que su eficacia-seguridad y costo-efectividad para resolver los problemas de salud de la población será garantizada por la Dirección Nacional de Medicamentos y el MINSAL. Para esto se debe luchar constantemente contra la promoción y la publicidad dirigidas al consumidor y a los profesionales de la salud, quienes se ven constantemente presionados a recetar una marca comercial específica a pesar de haber otras alternativas genéricas de igual calidad y efectividad.

Sistemas de suministros fiables

En julio de 2014 se realizó un diagnóstico de los problemas relacionados con la gestión y el suministro de medicamentos. Este diagnóstico reveló que muchos de estos problemas tienen que ver con la falta de informatización del uso de los medicamentos por parte de los establecimientos, lo cual se ha visto frustrado dada la negativa de un sector de la oposición política de invertir recursos en la digitalización de todos los establecimientos de salud. Otros problemas encontrados son la falta de ofertas de las empresas farmacéuticas (con lo cual las licitaciones de algunos productos se declaran desiertas), los errores de las empresas en la presentación de ofertas (por lo que algunos productos quedan sin adjudicar) y el incumplimiento de los oferentes en las entregas de los productos adjudicados.

Con todo y las dificultades, el MINSAL ha mejorado el abastecimiento de medicamentos, manteniendo un promedio de 85 % a nivel nacional y mejorando la eficiencia de las compras, aumentando también la calidad de los productos adquiridos y promoviendo la adquisición de medicamentos genéricos de la mayor calidad disponible a precios razonables. Aprovechando la eficiencia de la compra de medicamentos en 2014, esta gestión procedió a prorrogar los contratos para todo el año 2015, con lo cual se evitó un desabastecimiento de los establecimientos de salud.

2. CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICACIA

El objetivo de la Política de Medicamentos es asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos (incluyendo las vacunas) mediante un sistema de regulación y vigilancia que considere normas claras para la producción, el registro sanitario, la adquisición, la importación, la exportación, la distribución, el suministro y la venta de los medicamentos.

En el primer trimestre de 2015 y a petición del MINSAL se inició un plan de auditoría de las condiciones de almacenamiento en los almacenes y farmacias de hospitales nacionales y en los almacenes regionales, empleando para ello una lista de verificación de buenas prácticas de almacenamiento, aprobada por la Dirección Nacional de Medicamentos, actividad en la que se han evaluado cuatro hospitales y dos regiones.

Actualmente, el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional de Medicamentos hacen gestiones para fortalecer las capacidades nacionales para asegurar la calidad de los medicamentos, tanto los que adquiere la población en el sector privado como los que adquieren las instituciones públicas para brindar servicios de salud a su población usuaria.

Esta tarea es responsabilidad de la Dirección Nacional de Medicamentos, que ha dado pasos muy grandes para avanzar en la garantía de la calidad, especialmente ordenando el registro sanitario de los productos que se comercializan en el país, verificando la calidad del primer lote de producción o de importación e iniciando con la vigilancia de la calidad poscomercialización, es decir, de la calidad de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado.

Por su parte, el Ministerio de Salud ejerce control de los medicamentos que se adquieren en las compras conjuntas y en las compras locales de medicamentos mediante su Laboratorio de Control de Calidad (LCC) para garantizar que los medicamentos que consume la población que hace uso de los servicios de salud de la red del MINSAL son óptimos.

Como resultado de esta búsqueda de mejora de la calidad de los medicamentos, entre junio de 2014 y mayo de 2015, se han realizado 4057 análisis, de los cuales el 74.5 % corresponde a medicamentos y el 25.5 % a insumos médicos, para lo que se efectuaron 25 478 determinaciones microbiológicas y físico-químicas que dieron como resultado el rechazo de 49 lotes, lo que representa un 1.21 % de rechazos del total de lotes adquiridos por el MINSAL. Entre las pruebas que se realizan a medicamentos e insumos médicos se pueden citar: determinación de pH, ensayo o potencia de cada principio activo, identificación, disolución, desintegración, cloruros, sustancias oxidables, calcio, sulfato, determinación de agua, magnesio, dextrosa.

Los rechazos más frecuentes en estos productos se deben a inestabilidad del medicamento o del in-

sumo médico, como cambios de coloración, endurecimiento de los polvos, entre otros. Los rechazos en el análisis por pruebas fuera de especificaciones más frecuentes son: disolución, esterilidad, ensayo y absorbencia. Además, en el momento de la inspección por atributos previo al análisis del LCC se han detectado productos que carecen de la rotulación mínima requerida o que presentan errores en estos datos, como número de lote y fecha de vencimiento; así como otros elementos: cambio en forma farmacéutica y presentación contratada, cambio de origen, fabricante y marca, concentración diferente a lo contratado, diferente número de registro en empaque y en la oferta presentada, ausencia de protección a la luz según la base, tapón inadecuado, falta de la leyenda "propiedad del MINSAL, prohibida su venta", entre otras.

Para contar con la capacidad técnica para realizar las determinaciones de control de calidad se logró la Renovación de la Acreditación del Laboratorio bajo la norma ISO/IEC 17025:05 por el ente acreditador nacional de nuestro país, Organismo Salvadoreño de Acreditación (OSA). Además, se efectuaron dos pruebas interlaboratorio, una de OPS y la otra del Instituto Nacional de Salud de Perú, lo que permite también medir la capacidad técnica instalada para realizar análisis de medicamentos.

Con el fin de agilizar la respuesta de análisis se fortalecieron las áreas que conforman el LCC con la adquisición por Fondo de Actividades Especiales de un cromatógrafo líquido de alta resolución con arreglo de diodos, una microbalanza y un disolutor para



Personal de salud aportando a la elaboración del listado institucional de medicamentos.

El MINSAL ha mejorado el abastecimiento de medicamentos, manteniendo un promedio de 85 % a nivel nacional y mejorando la eficiencia de las compras.

Para mejorar la calidad de los medicamentos, entre junio de 2014 y mayo de 2015, se han realizado 4057 análisis de medicamentos e insumos médicos

La Farmacia Especializada ha atendido 23 902 pacientes en todo el periodo (de septiembre de 2014 a mayo de 2015).

Se lograron coberturas útiles del 85 % de BCG, el 96 % de rotavirus, el 93 % de OPV, el 93 % de pentavalente y el 86 % de neumococo.



Laboratorio de control de calidad de medicamentos del MINSAL.

el área físico-química; para el área de microbiología se adquirió un microscopio con cámara digital y TOC (Carbono Orgánico Total) para la evaluación de la calidad del agua destilada empleada en las áreas de laboratorio ubicadas en el edificio Dr. Max Bloch.

En noviembre de 2014, el Laboratorio de Control de Calidad participó del programa de Promoción de la Calidad de Medicamentos (PQM), financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y ejecutado por la Convención de la Farmacopea de los Estados Unidos de América (USP), que trabaja en varias áreas para hacer frente al creciente desafío que representan los medicamentos falsificados y subestándar. El PQM hace énfasis

especial en actividades para fortalecer los sistemas de aseguramiento y control de calidad de los medicamentos en los países de América Central, fortaleciéndose con los entes regulatorios de América del Sur.

3. USO RACIONAL

No basta con mejorar la disponibilidad de medicamentos de calidad, eficacia y seguridad para la población si no se cuenta con medidas que promuevan el uso racional de dichos productos. Para tal fin, el MINSAL ha realizado muchas acciones relevantes, como las comentadas en los siguientes párrafos.

En el marco del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de la Dirección de Medicamentos y Productos Sanitarios del MINSAL para la promoción del uso racional de medicamentos en el sistema público de salud de El Salvador”, que cuenta con el apoyo de Acción Internacional para la Salud (AIS) Nicaragua, la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), se celebraron dos encuentros, a los cuales asistieron 50 miembros de cada una de las instituciones mencionadas y personal de los comités farmacoterapéuticos de 22 hospitales y cinco regiones del MINSAL y uno del ISSS. El resultado de estas jornadas de reflexión y trabajo conjunto ha sido el diseño y desarrollo de 31 estudios de utilización de medicamentos que fueron presentados en octubre de 2014 en una jornada en la que participaron los niveles locales.

En el marco de la actualización de los instrumentos técnico-jurídicos, y con el objetivo principal de disponer de un documento de consulta en el que se definen las descripciones técnicas de los insumos médico-quirúrgicos que se requieren para la prestación de servicios en los establecimientos de salud, en enero del año 2015 se actualizó y se presentó el nuevo Listado Oficial de Insumos Médicos, que comprende las especificaciones técnicas y la codificación oficial de los insumos médico-quirúrgicos, el nivel de uso y los procedimientos para la inclusión, exclusión o modificación de los insumos médico-quirúrgicos en el Listado Oficial.

Además, se elaboró del primer Listado Institucional de Medicamentos Esenciales, que contiene los medicamentos aprobados por la DNM y los medicamentos complementarios a dicho listado, seleccionados por el Comité Farmacoterapéutico Institucional. Este listado contiene más de 500 productos, ordenados según la Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y con restricciones de uso de acuerdo con el nivel de atención, la categoría hospitalaria y la especialidad del prescriptor.

Con el objetivo de reforzar las capacidades institucionales para identificar, seleccionar y utilizar fuentes de información independientes y efectivas sobre medicamentos para los profesionales de la salud, se desarrolló el taller “Información independiente y uso racional de medicamentos”. En esta actividad, realizada con el apoyo del Programa para la Cohesión Social para América Latina EUROSocial, participaron 45 representantes de las instituciones que conforman

el Sistema Nacional de Salud y representantes de la Dirección Nacional de Medicamentos, de la Universidad de El Salvador, de la Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción, del Instituto Nacional para el Acceso a la Información Pública y de organismos de cooperación nacional e internacional como AECID, ASPS, FARMAMUNDI, entre otros.

En el taller tuvo lugar una sesión de carácter estratégico en la que participaron las autoridades ministeriales y de los organismos cooperantes con el propósito de diseñar y elaborar la hoja de ruta para el Programa Nacional de Uso Racional de Medicamentos (PNURM), con el apoyo de EUROSocial. En esta reunión se propuso la creación del Centro Nacional de Información de Medicamentos (CENIM), concebido como una unidad funcional y estructurada dirigida desde el MINSAL capaz de dar respuesta a la demanda de información sobre medicamentos de manera objetiva y en tiempo oportuno para contribuir a una correcta selección y uso racional de los medicamentos.

Además se desarrolló un taller denominado “Atención farmacéutica”, que contó con el apoyo y acompañamiento de la Caja Costarricense del Seguro Social y cuyo objetivo fue propiciar los conocimientos básicos para el fortalecimiento de los servicios de farmacia, con lo cual se capacitó a 56 químicos farmacéuticos de los 30 hospitales y cinco regiones del MINSAL, dos del ISSS y dos de la Facultad de Química y Farmacia de la UES, todo esto acompañado por el soporte del personal de la DIRMED.

Farmacia especializada

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

Como respuesta a esta situación, el presidente de la República inauguró en septiembre de 2014 la primera Farmacia Especializada para pacientes con enfermedades crónicas, que requirió una inversión de \$1 488 776.39.



Farmacias especializadas, una respuesta presidencial a las necesidades de la población con enfermedades crónico-degenerativas.

El propósito de las farmacias especializadas es facilitar la dispensación de medicamentos repetitivos de forma pertinente, oportuna y gratuita a los usuarios que padecen enfermedades crónicas, que se encuentran en condición estable y que se derivan de la consulta externa de los hospitales.

Estas farmacias se caracterizan por su modalidad innovadora:

- Atención especializada, consejería y educación sencilla y comprensible dirigida al usuario sobre las propiedades del medicamento, los efectos esperados, los efectos secundarios y su tratamiento inmediato.
- Lograr la adhesión continua del usuario al tratamiento para la recuperación y la estabilización del padecimiento crónico como medida para mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones y hospitalizaciones frecuentes.
- Atención otorgada por especialistas en química y farmacia debidamente capacitados para brindar un servicio de calidad.
- La implementación de la farmacia especializada ha tenido un impacto positivo en la población:
- Atención de calidad con trato digno, amable y respetuoso.
- Mejores tiempos de entrega en la farmacia (30 a 40 minutos incluyendo la consejería farmacéutica).
- Disminuir la burocracia en la entrega de los medicamentos.
- Mayor conocimiento del usuario sobre los medicamentos que debe tomar y las razones para hacerlo.
- Mayor involucramiento del usuario en su propia recuperación y estabilización.
- Se han atendido 23 902 pacientes en todo el periodo (de septiembre de 2014 a mayo de 2015), lo que equivale a la dispensación de 51 339 recetas.
- Usuarios satisfechos con los servicios de las farmacias especializadas.
- Mejor y oportuna distribución de medicamentos para las enfermedades crónicas degenerativas.
- Pacientes mejor informados sobre los medicamentos que toman.
- Mejor control de los inventarios de los medicamentos especializados.
- Distribución gratuita del 100 % de los medicamentos específicos para enfermedades crónicas degenerativas.
- Mayor número de pacientes adheridos a sus tratamientos y con mejor calidad de vida.
- Menor número de hospitalizaciones.
- Reducción del costo del servicio a usuarios del sistema nacional de salud que padecen enfermedades crónicas degenerativas.

- El proyecto está estructurado en cuatro fases de implementación:
 - FASE I. Concluida y funcionando. Región Metropolitana, Hospital Nacional Rosales.
 - FASE II: En progreso. Hospitales regiones de salud: Occidental, Oriental
 - Fase III. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional Zacamil y Hospital Nacional Psiquiátrico.
 - FASE IV (2016): Regiones de salud paracentral y central.

Farmacovigilancia

La farmacovigilancia, como atribución de este ministerio, entró en vigencia con la aprobación de la Ley de Medicamentos. En consecuencia, se elaboró y se presentó el Reglamento de Farmacovigilancia a Casa Presidencial (CAPRES), que recomendó la formulación de un reglamento técnico salvadoreño por medio del Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica (OSARTEC), proceso que ya ha comenzado. Asimismo, se encuentra en proceso de formulación el *Manual de procedimientos para el manejo y seguimiento de los reportes de sospechas de reacciones adversas a medicamentos*, que dictará los pasos que se deben ejecutar para vigilar los problemas relacionados con los medicamentos.

En coordinación con la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), se ha revisado el módulo de Farmacovigilancia de la OPS, en el marco del proceso de evaluación en el que se han analizado 44 indicadores de farmacovigilancia que requieren ser completados para la certificación de la DNM como autoridad reguladora de referencia.

En el segundo semestre de 2014 se desarrolló la segunda "Jornada de farmacovigilancia y avances en la realización de estudios de utilización de medicamentos del MINSAL", con el apoyo de la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud, para promover el desarrollo de herramientas de evaluación, gestión y comunicación de riesgos asociados al uso de medicamentos en el Sistema Institucional de Farmacovigilancia. La participación en esta jornada fue de 93 profesionales de la salud de los 30 hospitales y cinco regiones del MINSAL, así como personal del ISSS, la Defensoría del Consumidor, la DNM, la Superintendencia de competencia y autoridades ministeriales.

El producto más relevante de este taller fue el diseño de un mecanismo de divulgación de diversas alertas de medicamentos, que a la fecha ha diseminado ya cinco alertas de calidad, una de seguridad y dos informativas, todas disponibles en el sitio web del MINSAL y en el sitio del Observatorio Centroamericano de Medicamentos (OCAMED). Asimismo, estas alertas han sido enviadas a la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM).

Se han notificado 98 reacciones adversas, lo cual representa un incremento del 27.5 % con respecto al periodo anterior. La Región Central de Salud y el Hospital Nacional de la Mujer son los establecimientos de salud que más notificaciones han emitido.

Para establecer lineamientos relacionados con la gestión de las notificaciones de reacciones adversas a medicamentos pertenecientes a los programas de VIH, Tuberculosis y de Vacunaciones e Inmunizaciones, representantes de estos programas sostuvieron una sesión de trabajo que aportó insumos al equipo de Farmacovigilancia para realizar una presentación sobre la Farmacovigilancia Institucional ante la Comisión Sub-terapéutica de VIH, en la cual se acordó realizar una presentación semestral de los resultados de Farmacovigilancia de los medicamentos de VIH.

Es importante hacer evidente también la participación en el XI Encuentro Internacional de Farmacovigilancia de las Américas, celebrado en Lima, Perú, en noviembre de 2014, donde se validaron los indicadores que permitirán monitorear el desempeño de los Centros Nacionales de Farmacovigilancia de las Agencias Reguladoras de la Región. Asimismo, se hizo énfasis en buscar estrategias de comunicación y coordinación con los diferentes programas de salud para el análisis de la gestión del riesgo y registro de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización (ESAVI) en una base de datos común.

VACUNAS

Para 2014, los datos reportados por la Dirección de Enfermedades Infecciosas muestran una cobertura del 85 % de BCG, el 96 % de segunda dosis de rotavirus, el 93 % de tercera dosis de poliovirus (OPV), el 93 % de tercera dosis de pentavalente y el 86 % de dos dosis de neumococo. Para niños menores de dos años se alcanzaron coberturas del 94 % contra el sarampión (SPR).

Estas coberturas permiten declarar que entre el 1 de junio del 2014 y el 30 de mayo del 2015 no se presentaron casos de meningitis tuberculosa, tétanos neonatal, difteria, sarampión, rubeola y poliomielitis. Tampoco se reportan muertes por diarrea asociada al rotavirus.

Para obtener estos resultados se llevó a cabo una serie de actividades, incluidas las siguientes:

- Verificación de las evaluaciones semestral y anual (julio de 2014 y febrero de 2015, respectivamente) del programa de vacunaciones de inmunizaciones, con la participación de 1500 personas, incluyendo personal del ISSS.
- Cumplimiento de compromisos internacionales. La Comisión Nacional para la certificación de eliminación de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita llevó a cabo las siguientes actividades: reuniones con las comisiones técnica y nacional para evaluar las diferentes acciones encaminadas a eliminar estas enfermedades. Se realizó la revisión y clasificación final de casos sospechosos de sarampión/rubeola. Además, se conformó el Comité Nacional para la Certificación de la Eliminación del Virus de la Poliomielitis en El Salvador.
- Realización de sesiones con el Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones, cumpliendo con lo establecido en la Ley de Vacunas. Entre los temas discutidos, uno de los más importantes es el de las definiciones de casos sospechosos de tos ferina por grupos de edad y la clasificación final de casos de parálisis flácida aguda. Se discutió el procedimiento a seguir para el cambio de la vacuna oral de la polio por la presentación parenteral, según recomendación de OPS/OMS.
- Monitoreo de las coberturas de vacunación.
- Realización de talleres de tos ferina dirigidos a todos los hospitales del país, con el objetivo de fortalecer la vigilancia epidemiológica y la toma de muestras.
- En abril de 2014 se realizó la XII celebración de la Semana de Vacunación de Las Américas con participación intersectorial para fortalecer las coberturas del Programa Regular de Vacunación en el menor de 5 años y la vacunación contra influenza a personas en riesgo. Los resultados de dicha campaña son: aplicación de 1 385 351 dosis de vacunas dirigidas a niños menores de 5 años, aplicación de 67 259 dosis contra influenza estacional al grupo de niños menores de un año, 287 966 dosis en el grupo de 1 a 4 años, 478 646 dosis en

el segmento de adultos mayores, 53 940 dosis en embarazadas y 18 927 dosis en personal de salud.

- En el mes de noviembre de 2014 se realizó la campaña de vacunación "Ponte al Día" para incrementar la cobertura de vacunación en niños menores de 5 años. Durante esta campaña se aplicaron 554 817 dosis de vacunas, entre las cuales se cuentan 107 051 dosis contra neumococo en niños.
- Conformación del equipo nacional de vigilancia centinela, que tiene la misión de monitorear y mejorar la situación de vigilancia en el país.
- Realización de reuniones con el Convenio MIN-SAL/ISSS para el fortalecimiento del Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones, con lo cual se ha logrado la vacunación universal de niños y niñas menores de 5 años, asegurados y no asegurados.
- En mayo de 2015 se inauguró en el municipio de San Salvador la XIII Semana de Vacunación de Las Américas, cuyos resultados, según proyecciones, superarán la campaña del año anterior.
- Durante todo el año se han realizado visitas de supervisión a municipios de riesgo por bajas coberturas de vacunación o silencio epidemiológico.
- Se han realizado reuniones con asociaciones médicas nacionales, como el Colegio Médico, la Asociación Salvadoreña de Infectología, la Asociación Salvadoreña de Pediatría y la Asociación Pediátrica de Oriente, con el fin de establecer alianzas para facilitar el reporte de vacunas aplicadas y de vigilancia y atención de enfermedades inmunoprevenibles por parte del sector privado.

Evaluación de tecnologías

Las tecnologías sanitarias constituyen las herramientas de trabajo en la prestación de los servicios de salud. Comprende el conjunto de medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte. Sin embargo, la adopción de nuevas tecnologías por parte de un prestador de salud debe basarse en una evaluación que requiere la búsqueda y revisión de la evidencia científica disponible y una evaluación económica que respalde la toma de decisión de adoptar o no la nueva tecnología.

Ante la delegación de la Ley de Medicamentos de funciones que antes desarrollaba la DIRMED, se ha abierto el espacio para que esta dirección amplíe sus funciones reguladoras a otras tecnologías sanitarias, para lo cual se han desarrollado las siguientes actividades:



El 10 y el 11 de marzo de 2014 se celebró el “Taller de sensibilización para evaluación de tecnologías sanitarias en la red de hospitales públicos”, con el acompañamiento del Proyecto SIM/OEA-FEMCIDI y CIM.

Esta actividad permitió al MINSAL plantear las siguientes líneas estratégicas en relación con las tecnologías sanitarias:

1. Incorporación de la evaluación en las políticas públicas relacionadas con las tecnologías sanitarias, como un eje integrador en la cadena regulación-incorporación-uso racional de las tecnologías.
2. Establecimiento de un marco institucional para la toma de decisiones basadas en la ETS.
3. Vínculos explícitos entre la ETS y la toma de decisiones, con definición de procesos transparentes y con responsabilidades definidas entre los actores.
4. Fortalecimiento de los recursos humanos en gestión de tecnologías.
5. Promoción de la generación de evidencia y de la difusión de información
6. Uso racional de las tecnologías sanitarias, formulando y aplicando guías de práctica clínica y evaluando de forma continua el uso y desempeño de las tecnologías

A partir de este taller, el MINSAL da inicio al trabajo en la institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias, con el fin de usar eficientemente el recurso presupuestario.

Uno de los objetivos del Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019 es asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal a los servicios de salud de calidad, para lo cual se plantea en la Estrategia 4.3) Aseguramiento a la población de medicamentos y tecnologías de calidad oportuna, la línea L.4.3.5) Desarrollar capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos en el Sistema Nacional de Salud.

En este marco se desarrolla el “Taller de evaluación de tecnologías sanitarias”, con el acompañamiento de la Escuela Andaluza y con la participación de los ponentes Jaime Espín y Leticia García, economistas de esta escuela, a fin de desarrollar habilidades en los miembros del Comité Farmacoterapéutico Institucional, con la participación de representantes de la Dirección Nacional de Medicamentos, del Hospital Militar Central, del Instituto Nacional de Salud, del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de la Universidad de El Salvador y de la Dirección de Economía de la Salud del MINSAL.



Ministra de Salud Dra. Violeta Menjívar previniendo enfermedades en la niñez.

HACIA UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD BASADO EN DERECHOS

La salud es un derecho humano fundamental. Para dar cumplimiento a este enunciado, en el primer año del gobierno de profundización de los cambios el MINSAL ha requerido de una amplia y cualificada elaboración de leyes, políticas, guías, lineamientos, normas, protocolos, reglamentos, acuerdos y otros instrumentos técnicos jurídicos que conformen un marco regulatorio integral orientado a fortalecer la rectoría de la institución y que procure la cualificación y el compromiso de los recursos humanos, la mejora del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) para la toma de buenas decisiones, la conservación del medio ambiente, la profundización de la coordinación intersectorial y la gestión de la cooperación externa. Todo ello contribuye a sentar las bases para un mayor conocimiento mutuo y a la consolidación e integralidad de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de avanzar hacia su integración.

PLATAFORMA LEGAL PARA LA SALUD



Documentos regulatorios MINSAL.

Los instrumentos técnicos jurídicos (ITJ) se elaboran a iniciativa de las diferentes dependencias del MINSAL en amplios procesos de formulación participativa que le dan soporte legal a la Reforma de Salud en El Salvador. En el presente quinquenio, los criterios para priorizar su elaboración parten de las metas establecidas en el Programa de Gobierno El Salvador Adelante, el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014–2019 y las estrategias y líneas de acción plasmadas en la Política Nacional de Salud, donde se identifican los temas relacionados con los diez ejes de la Reforma de Salud.

Todo el esfuerzo de legislación sanitaria salvadoreña en este año se ha orientado a fortalecer la rectoría del MINSAL y a institucionalizar las acciones impulsadas para hacer valer el derecho humano a la salud, así como el fortalecimiento de la coordinación intersectorial y la definición de abordajes homologados de temas clave para la gestión sanitaria que permitan avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En este primer año de gestión 2014-2015 se han logrado avances importantes en materia de legislación en salud vinculada al eje de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), donde se han promulgado los instrumentos técnicos jurídicos necesarios para fortalecer la organización de los servicios, entre los que se encuentran: los manuales de organización y funciones de las dependencias; los manuales de procesos de atención hospitalaria, que permiten precisar la actuación en los ambientes hospitalarios con un enfoque de funcionamiento en red; la definición del rol de los promotores de salud de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y de los que desarrollan su trabajo directamente en sus sedes.

Asimismo, se ha apoyado a los servicios de salud y a las direcciones del nivel central en los procesos de elaboración de instrumentos técnicos jurídicos que permitan establecer las directrices requeridas para la atención integral de las personas en las RIISS en temáticas como atención integral en salud de las personas con VIH, prevención y control de la tuberculosis, atención integral a la persona con epilepsia, prevención y contención de la resistencia bacteriana, prevención y control de la fiebre chikunguña, prevención y control de potenciales brotes de enfermedades infecciosas como el Ébola y el cólera.

Para impulsar el trabajo desarrollado en el tercer eje de la Reforma de Salud, Medicamentos y vacunas, se apoyó el proceso de elaboración del *Plan de contingencia para la conservación de vacunas de uso humano en caso de emergencias y desastres*, un instrumento clave para el desarrollo de las acciones del personal de salud encargado del manejo integral de vacunas en situaciones de desastres, emergencias y contingencias, en sus diferentes fases (antes, durante y después), con enfoque de redes, incluyendo todos los prestadores de servicios de salud y privados.

Para el fortalecimiento del trabajo desarrollado en el cuarto eje de la Reforma de Salud, Instituto Nacional de Salud, se apoyó al Instituto en los procesos

de elaboración de las *Guías de buenas prácticas clínicas para la atención de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica*, para la atención subsecuente de pacientes con estas enfermedades en el Primer Nivel de Atención, a fin de mejorar la calidad de atención y contribuir a la reducción de las complicaciones y la mortalidad asociada.

Es importante resaltar que para la elaboración de los instrumentos técnicos jurídicos la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, previa identificación por las unidades solicitantes de cada instrumento técnico jurídico, convoca a los actores clave involucrados en la temática, incluyendo la participación del Foro Nacional de Salud, quinto eje de la Reforma. Todos los procesos de elaboración participativa toman en cuenta a la contraparte institucional y los espacios e instancias de contraloría social planteados en la Política Nacional de Participación Social en Salud.

Para impulsar el trabajo intersectorial e intrasectorial, como sexto eje de la Reforma de Salud, la Comisión Intersectorial de Salud ha elaborado el *Plan estratégico nacional para la prevención y control de quemaduras 2014-2019*, en un marco de interinstitucionalidad, intersectorialidad y participación de la sociedad civil.

Es particularmente relevante la coordinación con el Sistema Nacional de Calidad, que por medio del Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica (OSARTEC) y el Organismo Salvadoreño de Normalización (OSN) permite tener presencia proactiva en los procesos de reglamentación obligatorios y voluntarios. Ejemplo de estos últimos es el *Reglamento técnico salvadoreño de buenas prácticas de laboratorio clínico*, el cual establece los requisitos mínimos de calidad y competencia en la ejecución de los análisis clínicos para el beneficio de los usuarios de los servicios de salud. En el ámbito de normalización se elaboró las *Normas técnicas salvadoreñas (NTS)*, vinculadas a la calidad de catéteres y otros productos.

El comité de seguimiento de la LEPINA en el sector salud, es un referente de la participación articulada de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, donde se ha logrado estandarizar procesos y abrir espacios de apoyo para el funcionamiento de los Comités locales de derechos de la niñez y de la adolescencia, en los que participan a nivel nacional representantes del MINSAL. El Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia



Segundo taller de consulta ciudadana para formular el Plan Quinquenal de Desarrollo del sector salud.

(CONNA) ha reconocido el éxito de esta experiencia en el sector salud y ha propuesto replicarla en otros ámbitos, como educación y trabajo.

Para dar impulso a la planificación e información estratégica en salud, se han apoyado los procesos para reflejar información estratégica en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), séptimo eje de la Reforma de Salud, por medio de la elaboración del *Plan para la prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas* y el *Plan para la prevención y control del cólera*, con el fin de minimizar el daño en la población ante una amenaza de brote de la enfermedad en la región. Asimismo, se apoyó al Programa Nacional de VIH para la formulación de la *Estrategia para la eliminación de la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita* y brindó colaboración en los procesos de elaboración del *Listado oficial de material, instrumental y equipo odontológico*, que permite mejorar el sistema de gestión para el suministro oportuno en los diferentes establecimientos de las RIISS, y el *Listado oficial de insumos médico-quirúrgicos*, que define las descripciones técnicas de los insumos médico-quirúrgicos requeridos para la prestación de servicios de salud en los establecimientos del MINSAL.

En cuanto al trabajo para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, octavo eje de la Reforma de Salud, se acompañó al equipo técnico de la Direc-

ción de Desarrollo de Recursos Humanos en el proceso de elaboración del *Plan de implementación de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos*, que establece las actividades correspondientes a las líneas de acción plasmadas en la *Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos* y facilita su operativización, y del *Reglamento de creación y funcionamiento de la Comisión de relaciones laborales del Ministerio de Salud*, que ha permitido crear la Comisión de Relaciones Laborales del Ministerio de Salud para mejorar el clima organizacional y la humanización de servicio de salud, así como para la prevención, atención y solución de los problemas laborales que pudieran originarse en la institución.

En relación al eje de abordaje integral de la violencia, actualmente se desarrolla el trabajo de preparación para la actualización de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados con la atención integral de la violencia por parte del sector salud. Este proceso se enmarca en la evaluación del trabajo realizado a partir de los ITJ vigentes y la consulta amplia a los sectores y actores involucrados.

Con respecto al eje de salud ambiental, destacan la facilitación del enlace con OSARTEC y el acompañamiento al trabajo de actualización de las normativas relacionadas con las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos agroindustriales

dedicados al procesamiento de caña de azúcar, café en uva y el transporte de pulpa de café para otorgar la autorización sanitaria de funcionamiento, así como los lineamientos requeridos para la vigilancia de la inocuidad de los alimentos en casos de emergencias sanitarias por desastres o incidentes alimentarios, y el correspondiente *Manual de procedimientos técnicos para la vigilancia de alimentos*.

La Unidad Reguladora de Radiaciones (UNRA), dependencia de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, también ha realizado actividades relacionadas con la regulación y control de prácticas con radiaciones ionizantes en medicina, industria, agricultura, investigación, exportación e importación. Otras actividades importantes de la UNRA son la actualización de la *Normativa de protección radiológica y seguridad en la gestión de desechos radiactivos*. Con el apoyo de expertos del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), se realizó la revisión y análisis de la normativa nacional para la inclusión, de acuerdo con estándares internacionales, de los nuevos requisitos y criterios de seguridad contenidos en las recién publicadas *Normas básicas de protección radiológica y seguridad de las fuentes radiactivas*.

Se impartió un curso sobre búsqueda e identificación de fuentes radiactivas huérfanas con el propósito de brindar entrenamiento en la búsqueda y rastreo de fuentes huérfanas y en desuso, así como su almacenamiento seguro. Se contó con el apoyo del Programa Internacional de Reducción de Amenazas Radiológicas del Departamento de Energía de Estados Unidos, dirigido a reducir y prevenir incidentes radiológicos que afecten la salud de la población y el ambiente, dada la amplia utilización de las fuentes radiactivas con fines médicos e industriales.

Los instrumentos técnicos jurídicos mencionados hacen un total de 33 en el período 2014-2015, a los que deben sumarse las 235 autorizaciones y 325 inspecciones realizadas por la UNRA. La fundamentación legal de la Reforma de Salud mediante la promulgación de los Reglamentos que se derivan del Código de Salud y el seguimiento al proceso de promulgación de nuevas leyes que permitan articular las acciones propias de la Reforma de Salud en El Salvador.

Los resultados alcanzados permitirán proyectar el trabajo de fundamentación legal de la Reforma de Salud.

RECURSO HUMANO CALIFICADO Y COMPROMETIDO



Formando de personal de salud en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud..

En el actual proceso de profundización de la Reforma de Salud se ha reiterado para este quinquenio el reconocimiento del talento humano como la piedra angular del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, como una contribución efectiva al acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud, el Ministerio de Salud, por medio de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, implementa procesos que están contribuyendo a mejorar la dotación, distribución, calificación y compromiso de las personas trabajadoras del ministerio y coordina procesos intersectoriales para impulsar la calidad y pertinencia de la educación de profesionales de la salud, procesos de regulación y un acceso cada vez mayor por parte de la población, a talento humano calificado distribuido más equitativamente.

Se ha acompañado a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a cualificar sus unidades de recursos humanos e impulsar junto con la gestión del talento humanos de la Secretaría Técnica de la Presidencia procesos que mejoren la gestión integrada de las personas trabajadoras.

En el marco de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, oficializada en septiembre del 2014 y lanzada en el segundo Foro de Recursos Humanos, se han obtenido en este primer año de gestión los siguientes resultados:

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ESTRATÉGICOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO HUMANO A LA SALUD

El objetivo de esta planificación es identificar los recursos humanos necesarios con la combinación de competencias requeridas para el abordaje integral de la salud; para ello se han concretado dos grandes esfuerzos: a) el diseño del *Manual de procedimientos para el cálculo de necesidades de médicos y enfermeras en hospitales nacionales*, que define estándares por actividad y permitirá cada año establecer la carga de trabajo para que la autoridad local realice la gestión financiera que ayude a avanzar hacia mejores niveles de dotación; b) la planificación estratégica de los doctores en medicina y médicos especialistas, que ha permitido establecer la proyección de los profesionales a formar y emplear a largo plazo, especialmente en las especialidades médicas identificadas como críticas, para fortalecer el cuidado especializado a la población. Este proceso está bajo la responsabilidad de la Comisión Intersectorial de Planificación, en la que participan las instituciones empleadoras y formadoras.

Con este esfuerzo se busca a mediano plazo regular la oferta y la demanda de los RHS y tener un mejor balance entre ambas. Este año, el país fue seleccionado junto con Brasil y Uruguay para compartir en un foro virtual de OPS/OMS Washington con esta experiencia, aportando elementos para la planificación de recursos humanos en la región.

REGULACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA IMPULSAR SU DESARROLLO Y PERTINENCIA.

El ejercicio de la rectoría del MINSAL en cuanto a los recursos humanos ha sido asumido con mucho compromiso y energía. Una de las primeras decisiones de esta gestión es la aprobación y lanzamiento de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, que traza el horizonte para su desarrollo integral a corto, mediano y largo plazo a nivel país.

Otro esfuerzo regulatorio clave es la implementación del *Manual general de puestos de trabajo*, que favorece la gestión en red de los recursos humanos, lo cual contribuye a los resultados en salud de manera integral e interdisciplinaria. Uno de los principales pasos ha sido su socialización a nivel de las cinco RIISS, con la participación de autoridades locales, trabajadores y representantes de sindicatos y asociaciones profesionales.

Por otra parte, se ha dado inicio al diseño del Anteproyecto de Ley de Salarios 2016, alineada al *Manual de puestos* vigente, el cual responde a los requerimientos del Ministerio de Salud en su proceso de reforma y en coherencia con los procesos de profesionalización del servicio civil desde la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia.

Una de las primeras acciones del MINSAL este año en el marco regulatorio de los recursos humanos fue la oficialización y lanzamiento de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, que define seis estrategias para impulsar el desarrollo integral de los RRHH, estableciendo mecanismos de coordinación intersectorial efectivos y permanentes, a fin de garantizar el acceso universal de la población a la salud, con RRHH calificados, en condición de empleo digno, motivados, comprometidos con el derecho humano a la salud y el cuidado humanizado.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE RRHH POR DISCIPLINAS A NIVEL INSTITUCIONAL, ABRIL 2015.

N.º	DISCIPLINAS	HOSPITALES		REGIONES		SECRETARÍA		TOTALES
		F	M	F	M	F	M	
1	Administrativos	2195	1914	1255	1318	328	457	7467
2	Anestesiastas	205	151					356
3	Atención al medio ambiente	6	17	166	635	3	9	836
4	Auxiliares de enfermería	2437	279	1111	103			3930
5	Enfermeras	1859	86	1071	67	17	1	3101
6	Estudiantes de Odontología en SS			76	20			96
7	Fisioterapistas	92	9	37	8			146
8	Laboratorio clínico	414	146	268	56	71	32	987
9	Médicos en servicio social			171	131			302
10	Médicos especialistas	588	1071	150	145	7	7	1968
11	Médicos generales y residentes	582	823	699	637	48	47	2836
12	Odontólogos	33	22	295	122	3	1	476
13	Técnicos en salud	1305	604	562	166	22	9	2668
14	Practicantes internos	273	176					449
15	Promotores de salud	111	20	1625	1809			3565
16	Química y farmacia	18	5	24	9	33	18	107
	TOTAL GENERAL	10 118	5323	7510	5226	532	581	29 290

Fuente: (SIRH) Unidad de Administración de Recursos Humanos, MINSAL.

TABLA 2. INDICADORES DE DOTACIÓN DE RRHH A NIVEL NACIONAL, SNS, EL SALVADOR. 2014.

DISCIPLINAS	COSAM	FOSALUD	ISRI	MINSAL	ISSS	ISBM	TOTAL SNS	INDICADOR DE DOTACIÓN, POR 10 000 HAB
Doctores en Medicina	206	494	15.87	3363	1510	140	5729	9.03
Odontólogos	56	93	1.125	457	88	1	696	1.09
Enfermeras	80	414	14	3100	1137	0	4745	7.41
Química y farmacia	11	0	0	107	458	4	580	0.91
Promotores de salud	0	8	0	3549	0	0	3557	5.56

Construcción propia, con datos de Unidades de RH del SNS. Dirección de Desarrollo de RRHH, mayo 2015, cálculo se ha realizado con recursos humanos ajustados a 8 horas diarias.

TOTAL POBLACIÓN ESTIMADA 2014, POR DIGESTYC: 6, 401,240 HAB.

DOTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL MINSAL

Hasta abril del 2015 se contabilizó un total de 29 290 trabajadores, de los cuales el 62 % son mujeres y 38 % hombres, que a su vez están asignados el 53 % a los 30 hospitales, el 43 % a los establecimientos y áreas administrativas del Primer Nivel de Atención y el 4 % a la Secretaría de Estado, distribución que se mantiene similar al 2014.

En el primer año de gestión del segundo gobierno del cambio se ha hecho un importante esfuerzo para absorber 713 plazas de las personas trabajadoras que estaban desde hace varios años contratadas por proyectos; además, se crearon 341 plazas, que vienen a fortalecer tanto las capacidades de respuesta de las RISSS como algunas Direcciones Estratégicas de la Secretaría. Por otra parte, se gestionó la continuidad de 103 plazas financiadas con fondos FOCAP para el año 2015. Este logro contribuye a disminuir aún más las llamadas contrataciones precarias de trabajadores (servicios profesionales).

En cuanto a los indicadores de dotación de recursos humanos a nivel del Sistema Nacional de Salud los médicos representan el 9.03 % y las enfermeras el 7.41 % (TABLA 2).

RECURSOS HUMANOS CALIFICADOS PARA EL SISTEMA DE SALUD REFORMADO

Debido a que la red de establecimientos públicos de salud constituye un espacio de práctica para la

formación de los recursos humanos, este año se ha fortalecido la relación de trabajo con las instituciones de Educación Superior (IES) con la finalidad de hacer pertinente la formación de los profesionales de la salud a las necesidades del Sistema de Salud reformado, procesos que responden a las prioridades y compromisos establecidos en la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos. Asimismo, la mesa de enfermería ha finalizado el documento que contiene el perfil de formación estandarizado, orientado a la atención primaria en salud familiar, y está en proceso de finalización por la mesa médica el documento del Perfil del doctorado en Medicina; este esfuerzo se está complementando con el proceso de planificación de la calificación de los espacios de aprendizaje en la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud, acompañada por OPS/KOICA.

Uno de los grandes desafíos que forman parte de la agenda prioritaria del país en recursos humanos es la calidad de la educación de los profesionales y técnicos de salud, y uno de los principales acuerdos del segundo Foro Nacional de Recursos Humanos, realizado en noviembre de 2014, es el compromiso de definir mecanismos claros que permitan mejoras sustanciales en este ámbito en los niveles de pregrado y de posgrado. Por tanto, la Comisión Intersectorial de Desarrollo de Recursos Humanos ha establecido en su agenda de trabajo 2015 este acuerdo y ha celebrado dos sesiones intensas de trabajo en las que han participado también autoridades de universidades e institutos especializados, con el propósito



Foro de recursos humanos, debatiendo la distribución, las tareas y el perfil del personal de salud.

de contribuir a reorientar la formación profesional y técnica en salud, acorde con los requerimientos del Sistema Nacional de Salud, en congruencia con el proceso de profundización de la Reforma de Salud y en procura de mejorar el acceso universal a la salud. En tal sentido, este primer semestre del año formulado el análisis y diseño de una hoja de ruta para mejorar la calidad de los contenidos curriculares, de los espacios de práctica, de la formación docente, del modelo de formación integrado al servicio en las RISS y de la evaluación de la educación de los futuros profesionales de la salud.

En este mismo espíritu de mejora permanente, se continúa consolidando la formación de los especialistas en los hospitales escuela, dando seguimiento mediante el Comité Académico Ministerial y facilitando el fortalecimiento de los espacios de práctica para los estudiantes de doctorado en Medicina en el internado rotatorio, especialmente en los hospitales nacionales de Santa Ana y Sonsonate. El MINSAL invierte en plazas para becarios de esta disciplina \$11 071 597.02.

Otro esfuerzo de esta gestión para fortalecer el acceso a la salud y mejorar la cobertura es la cualificación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, desarrollando el primer "Diplomado de atención primaria de salud integral", el cual se realiza en convenio con la Universidad de El Salvador y tiene como objetivo formar a 1525 trabajadores, con una inversión total de \$ 934 977.50 procedentes del préstamo BID/MINSAL, KOIKA Y Médicos del Mundo.

Además, se ha continuado con la formación en gestión estratégica en salud, capacitando a 52 profesionales en cargos de dirección en el ámbito de la RISS y 21 directores/as, quienes han realizado un curso de pasantía en Andalucía sobre gestión de servicios asistenciales. De igual manera, con la finalidad de impulsar la calidad del cuidado a la salud, se han formado recursos en las siguientes áreas estratégicas: mejora continua de la calidad, gestión de la cadena de suministros, aprendizaje del idioma inglés, entre otros. Se han graduado los primeros 16 trabajadores que están inscritos en el programa de nivelación académica, que es desarrollado por la Gerencia de Educación Permanente para Jóvenes y Adultos del Ministerio de Educación.

Relaciones laborales armoniosas y trato digno

En conmemoración del Día Nacional de Salud Ocupacional, se realizó el primer Foro de Salud de los Trabajadores, en el que se reconoció el esfuerzo que realizan los Comités de Salud y Seguridad Ocupacional entregando estímulos a las cinco mejores experiencias exitosas en esta área: Hospital General Nuestra Señora de Fátima, Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, Región Oriental de Salud, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Nacional de Ilobasco.

Por otra parte, se han realizado diez estudios de clima laboral en unidades priorizadas, tanto en las Regiones de Salud como en hospitales priorizados

con la Dirección Nacional de Hospitales, cuyos resultados han contribuido a elaborar planes de mejora en los que participan autoridades locales, trabajadores y representantes de los sindicatos, mejorando los ambientes de trabajo.

Es importante señalar que han sido atendidas veinte denuncias de violencia laboral y de género en trabajadoras/es, las cuales han sido investigadas de forma objetiva por el equipo de la Unidad de Género y la Unidad de Gestión del Trabajo y cuyos hallazgos han permitido la toma de decisiones particularizadas en el marco los derechos humanos.

Por otra parte se ha realizado el primer estudio para valorar la percepción que tiene el personal del MINSAL de sus condiciones laborales con una muestra representativa de todas las disciplinas a nivel nacional. Los resultados demuestran que un alto porcentaje de empleados está de acuerdo con el nivel de gestión que se está realizando en cumplimiento de la visión y la misión del ministerio, lo que les permite desarrollar mejor sus funciones; además, identifica valiosas recomendaciones para incorporar componentes en la gestión del trabajo relacionados especialmente a incentivos, equidad salarial y prestaciones laborales, todas en función de mejorar el desempeño de las personas trabajadoras.

GESTIÓN DE LAS RELACIONES LABORALES

Para el Ministerio de Salud es de suma importancia mantener y fomentar relaciones laborales armoniosas con sus servidores públicos y atender las diferentes problemáticas de carácter laboral que se originan en sus establecimientos; es por ello que desde el

Despacho Ministerial y en concordancia con la Política Laboral del Gobierno Nacional se ha conformado la Comisión de Relaciones Laborales del MINSAL, a fin de desarrollar políticas y estrategias que aseguren la paz y la buena convivencia laboral institucional, en un clima de armonía que propicie la calidad, la productividad y el desarrollo integral del personal, así como el acercamiento proactivo con las organizaciones laborales del MINSAL.

En cumplimiento de los principios de la función pública, se ha instruido a los niveles directivos para que su desempeño se desarrolle basado en los principios de respeto al pleno derecho de igualdad, mérito, capacidad, transparencia, estabilidad, buen trato, ética, eficiencia, eficacia y diálogo. Por otra parte, se ha cumplido con las leyes, reglamentos y normativas, respetado los derechos de los empleados, a la vez que se ha ejercido el control interno respecto al cumplimiento de sus deberes.

Es importante destacar que el MINSAL ha respetado la estabilidad laboral de los trabajadores, cumpliendo con las prestaciones de ley, entre ellas, el pago del porcentaje relativo al escalafón, la entrega de uniformes de las disciplinas establecidas y el respeto al debido proceso para los casos de sanciones disciplinarias.

Se han girado instrucciones a los directores de hospitales y regiones para que atiendan las solicitudes de las organizaciones laborales tendientes a la defensa de los derechos económicos, sociales y laborales; por otra parte, se ha discutido y dado seguimiento a los temas que afectan a la generalidad de los empleados del establecimiento por medio de mesas de diálogo en las que se ha tomado acuerdos por consenso.

INFORMACIÓN DE CALIDAD PARA BUENAS DECISIONES



Expediente personal, base fundamental del sistema de información, Unidad Comunitaria de Salud Familiar, El Paisnal.

El proceso de implementación de los diferentes módulos del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) continúa sin pausa. Este eje de la Reforma de Salud es la herramienta fundamental para la modernización de la administración institucional y los servicios de salud y para potenciar el impacto de su trabajo y el de los otros actores de la Reforma de Salud y compartirlo solidariamente con la comunidad nacional e internacional. Impulsa la aplicación idónea de las políticas de salud, incrementando la calidad y agilidad de nuestros servicios a los usuarios, y facilita una toma oportuna, eficaz y eficiente de decisiones en todo nivel gracias a que posibilita el acceso, procesamiento, análisis, presentación y divulgación de la información captada.

El SUIS constituye un elemento catalizador de la innovación y actualización permanente para el MINSAL, para el resto de actores del sistema de salud y su red de servicios y para la población en general, que requiere de información en salud. Es una herramienta crítica y, como tal, imprescindible para la vinculación y el desarrollo de los otros ejes estratégicos de la Reforma de Salud y del Sistema Nacional de Salud en su conjunto. Asimismo, es objeto de una creciente atención por parte de delegaciones procedentes de países vecinos y del resto de la región latinoamericana interesadas en conocerlo, dados sus alcances, bajos costos, y perspectivas de sostenibilidad.

EL PAPEL DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES EN LA SALUD

El uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en las labores de atención sanitaria y apoyo a los procesos administrativos conlleva elegir una plataforma idónea, que garantice que la inversión sea sostenible, cuya instalación pueda asegurar la democratización en el acceso a dichos recursos por parte de todo el personal y que además provea total seguridad y capacidad soberana sobre dichas herramientas. Así, con el fin de cumplir con los requisitos mencionados, el SUIS es y se basa en software libre, según el acuerdo ministerial 219 del 19 de marzo de 2010 y los lineamientos técnicos para el mantenimiento, administración y desarrollo de tecnologías de información y comunicaciones del MINSAL vigentes. Desde un punto de vista económico, al evitar la adquisición de licencias de software privativo se obtienen economías muy importantes que permiten al MINSAL incrementar hasta en un 40 % la adquisición de equipo informático.

En cuanto a resultados durante el período, por medio del “Programa Integrado de Salud, PRIDES” (Proyecto de préstamo ES-L1027 de fondos BID) y del préstamo BIRF 8076 (Fondos Banco Mundial), se ha finalizado la adquisición del equipamiento servidor para sostener toda la plataforma informática del MINSAL, particularmente las necesidades derivadas de la implementación del Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP) y la conformación del expediente único por persona. El recurso humano que fue contratado con fondos del PRIDES-BID y que había tenido dificultades para ser incorporado en ley de salarios ha sido absorbido en plazas del MIN-

SAL a partir de enero del presente año, cumpliendo así con lo dispuesto en el contrato del proyecto de préstamo. Gracias a la estabilización de este personal, queda plenamente garantizado el desarrollo y mantenimiento del núcleo de software del SUIS, incluyendo la ampliación y creación de nuevas aplicaciones, la administración y monitoreo de servidores y telecomunicaciones, así como de la provisión ágil y experta de las necesidades de soporte técnico como capacitaciones, instalación y mantenimiento preventivo/correctivo a todo el equipamiento informático adquirido (casi 11 000 asistencias brindadas) y la instalación de redes locales de datos en establecimientos sanitarios y dependencias administrativas (1110 puntos en 2014).

En cuanto a apoyos externos recibidos, FOSALUD continúa acompañando decididamente este esfuerzo con equipamiento y personal para la implementación del SIAP en los establecimientos sanitarios de horario extendido. Por medio del proyecto conjunto UNICEF/MINSAL, denominado “Georreferenciación de factores de determinación social de la salud”, se ha probado con éxito la captura de la ficha familiar (ECOS familiares Palo Grande, municipio de Rosario de Mora) mediante dispositivos móviles, lo que permitirá extender este mecanismo en el presente 2015 proporcionando una primera herramienta informática de apoyo a la labor local realizada por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, que además será mejorada con una segunda aplicación para la dispensarización de las familias atendidas. Por medio del Fondo Global se fortaleció la construcción de redes locales de datos en establecimientos hospitalarios y del primer nivel de atención y se logró la integración del Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA (SUMEVE) en el SUIS.

La relación de apoyo mutuo establecida con la Escuela de Ingeniería de Sistemas Informáticos de la Universidad de El Salvador ya ha sido adecuadamente formalizada entre ambas instituciones, lo que permitirá continuar el trabajo de desarrollo de nuevas funcionalidades del SUIS por estudiantes en proceso de graduación (tesis de grado). Uno de los productos más relevantes de esta alianza es el desarrollo del sistema de imagenología digital integrado al SIAP, que permitirá a partir de este año implementar por completo un RIS-PACS totalmente basado en software libre y gratuito que optimizará la capacidad de inversión en el equipo de imagenología y evitará gastos en servicios privativos co-

nexos. En el presente, además, se ha ampliado esta excelente modalidad de trabajo conjunto a grupos de estudiantes de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA).

En términos de telecomunicaciones es importante destacar que la conectividad necesaria para sustentar el despliegue del SUIS ha podido ser garantizada por medio del Fondo General y de fondos adicionales procedentes del Fondo de Actividades Especiales captados por este Ministerio, con lo que

se ha logrado brindar conectividad a 191 establecimientos sanitarios, almacenes y oficinas administrativas. Este avance significa pasar de un 25 % de cobertura con anchos de banda insuficientes a tener una cobertura del 35 % de nuestras dependencias con un ancho de banda no inferior a 1 Mbps, y varias de ellas por medio de interconexión de establecimientos en red local. Estos siguen siendo pasos firmes para cumplir con la meta de lograr la conectividad plena.



Atención de pacientes en farmacia especializada.

TABLA 1. MÓDULOS PRINCIPALES DEL SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD

ESTRUCTURA APOYADA	MÓDULO O SISTEMA INFORMÁTICO	CARACTERÍSTICAS Y/O RESULTADOS
Primer Nivel de Atención	Sistema de Información de Fichas Familiares (SIFF)	Planificación, análisis de la situación de salud de la población y seguimiento de las redes de servicios, identificación y evaluación de inequidades de salud en la población y sus determinantes.
Red de Hospitales y Primer Nivel de Atención	Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP)	Expediente clínico electrónico en línea, integra los módulos: archivo, citas, consulta, farmacia, laboratorio clínico, imagenología médica, vigilancia de ITS.
Programa de VIH/ SIDA y Lab. Central	Sistema Nacional de Laboratorio Clínico (LISCE)	Automatiza el manejo y procesamiento de muestras, informa oportunamente de los resultados de los análisis de laboratorio.
Dirección de Vigilancia Sanitaria	Sistema de Información de Morbimortalidad vía Web (SIMMOW)	Registro de morbilidad, mortalidad y de estadísticas vitales (nacimiento defunciones) certificadas en las 262 alcaldías del país.
Dirección de Vigilancia Sanitaria	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador (VIGEPES)	Recopilación de eventos epidemiológicos sujetos de vigilancia y notificación obligatoria; reportes de 1234 unidades notificadoras del SNS; toma oportuna de decisiones, respuesta y control de brotes.
MINSAL en su conjunto	Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS)	Genera información sobre la producción de atenciones sanitarias, a partir de los tabuladores de actividades en los diferentes niveles de atención del MINSAL.
Unidad de Abastecimiento y UACI	Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB)	Gestión eficaz y eficiente de la logística de adquisición de bienes y servicios de la UACI hasta almacenes, incluyendo medicamentos, insumos médicos y otros elementos.
Dirección de Hospitales y Dirección de Planificación	Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación (SPME)	Facilita el análisis de situación y formulación de planes operativos para mejorar la gestión de la oferta de servicios hospitalarios con qué enfrentar la demanda creciente de la población.
Dirección de RRHH	Módulo de Planificación de Recursos Humanos y Módulo de Servicio Social	Operativiza en línea la metodología OMS de estimación de necesidades de RRHH en salud, aplica criterios idóneos para determinar brechas de personal según categorización de hospitales..
MINSAL en su conjunto	Sistema de Información de Indicadores Gerenciales (SIIG)	Captura de datos de todos los módulos del SUIIS y de otras fuentes institucionales externas para la generación de indicadores y paneles de mando para la toma y elaboración de reportes estratégicos.
MINSAL en su conjunto	Sistema de Información Georreferenciado (GEO)	Consulta de ubicación de establecimientos y áreas geográficas de intervención sanitaria; mapeo de determinantes sociales de salud y otros indicadores contenidos en el SIIG.
Dirección de RRHH, RIIS, Unidades del Nivel Central	Plataforma de Educación Virtual y webconferencias múltiples	Complemento a programas de formación y capacitaciones continuas; facilitación de planificación institucional y seguimiento a planes de trabajo mediante webconferencias en tiempo real a nivel nacional e internacional.
Dirección de Saneamiento Ambiental	Sistema de Saneamiento Ambiental (SISAM)	Permite el análisis de la situación de salud ambiental, sistematización y reducción de tiempos en procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios para los establecimientos productores de alimentos.
MINSAL en su conjunto	Sistema de Gestión de Costos	Generación de costos de servicios sanitarios, procedimientos, consultas médicas, ingresos hospitalarios, insumos médicos, tecnologías sanitarias, entre otras, para la toma de decisiones.
Unidad de Desastres	Sistema de Gestión de Emergencias y Desastres	Gestión de información oportuna en emergencias y desastres, albergues y acciones realizadas por el personal de salud; integración de información intersectorial para la toma de decisiones.
Programa Nacional de VIH	Sistema Único de Monitoreo Evaluación Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE)	Registro morbilidad, mortalidad, laboratorio y estadísticas de personas con VIH.

Fuente: Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, mayo 2015.

En cuanto a la implementación del SIAP, a abril de 2015, veintisiete de los treinta hospitales cuentan con el módulo de identificación del paciente, de los cuales catorce tienen adicionalmente módulo de citas, cinco cuentan con módulo de farmacia y dos poseen módulo de laboratorio clínico. Este sistema, de acuerdo con la disponibilidad de equipo de cómputo, red local y conexión a la intranet institucional, también se está implementando en el Primer Nivel de Atención: actualmente se está utilizando en 45 Unidades Comunitarias de Salud Familiar y la clínica de empleados, de las cuales cuatro ya tienen el módulo de citas y seis la atención en la clínica de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual, estas últimas gracias al aporte de la iniciativa TEPHINET/CDC y el Programa Nacional de VIH/SIDA.

También se ha logrado un gran avance en cuanto a la generación de información fidedigna, actualizada e integrada a nivel nacional en el campo de los recursos humanos, que está permitiendo a los tomadores de decisiones orientar adecuadamente políticas específicas. Así, dentro del Sistema de Información de Recursos Humanos, se ha implementado el módulo de servicio social, que tiene como usuarios principales a las instituciones formadoras de recursos humanos, lo que facilita todos los procesos de gestión de los estudiantes egresados. Asimismo, se ha fortalecido el observatorio de recursos humanos con los módulos de formación y de fuerza laboral en salud, publicando la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos el primer boletín de estadísticas de recurso humanos a nivel nacional.

Como reto para el próximo año de gestión, y con el fin de que se sostenga el desarrollo del SUIS en el tiempo, deberá seguir ampliándose en lo posible el equipo humano que debe garantizar la actualización permanente del SUIS para mantener plena la confiabilidad de los procesos, la seguridad informática y la administración óptima de la infraestructura de telecomunicaciones; asimismo, deberán recuperarse en el presupuesto institucional los fondos asignados a rubros tan importantes como el mantenimiento de equipo informático, los insumos de cómputo y la conectividad a Internet. No menos importante es la identificación de nuevos fondos para la adquisición del equipamiento de cómputo que habilitará la implementación del expediente clínico electrónico en más establecimientos sanitarios y la capacitación efectiva y eficiente del personal de salud. Externamente, será crítico que en este próximo año se apruebe la *Ley de firma electrónica*, así como la fir-

ma del convenio de cooperación entre el Registro Nacional de las Personas Naturales y el MINSAL para la depuración de la información personal de los pacientes (paso indispensable para la consecución del expediente único) y el intercambio de información del estado vital de la población, la eventual presentación de un proyecto de *Ley de software libre* y formatos abiertos, así como la atención a la posibilidad de desarrollo y puesta en marcha de una red de datos propia del Estado que ampliaría la cobertura de la intranet institucional, a la vez que disminuiría el costo de dicho servicio.

La calidad del dato, incluyendo veracidad y verificabilidad, ha sido reconocida por otros países latinoamericanos, que han venido a verificar este sistema innovador. La doctora Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud, verificó estas percepciones cuando en septiembre de 2014 dijo que el SUIS de El Salvador "es uno de los mejores sistemas de información de Latinoamérica, solo superado por el de Brasil y México".

ANALIZANDO LA INFORMACIÓN PARA MEJORES DECISIONES

Durante el último año, se alinearon las labores de la Dirección de Vigilancia Sanitaria al marco de la Reforma de Salud, reestructurándose en tres unidades: Vigilancia de la Salud, Investigación y Epidemiología de Campo, y Estadística e Información Sanitaria; con el fin de cumplir su responsabilidad de procesar, analizar, investigar y difundir la información sobre eventos de salud y enfermedad, así como el diseño de los registros relevantes de captura de información, definición de flujos de notificación, estandarización de procesos, monitoreo, verificación de la calidad de información y el acompañamiento del contenido técnico del Sistema Único de Información en Salud (SUIS). Bajo la nueva organización se desarrollaron procesos estadísticos y epidemiológicos de alta calidad, los cuales dieron cuenta del estado de salud y la determinación social en la población, por medio de:

1. La toma de decisiones en materia de política de salud y el diseño de intervenciones eficaces en periodos regulares y de crisis.
2. Brindar información relevante para organismos de cooperación técnica y financiera, sociedad civil organizada y comunidad académica científica.

3. Promover el trabajo intersectorial para el abordaje de los diferentes eventos que afectan la salud de la población (CISALUD y CNPC).
4. Orientar la elaboración y aplicación de los lineamientos sanitarios.
5. Cumplimiento de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional.
6. Mejorar la calidad del boletín epidemiológico semanal, que presenta un resumen de la situación epidemiológica con un elevado rigor científico.
7. Análisis georreferenciado de eventos epidémicos que ha servido como punto de partida para las alertas estratificadas y para el análisis de eventos como IRA, neumonías, diarreas, entre otros.
8. Elaboración y difusión de modelos matemáticos predictivos de las enfermedades (a través de descomposiciones de Fourier y ARIMA), que sirven de insumo para la toma de decisiones.

AVANCES EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD

Se ha consolidado el mejoramiento del Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica de El Salvador (VIGEPES), que permite a los 3286 usuarios regulares del sistema detectar y estratificar el daño poblacional, calcular indicadores nacionales e internacionales, realizar monitoreo, evaluación y seguimiento de casos de vigilancia rutinaria y especial, orientando las acciones requeridas para la prevención y el control sanitario. De la misma forma, se ha fortalecido el Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW) con el registro de las atenciones ambulatorias preventivas y curativas a nivel intra y extramural, egresos hospitalarios y estadísticas vitales. Con ello, los usuarios dispondrán de información oportuna y representativa que contribuirá al monitoreo, gestión, planificación en los diferentes niveles de atención. Adicionalmente, entre el 15 de septiembre y el 20 de diciembre de 2014, con el apoyo de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS), se capacitó a recursos regionales de estadística sobre la base de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10), a través de metodología virtual, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de las causas de morbilidad y mortalidad.

Otro de los logros que constituyen una deuda histórica saldada corresponde al fortalecimiento del Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS), con tabuladores especiales para el registro de actividades de la iniciativa mesoamericana, Hogares de espera materna, prevención y tratamiento de adicciones, Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI), el Laboratorio Nacional de Referencia y registro diario para el monitoreo de las existencias de hemoderivados en la red de bancos de sangre, lo cual contribuirá a generar información oportuna y representativa para evaluar las actividades que se brindan en la red de establecimientos de salud.

Toda la información antes descrita permite generar perfiles de salud en diferentes niveles geográficos, temporales y poblacionales. Con la evidencia generada se han construido indicadores de impacto, proceso y resultados, a fin de definir tendencias, estratificación de afectaciones y coberturas, así como el monitoreo de la Reforma de Salud en su camino hacia la equidad sanitaria y el abordaje de la determinación social de la salud.

AVANCES EN INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO

En concordancia con la línea de acción “Fortalecimiento de la investigación científica en salud y formación continua del talento humano”, del Plan quinquenal de Desarrollo 2014–2019, la Dirección de Vigilancia Sanitaria conformó la Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo (UNIEC), la cual es la responsable de la formación y capacitación de recursos humanos en epidemiología así como del desarrollo o asesoría en investigaciones epidemiológicas, teniendo además la responsabilidad directa de la organización, conducción y operativización de los Equipos de Respuesta Rápida para Investigación y Control (ERRIC) de enfermedades emergente y reemergentes, ante las amenazas que presentan estas enfermedades a la población salvadoreña.

Con la finalidad de fortalecer la epidemiología en los niveles locales, actualmente están en proceso de formación treinta profesionales de la salud en el Diplomado en Epidemiología de Campo (nivel intermedio) en la Universidad de El Salvador y 60 empleados de los establecimientos de salud en el Curso Básico de Epidemiología.

Se realizó investigación del primer brote de chikunguña en el cantón Zapote Abajo, del muni-



Digitalización de fichas familiares con dispositivo electrónico.

cipio de Ayutuxtepeque, utilizando metodología de investigación científica. Además se brindó asesoría para la investigación de brote de enfermedad de chikunguña en menores de 6 meses en el Hospital Nacional Zacamil. Ambos estudios permitieron sentar las bases para elaborar guías técnicas para el abordaje de la enfermedad a nivel del país y caracterizar casos atípicos en diferentes grupos etarios, que es también un aporte valioso a la comunidad científica internacional para el abordaje de esta enfermedad.

Se ha conformado y capacitado ERRIC a nivel nacional, regional y local para detectar, investigar y aplicar las primeras medidas de control en campo ante un caso sospechoso y sus contactos de las enfermedades emergentes y reemergentes para contener el

brote epidémico que puedan generar. Es importante mencionar que cada ERRIC está integrado por personal interdisciplinario, según disponibilidad de recursos (médico epidemiólogo, médico infectólogo o internista, enfermera, laboratorista clínico, técnico de saneamientos ambiental, psicólogo, educador, comunicador, estadístico y de personal de logística, entre otros).

Estos equipos se mantienen en comunicación, seguimiento y actualización periódica sobre Ébola, sarampión y otras enfermedades que amenacen a la población o se encuentren presentes en cualquiera de los países de la región. Además, cuentan con su manual de organización y funcionamiento. Uno de los ERRIC regionales participó en la atención de un

caso sospechoso de Ébola procedente de Liberia, que finalmente fue descartado, pero que nos permitió poder validar los protocolos de atención que ya habían sido avalados y revisados por un equipo de especialistas de la OPS.

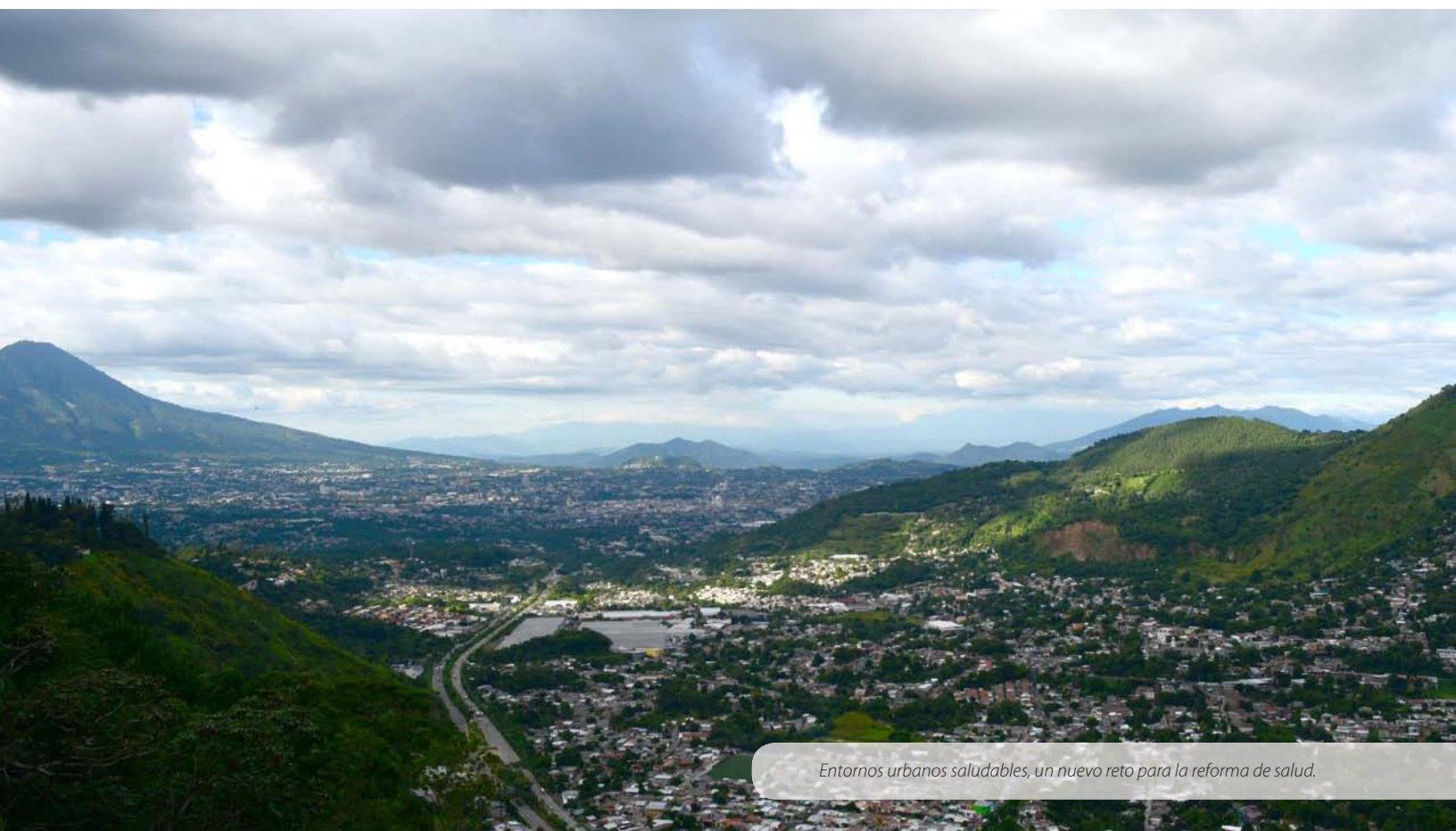
AVANCES EN ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN EN SALUD

La Unidad de Estadística e Información en Salud de la Dirección de Vigilancia Sanitaria coordinó con la Dirección del ISSS para la conformación de un comité que permitió la capacitación en el uso del certificado de nacido muerto, defunción y ficha de nacimiento dirigida a 42 profesionales de la red de maternidades del ISSS, entre ellos, epidemiólogos, directores y estadísticos. Esta actividad también estableció los lineamientos para su ingreso en el Sistema de Morbimortalidad vía Web (SIMMOW), lo que abona a mejorar la oportunidad, representatividad y calidad de los indicadores de mortalidad materna e infantil, así como a contribuir a la toma de decisiones para mejorar las condiciones de salud de la población en respuesta al Plan Quinquenal de Desarrollo

2014-2019, objetivo 4, Línea de Acción L.4.1.3. Estandarizar e Integrar el sistema de información de Salud.

En noviembre 2014, se incorporó al registro diario de consulta médica y odontológica la hoja de ingreso-egreso y la variable Beneficiario del Programa de Veteranos de Guerra. Se modificaron los tabuladores de Servicios de Apoyo II y III, Atenciones grupales de Salud Mental, Promotor de Salud IV y se elaboró un tabulador nuevo para Veteranos de Guerra, que incluye: procedimientos de ginecología, cambio de sonda vesical, consejerías de los componentes de nutrición, enfermedades crónicas degenerativas, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo y otras drogas, alcoholismo, charlas, entrevistas, sesiones educativas, número de reuniones de coordinación con el sector, asambleas comunitarias y número de visitas domiciliarias, esto con la finalidad de hacer visible la prestación de servicios de salud a Veteranos de Guerra y sus beneficiarios, dando cumplimiento al decreto ejecutivo n.º 132. Inciso III (*Diario Oficial*, tomo 400, página 8, fecha 8 de agosto de 2013, n.º 143): "Que es necesario brindar el beneficio del servicio de atención médica a todos los veteranos de guerra del histórico FMLN, incluyendo a su padre y madre".

CUIDANDO LA SALUD DE LAS PERSONAS, CONSERVANDO EL MEDIO AMBIENTE



Entornos urbanos saludables, un nuevo reto para la reforma de salud.

El proceso de Reforma de Salud ha incorporado en este periodo a la salud ambiental como un nuevo eje estratégico que permitirá abordar integralmente la determinación social de nuestra salud y calidad de vida, procurando entornos saludables en nuestras viviendas, comunidades, escuelas, lugares de trabajo y, sobre todo, en armonía con los ecosistemas, cumpliendo de esta manera con el objetivo de garantizar el derecho a la salud a toda la población.

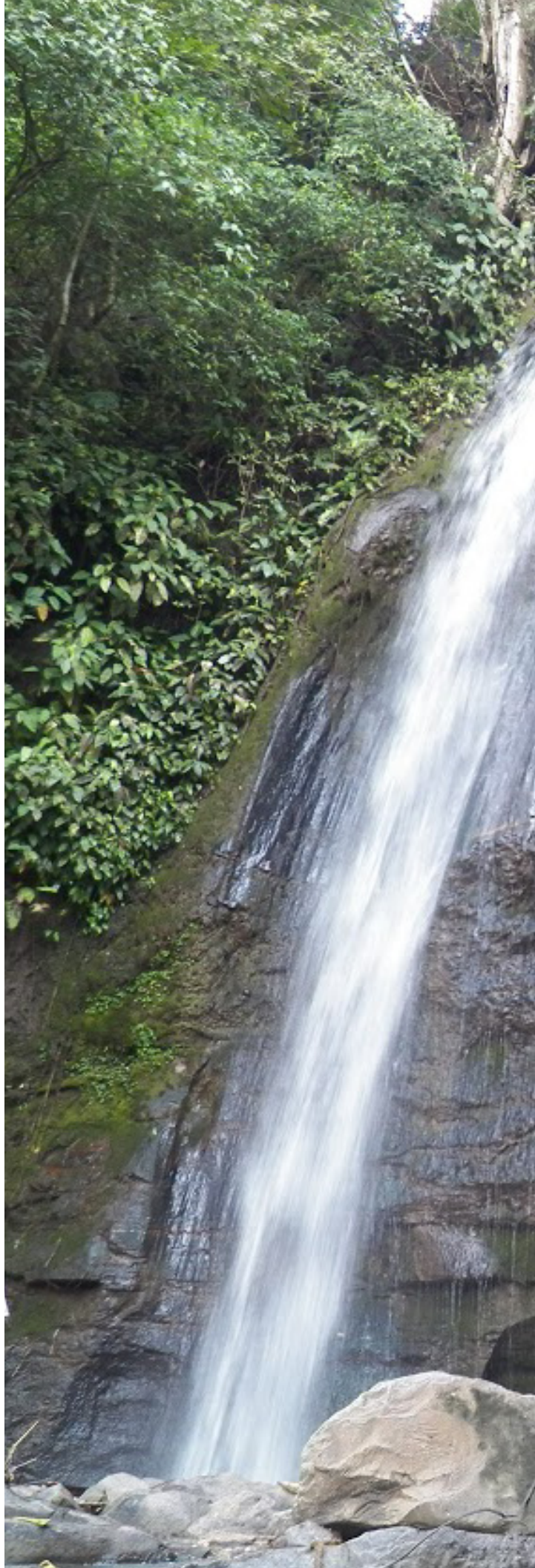
SALUD AMBIENTAL

Para cumplir el objetivo de garantizar el derecho humano a la salud a toda la población, nuestra Reforma de Salud se preocupa también por que el entorno sea saludable, para lo cual se debe “valorar, corregir, controlar y evitar aquellos factores en el medio ambiente que potencialmente pueden perjudicar la salud de generaciones actuales y futuras” (Referencia sobre salud ambiental, OPS, 1993). Por ello, a partir del periodo actual, el MINSAL incorporó la salud ambiental como un nuevo eje estratégico de la reforma, cuyos propósitos están encaminados a abordar el proceso que determina socialmente nuestra salud y calidad de vida, para lo cual es necesario:

- Garantizar que la comunidad, la vivienda, los centros escolares, los espacios laborales y otros en los que la población vive y se desarrolla sean entornos saludables.
- Reducir las enfermedades de origen hídrico, zoonótico, vectorial y alimenticio.
- Evitar la exposición de la población a los contaminantes ambientales.
- Contribuir al abordaje integral del cambio climático con estrategias de reversión, adaptación y resiliencia de las comunidades.
- Sensibilizar e incidir en la población salvadoreña y en los pequeños, medianos y grandes empresarios, desarrollando para ello un amplio trabajo intersectorial en el cumplimiento de estos objetivos.

Este nuevo eje implica para el Gobierno, y particularmente para el Sistema Nacional de Salud, un desafío en el mediano y largo plazo por contribuir a, prevenir, combatir y eliminar las causas que han provocado la grave situación ambiental en que se encuentra el país. Ello implica fortalecer la capacidad instalada del sector dotándolo de un marco regulatorio de aplicación nacional, eficaz y moderno, que en sintonía con el Art. 117 de nuestra Constitución, contribuya a la “protección, restauración, desarrollo y aprovechamiento de los recursos naturales”, a fin de que el desarrollo económico y social sea técnica y financieramente sostenible, pero que sobre todo esté en equilibrio con los ecosistemas.

El desarrollo activo y dinámico de este eje permitirá dar un seguimiento más efectivo y relevante a los compromisos en materia de salud ambiental a nivel nacional y el trabajo en instancias interinstitucionales, como la Comisión Nacional de Codex





Alimentarius, la Subcomisión de Agua, Saneamiento y Promoción de la Higiene, la Comisión Nacional de Alimentos, la Comisión Nacional de Plaguicidas, la Comisión Técnica de Rastros, la Comisión Nacional de Enfermedades Zoonóticas y la Comisión Técnica de Agua y Saneamiento.

Igualmente permitirá contribuir a fortalecer y optimizar las estructuras regionales, tales como la Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana (RESSCAD), el Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD), la Unión Aduanera Centroamericana, el Consejo de Ministros de Integración Económica de Centroamérica (COMIECO) y la Conferencia Latinoamericana y del Caribe de Saneamiento (LATINOSAN).

AGUA, VIDA Y SALUD

En 2014, el MINSAL realizó el análisis bacteriológico y fisicoquímico de 8378 muestras de agua para el consumo humano a nivel nacional, de las cuales el 98 % cumplió con la norma bacteriológica y el 88 % con la norma fisicoquímica. Con el fin de prevenir riesgos a la salud pública por posible presencia de plaguicidas, el MINSAL incorporó al agua potable el análisis de los plaguicidas carbamatos, organoclorados y paraquat: de 386 muestras, el 41 % dieron positivo en carbamatos; de 461 muestras, en el 74.19 % se encontró paraquat; y de 296 muestras, el 36.48 % presentaron organoclorados. Con el fin de dar continuidad y solución a los resultados, estos han sido discutidos con personal técnico de las diferentes regiones y del Laboratorio Nacional de referencia a fin de incrementar el monitoreo a los sistemas evaluados y corregir los problemas con los abastecedores del agua potable.

Las principales brechas del saneamiento básico son la distribución, la cobertura y la potabilidad del agua segura para el consumo humano. En El Salvador, el sistema de distribución del agua se encuentra fragmentado en más de 4000 sistemas públicos, privados, comunitarios y municipales, lo cual dificulta una adecuada regulación y vigilancia.

El MINSAL, en coordinación con el Comité Técnico Interinstitucional, integrado por ANDA, FISDL y MARN, elaboró los *Reglamentos técnicos salvadoreños para la instalación y funcionamiento de sistemas de tratamiento individual de aguas negras y grises y el Reglamento de letrinas sin arrastre de agua, aguas superficiales y piscinas*, un marco normativo para inter-

agua segura para el consumo humano. un
derecho fundamental inpostergable

venciones que ayudará a reducir las enfermedades de origen hídrico.

Durante este primer año, el MINSAL monitoreó y vigiló la presencia de *Vibrio cholerae* mediante el análisis de heces humanas en uno de cada diez casos de enfermedad diarreica aguda y en los ríos y lagos del país, monitorizando sitios centinelas en todo el territorio nacional. En el 56.59 % de 182 muestras tomadas se encontró la bacteria *Vibrio cholerae* 01, que no produce toxina colérica no es responsable de epidemias. Los resultados fueron socializados con el personal de las Regiones de salud, con el fin de incrementar la vigilancia, el seguimiento y el monitoreo permanente en las zonas identificadas con posible riesgo de *Vibrio cholerae*.

De 80 muestras tomadas para identificar parásitos y bacterias en aguas superficiales, el 68.75 % presentaron larvas de *Strongyloides stercoralis*, *Plesiomonas shiguelloides* y *Coliformes fecales*.

El monitoreo de piscinas con sistemas de recirculación del agua determinó que de 27 muestras, el 92.5 % tienen un parámetro químico y el 68 % un parámetro microbiológico acorde a la normativa.

Para evitar la generación de criaderos de vectores, el MINSAL coordinó la recolección de desechos comunes en 22 UCSF y 25 hospitales, contabilizando 134 789 libras de papel, 35 307 libras de plástico, 94 253 libras de cartón, 3138 libras de aluminio, 8964 libras de hierro, 69 980 libras de placas radiológicas y 4521 libras de chatarra.

En coordinación con Sanidad Militar, ISSS, universidades públicas y privadas, el Consejo Superior de Salud Pública, la Defensoría del Consumidor y empresas privadas, el MINSAL estandarizó y garantizó un adecuado proceso de manejo, recolección y disposición final de los desechos bioinfecciosos, aplicando la normativa para el manejo de 1047.54 toneladas de desechos, 120.87 procedentes de UCSF y 926 de hospitales nacionales, a un costo total de \$1 618 500.

PROGRAMA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

En 2014, el MINSAL realizó la vigilancia de 409 empresas importadoras de azufre, peróxido de hidrógeno, ácido clorhídrico, cloro, gas, acetona, ácido nítrico, clorato de potasio, glicerina y nitrato de bario, para mantener un control permanente de estas sustancias químicas y peligrosas que producen impacto en el medio ambiente y en la salud humana.

El MINSAL promovió y participó en la reactivación de la Comisión Nacional de Plaguicidas (CONAPLAG), integrada por el MAG, el MARN y el MINSAL, cuyo propósito es buscar soluciones a la problemática ambiental y social generada por el uso y comercialización indiscriminados de los plaguicidas. Para ello, se formularon y actualizaron documentos regulatorios, entre ellos, el *Reglamento técnico sobre límite máximo de plaguicidas en frutas y hortalizas*, la *Norma de calidad de fertilizantes y sus materias primas*, la *Norma de constatación de la calidad de plaguicidas* y la actualización del Acuerdo n.º 18 para la restricción del uso de 12 plaguicidas, entre ellos dicamba, terbufos, forato, aldicard, glifosato y paraquat.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ANIMALES

Las inundaciones de los últimos años, ocasionadas por fenómenos meteorológicos como la tormenta Aída y la depresión tropical 12-E, fueron causa de brotes localizados de leptospirosis, que fueron controlados rápidamente. Esta situación dejó importantes lecciones para prevenir la enfermedad; así, se desratizaron 36 468 viviendas y 5828 establecimientos, a un costo de \$ 56 350.00; se procesaron 295 muestras a nivel nacional para su diagnóstico, entre las cuales resultó el 1.4 % de casos positivos, y se llevaron a cabo 118 controles de foco en viviendas con sospecha de la enfermedad.

En coordinación con el MAG, el MINSAL implementó la *Campaña nacional de vacunación antirrábica canina y felina*, en la que 1 018 769 animales fueron vacunados contra la rabia, cantidad que se sumó a los 41 207 animales del programa regular, lográndose una cobertura del 91 %, lo que ha implicado una inversión de \$ 46 911.00 en equipos, materiales e insumos. En esa línea, el Laboratorio Nacional de Productos Biológicos elaboró 1.5 millones de dosis de vacuna antirrábica canina y felina, financiadas con el Fondo de Actividades Especiales del MINSAL.

Los resultados de la vacunación han sido excelentes, ya que a pesar de que en el período se registraron 22 286 personas mordidas o agredidas por animales transmisores de rabia, en su mayor parte por perros y gatos, por sexto año consecutivo El Salvador no registra casos de rabia humana.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

La transmisión del dengue y la fiebre chikunguña refleja claramente cómo la enfermedad, la salud y

las inequidades entre grupos poblacionales están socialmente determinadas por un modelo de desarrollo excluyente, depredador de los recursos naturales, hiperconsumista y generador de graves desequilibrios en el ecosistema. Este modelo conduce inexorablemente a la mala gestión de los desechos sólidos, al suministro discontinuo de agua, a un ordenamiento territorial inexistente, al hacinamiento y a la participación intermitente de la población, condicionando la presencia y exacerbaciones cíclicas, cada vez más violentas, del vector transmisor de la enfermedad. Con el fin de abordar estos aspectos de la determinación social en la salud, el MINSAL ejecutó acciones intersectoriales de control enmarcadas en un plan nacional, que contempló la realización de cuatro jornadas nacionales contra el dengue y la fiebre chikunguña, diseñadas en cuatro fases: escolar, institucional, domiciliar y comunitaria. En estas jornadas se llevaron a cabo actividades de promoción, educación y eliminación de criaderos del vector, tales como abatización, recolección y destrucción de inservibles. Adicionalmente, se realizaron fumigaciones para el control del zancudo adulto.

El trabajo operativo dio como resultado 4 159 269 visitas en viviendas, de las cuales el 7.7 % (320 873) no se intervinieron por estar cerradas o deshabitadas, o porque sus habitantes se negaron a abrir, lo cual representa un alto riesgo en tanto que limita el impacto de las acciones ejecutadas. En las 3 838 396 viviendas inspeccionadas, se encontraron 18 903 810 depósitos potenciales de ser criaderos del zancudo, de los cuales al 52.2 % (9 864 583) se les aplicó tratamiento, el 24.4 % (4 614 887) se eliminaron y el 23.4 % (4 424 340) ya tenían alguna medida de prevención. Para el control del vector en estadio adulto se realizaron 3 964 051 aplicaciones de insecticida en viviendas; de igual manera, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta operativa del control del vector en estadio adulto, se adquirieron 90 equipos térmicos, por un monto de \$ 108 719.10.

El abordaje del vector transmisor de la malaria requiere de un trabajo integral e intersectorial permanente debido a las condiciones geográficas, ambientales y sociales del país y de la región centroamericana. El MINSAL, con el fin de cumplir los objetivos de la preeliminación de la malaria, ha fortalecido la vigilancia epidemiológica, entomológica y laboratorial. En 2014 se registraron siete casos de *Plasmodium vivax*, de los cuales cinco son autóctonos y dos importados de Guatemala.

Este bajo número de casos es producto del constante trabajo de los diferentes niveles de atención del MINSAL y los demás integrantes del SNS, así como de la participación permanente de 3000 líderes comunitarios ubicados en las diferentes áreas endémicas del país. Por los resultados obtenidos, la OPS/OMS y el Fondo Mundial han decidido fortalecer sus aportes técnicos y financieros al país con un monto de \$ 3.8 millones en el periodo 2016-2019, que serán destinados para que el programa pase de la fase de control a la fase de eliminación. En el primer año, como parte de las actividades preventivas contra la malaria, se realizaron las siguientes acciones: rociado residual en 14 116 viviendas y 30 987 aplicaciones con equipo de fumigación térmica portátil y pesada, así como ULV. Además, se atendió a 3604 inmigrantes en puntos fronterizos oficiales que procedían de áreas de países con transmisión activa de malaria.

Otra enfermedad transmitida por vectores (chinche común) acompañante de la pobreza es la enfermedad de Chagas, directamente vinculada a la falta de acceso a vivienda digna y al hacinamiento de la población, entre otros aspectos sociales, los cuales hacen que el vector transmisor de la enfermedad tenga una amplia distribución a nivel nacional, manteniéndose con ello la transmisión activa. Con el objetivo de reducir la prevalencia de estos casos, el MINSAL inspeccionó y fumigó 247 000 viviendas, de las cuales el 2.36 % (5829 viviendas) fueron positivas a la chinche *Triatoma dimidiata*. Para combatir al vector en estadio de ninfa y adulto, se aplicó insecticida de acción residual en 13 666 viviendas.

CONTROL E HIGIENE DE ALIMENTOS

La salud de la población también está relacionada con el consumo de alimentos saludables y con buenas prácticas de manipulación de estos, tanto en los hogares como los establecimientos donde se producen. El MINSAL, en coordinación con la Defensoría del Consumidor, creó el Comité Sectorial de Alimentos, fortaleciendo la capacidad institucional de vigilancia de la inocuidad y calidad de 54 tipos de productos lácteos y cárnicos y de otros 247 tipos de productos alimenticios, como ensaladas, papas fritas, salchichas, jamón, horchatas, bebidas carbonatadas y no carbonatadas, embutidos y otros.

La vigilancia se centró en la contaminación microbiológica y la verificación del contenido del etiquetado, especialmente el contenido de grasas, a fin

En la medida en que la esperanza de vida de la población crece y que las enfermedades infecciosas se reducen, las enfermedades crónicas degenerativas, los trastornos mentales, los accidentes y otras lesiones de causa externa cobran relevancia y se ven potenciadas por el consumo de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco.

de que las diferentes Regiones de Salud dispusieran de información para hacer cumplir las normativas y sancionar a los comercializadores de productos alterados.

Como parte de la vigilancia de la calidad de los alimentos, el MINSAL emitió 60 543 permisos para productos de importación, registró 5649 nuevos productos, reconoció 1301 registros de productos alimenticios provenientes de Unión Aduanera Centroamericana y emitió 1030 resoluciones de cambios en los registros sanitarios.

En coordinación con la Comisión Intergremial para la Facilitación del Comercio en El Salvador (CIFACIL), el MINSAL redujo significativamente el tiempo de tramitación de registros de alimentos y bebidas, pasando de 120 a 70 días. Para el futuro inmediato, se prevé reducir a 40 días este margen.

Durante las vacaciones del periodo 2014-2015, en coordinación con los gobiernos locales y el Sistema Nacional de Protección Civil, se inspeccionaron 1500 establecimientos de alimentos y se capacitó a 4145 manipuladores de alimentos, con el fin de prevenir enfermedades de origen hídrico y alimenticio.

ALCOHOL Y TABACO

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Alcohol y Tabaco 2014, levantada por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) y la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC-MINEC), medio millón de salvadoreños presentan un patrón de consumo nocivo de alcohol, el 85 % de ellos en el grupo de edad entre 24 y 35 años; y más de un cuarto de millón son fumadores, el 5.5% de ellos con un patrón de con-

sumo nocivo (11 a 20 cigarrillos diarios), la mayoría (10.9 %) entre los 25 y los 34 años de edad.

En respuesta a esta realidad y en el marco de la Reforma de Salud, con el apoyo de FOSALUD se creó la Unidad de Alcohol y Tabaco del MINSAL, para ejercer vigilancia y control en las empresas importadoras, productoras y comercializadoras de tabaco, bebidas alcohólicas y alcoholes en general, a fin de generar un mayor control que permita reducir el consumo y los efectos nocivos de estos productos, especialmente en la juventud y la niñez, dando cumplimiento a la *Ley para el control del tabaco* y a la *Ley reguladora de la producción y comercialización de alcoholes y bebidas alcohólicas* y a los compromisos derivados de la ratificación por el país del *Convenio marco de la OMS para el control del tabaco*.

De esta manera se incrementó el registro de empresas productoras, importadoras y comercializadoras, pasando de 167 empresas en 2014 a 238 empresas en 2015, y el control sobre el alcohol etílico puro, desnaturalizado y absoluto, entre otros, pasó de \$ 19.7 millones en 2014 a \$ 44.5 millones de litros en 2015. Este esfuerzo fue posible gracias a la coordinación interinstitucional entre MINSAL, Policía Nacional Civil, Ministerio de Hacienda y Dirección Nacional de Medicamentos, que conjuntamente realizaron inspecciones integrales a ingenios, empresas comercializadoras, expendios y establecimientos farmacéuticos. Estas acciones han permitido generar una base de datos actualizada, lo que facilita la formulación de los reglamentos para las leyes de alcohol y tabaco, el incremento de la recaudación de impuestos y un mejor control del contrabando de estos productos.

El MINSAL está haciendo esfuerzos para reactivar y sistematizar el funcionamiento de la Comisión

CUADRO 1. FORTALECIMIENTO DEL RECURSO HUMANO E INTERINSTITUCIONALIDAD

RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS	TEMÁTICA DE CAPACITACIÓN
250 promotores e inspectores de salud, MINSAL 30 médicos, MINSAL	Atención de intoxicaciones por plaguicidas Prevención, uso y disposición final de plaguicidas
481 técnicos, MINSAL	Gestión de sustancias químicas en hospitales Norma de agroindustrias Manejos y uso eficaz de plaguicidas Implementación de Gestión de la Calidad y Normativas ISO y Toxicología Básica, Monitoreo del Sistema de Información de Intoxicación por Plaguicidas
298 inspectores de salud ambiental, MINSAL	Mejoramiento del acceso a agua segura, inocuidad alimentaria y saneamiento básico en centros escolares del sector público. Beneficiando a 65 centros de estudio de los departamentos de Chalatenango, Sonsonate, La Libertad y Santa Ana.
45 personal médico, enfermería e inspectores de salud ambiental destacados en las Oficinas Sanitarias Internacionales	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional Nuevas disposiciones de la vacuna contra la fiebre amarilla Amenazas biológicas Toma, manejo y traslado de muestras biológicas Uso de equipo de protección personal
190 recursos involucrados en la manipulación de alimentos del sector privado	Registro de productos alimenticios Manipulación de alimentos Requisitos de solicitud de permisos de funcionamiento de los establecimientos alimentarios
35 auditores, técnicos de las direcciones de auditoría, colaboradores jurídicos y técnicos administrativos del área jurisdiccional de la Corte de Cuentas de la República	Actualización sobre legislación ambiental
150 técnicos del MINTRAB y MINSAL	Lineamientos técnicos para la vigilancia de las emisiones atmosféricas por fuentes fijas
12 elementos de sanidad militar 25 recursos humanos del MINSAL	Incidencia, transmisión, prevención y control de las enfermedades zoonóticas

Fuente: Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL 2015.

Técnica Interministerial de Rastros Municipales, conformada por el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y la Defensoría del consumidor, a fin de garantizar el seguimiento al Plan Nacional para la Construcción y Mejoramiento de los Rastros Municipales de El Salvador. En este sentido, y con el apoyo de expertos del Instituto Nacional de Tecnología Industrial de Argentina (INTI), se capacitó a 27 técnicos de saneamiento ambiental en los procedimientos de inspección pre y posmortem, desposte, envasado, despacho, legislación y normativa en la industria cárnica. Además, la comisión elaboró y

oficializó en noviembre de 2014 los *Lineamientos para el diseño de rastros*, con el objetivo de contar con un marco regulador que garantice rastros saludables. Para hacer más efectivas estas acciones, nos esforzaremos en concretar la incorporación de los gobiernos municipales a la comisión y formular un plan interinstitucional de trabajo que involucre a todos los actores.

Con el propósito de orientar a la población sobre el riesgo del vector y las enfermedades vectoriales, el personal técnico operativo de promoción de salud y de otras disciplinas del MINSAL brindó 40 753 charlas en centros educativos, instituciones públicas

y comunidades, y se realizaron 12 987 horas de perifoneo, se organizó a 875 grupos de voluntarios y se distribuyeron 287 506 hojas volantes y afiches. Se capacitó a 4145 manipuladores de alimentos a nivel nacional durante las vacaciones de Semana Santa del año 2015.

Como parte de la sensibilización sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y alcohol en la

salud, el MINSAL capacitó a 633 jóvenes estudiantes de tercer ciclo, bachillerato y de educación superior, así como a 289 técnicos del MINSAL, personal de Cruz Roja Salvadoreña y líderes de las comunidades. También hubo participación del MINSAL en tres Ferias de Salud para realizar la mayor difusión posible de los efectos negativos del consumo de estos productos en la salud.

SOLIDARIDAD, RELACIONES INTERNACIONALES Y OTROS APOYOS



El Salvador y Cuba firman convenio de cooperación para el avance de la salud.

Fortalecer y ampliar la cooperación externa de organismos y países amigos hacia puntos clave que garanticen el desarrollo de la capacidad instalada para avanzar en la profundización de la Reforma de Salud forma parte de las estrategias para la gestión de la cooperación internacional, lo que evita duplicación de esfuerzos e ineficacias, consolidándola y generando lazos más firmes y solidarios con pueblos y gobiernos.

Hay que destacar en primer lugar el amplio reconocimiento y valoración de la Reforma de Salud y sus resultados en los ámbitos regional e internacional. Partiendo de tal apreciación, el MINSAL ha buscado consolidar el esfuerzo desarrollado para avanzar en la reducción de las brechas aún existentes, aprovechando la cooperación bilateral, triangular, multilateral y Sur-Sur para lograr avances significativos en la aplicación de las políticas y estrategias del MINSAL, consolidando los primeros ocho ejes de la Reforma e iniciando dos nuevos ejes: salud ambiental y violencia y salud.

La gestión y movilización de recursos de cooperación internacional se orienta a apoyar tres grandes áreas: el desarrollo y la participación en eventos internacionales de relevancia por sus alcances en el ámbito político-técnico de la salud, la negociación y desarrollo de proyectos de cooperación en apoyo a los diez ejes de la Reforma de Salud (bilateral, multilateral, Sur-Sur) y el fortalecimiento de las capacidades institucionales, incluyendo el intercambio de conocimiento, la investigación y la capacitación.

En el ámbito político-estratégico, en este primer año de gestión se han establecido importantes relaciones con organismos internacionales en apoyo al proceso de profundización de la reforma. La difusión exitosa de los logros alcanzados en diferentes foros regionales e internacionales ha propiciado la apertura de nuevos espacios y se han encontrado más socios que respaldan la continuidad del proceso mediante la reutilización de este enfoque en sus respectivos países, contribuyendo así a la construcción de la resiliencia sanitaria de la región.

Cabe mencionar que el contexto internacional de la cooperación se vio impactado por la crisis financiera mundial, reduciéndose drásticamente los recursos hacia los países de renta media, entre los que está clasificado El Salvador. Esta circunstancia nos impulsó a identificar nuevas oportunidades de cooperación para apoyar procesos esenciales de la Reforma de Salud. De esta forma, el MINSAL ha establecido relaciones de cooperación con los países miembros del grupo BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), y se dio un nuevo impulso a la cooperación SUR-SUR y Triangular con países amigos tales como Cuba, Brasil, México, República Dominicana, Argentina, Chile y Tailandia, el País Vasco/Euskadi, la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional y la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo.

Con el fin de coordinar los diferentes esfuerzos de cooperación, se participó en el Plan Internacional de Salud+2015 (IHP+2015, por sus siglas en inglés), en el que se evaluó el progreso de la efectividad de la cooperación internacional en salud, la discusión de prioridades de cooperación post 2015 y acciones en situaciones emergentes. También se ha aprovechado el potencial de organizaciones internacionales no gubernamentales y universidades mundialmente reconocidas, como la Universidad de Cambridge (Reino Unido) y la Universidad de California en Los Ángeles (Estados Unidos) entre otras.

PRESENCIA DE LAS AUTORIDADES DEL MINSAL EN EVENTOS INTERNACIONALES

Los eventos internacionales en el ámbito de la salud han permitido abordar temas prioritarios, promover el desarrollo de políticas de salud a nivel nacional y/o regional, movilizar recursos y establecer acuerdos que han fortalecido las capacidades nacionales en salud y estrategias regionales y subregionales que permiten una coordinación armonizada entre países que enfrentan similares desafíos. Entre estos eventos se destacan:

Integración de Centroamérica (COMISCA-RESSCAD-SICA)

El MINSAL organizó y celebró la XXX Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), desarrollada en San Salvador los días 17 y 18 de octubre de 2014, durante la cual El Salvador ostentó la presidencia pro tempore. En esta reunión se presentó el Informe de cumplimiento de los acuerdos de la XXIX RESSCAD y se discutieron temas prioritarios de salud, lográndose importantes acuerdos para la región relacionados con salud mental, adicciones y drogas; seguridad ciudadana y seguridad vial; enfermedades no transmisibles con énfasis en enfermedad renal crónica y cáncer; cobertura universal en salud; medicamentos, productos biológicos y tecnología en salud; control de enfermedades transmisibles; gobernanza y acceso al agua. Destaca también la participación especial de la Dra. Carissa Etienne, directora de la OPS, quien reconoció y felicitó a El Salvador por los alcances y la calidad del Sistema Único de Información en Salud, así como el nivel de preparación alcanzado por el país en cuanto a la preparación para afrontar una posible epidemia de enfermedad por el virus del Ébola. Se



entregó la presidencia pro tempore de la XXXI RESSCAD a la ministra de Salud de Honduras, así como la responsabilidad del seguimiento al cumplimiento de los acuerdos emanados de la reunión.

El MINSAL también participó en la XL Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), realizada en República Dominicana del 26 al 27 de junio de 2014. Durante esta reunión se trataron temas de interés para la región y se lograron importantes acuerdos relacionados con la coordinación de acciones para la vigilancia epidemiológica y el control de la fiebre chikunguña, el fortalecimiento de estructuras nacionales en materia de trasplantes y donación de órganos, la aprobación de estrategias regionales para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, así como para la prevención del embarazo en adolescentes. Asimismo, se aprobaron convenios regionales como el de la Estrategia EMMIE (Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla de La Española).

En el mismo ámbito, el MINSAL participó de la XLI Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), realizada en Belice el 1 y 2 de diciembre de 2014, en la que se presentó la experiencia de El Salvador sobre la situación de la enfermedad renal crónica de causa no tradicional asociada con agrotóxicos y se decidió revalidar los acuerdos de la Declaratoria de San Salvador derivada del “Foro de alto nivel sobre enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica”, realizada en abril de 2013; esto con el propósito de mejorar la detección temprana de la enfermedad, la calidad de atención de los pacientes, así como la disponibilidad de medicamentos y tecnología adecuada; haciendo énfasis en la necesidad de continuar profundizando en la investigación del tema y la definición de políticas públicas que regulen la comercialización de los agrotóxicos.

Por otra parte, la ministra de Salud fue delegada por la primera dama de la república para represen-

tar al país ante la Alianza para la Prevención y Acción ante el Embarazo en la Adolescencia, realizada en Honduras, del 15 al 17 de octubre de 2014, en la que presentó el informe de país sobre los avances en este tema. El objetivo de la cumbre fue que los Estados miembros del SICA adoptaran medidas específicas de promoción y protección de la salud de las adolescentes para reducir la morbimortalidad materna, así como la consideración del tema en las políticas, planes, legislaciones y programas regionales.

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

A partir de junio de 2014, el viceministro de Políticas de Salud representó al MINSAL en las sesiones virtuales y presenciales como parte de la delegación salvadoreña del grupo de trabajo (conformado por 12 Estados miembros de OPS) responsable de la construcción, revisión y aprobación de la Estrategia de cobertura universal y acceso universal en salud (CUS) para la formulación de las bases conceptuales y la propuesta de acuerdo a tomar por el Consejo Directivo de la OPS. El documento final de la Estrategia de cobertura universal en salud y acceso universal a la salud (CUS) se presentó en la 154.ª sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizada en Washington, D. C., del 16 al 20 de junio de 2014. En esta sesión se decidió que esta estrategia sería uno de los pilares del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y, consecuentemente, en el 53.º Consejo Directivo de la OPS y la 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS, realizada en Washington del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, se aprobó finalmente la estrategia citada, instando a los Estados miembros a definir sus respectivos planes de acción y establecer sus prioridades nacionales para el periodo 2014-2019. Un insumo importante presentado por el país en esta última reunión de la OMS fue el documento final resultado de la amplia consulta de país sobre dicha estrategia.

La Reforma de Salud de El Salvador es uno de los esfuerzos más progresistas e integrales de la región, y ha generado un gran interés internacional, por lo que la ministra de Salud fue invitada por la directora de la OPS a presentar la Situación de salud en El Salvador y avances de la Reforma, en la sede de la OPS/OMS, Washington, D. C., del 16 al 19 de noviembre de 2014 con el objeto de mostrar los avances y resultados en los ocho ejes de la Reforma y las proyecciones de los dos nuevos ejes. Tras la exposición de

la ministra, el debate permitió acordar dos grandes rubros de cooperación: una agenda de continuidad de la cooperación de la OPS para apoyar la Reforma de Salud y el compromiso de elaborar una hoja de ruta para el acceso universal y la cobertura universal de la salud en el país.

En diciembre de 2014 se llevó a cabo la Reunión regional sobre la salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales (LGTBI) y derechos humanos, en la que el viceministro de Servicios de Salud presentó los avances en el tema y dio continuidad al trabajo realizado durante 2014 presidiendo el "Grupo de trabajo sobre legislación relacionada a la salud". El grupo de trabajo tenía como objeto revisar la Estrategia en Legislación de Salud para la región, la que concluyó en el mes de mayo de 2015 y será presentada al Consejo Directivo de la OPS en la próxima reunión a realizarse en septiembre de 2015.

La ministra de Salud también representó al país en la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza, del 18 al 26 de mayo de 2015, donde se realizaron intercambios de experiencias sobre temas de salud mundial, como vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y sistemas de salud. Esta reunión permitió establecer nuevos vínculos con otros cooperantes, como el Fondo Mundial, y discutir nuevas estrategias de cooperación, como el canje de deuda entre Alemania y El Salvador.

Otras actividades

Gestión de convenios de cooperación para el país e intercambio de experiencias exitosas con la hermana República de Cuba, en el marco de la visita del presidente de la república de El Salvador a Cuba del 9 al 13 de septiembre de 2014, que tuvo continuidad en la misión realizada en mayo 2015 a dicho país, concretando varios compromisos, entre ellos la cooperación para continuar con el proyecto Operación Milagro en El Salvador.

Reuniones técnico-políticas de trabajo de los titulares con los países miembros de la región con el apoyo técnico de OPS en el marco de las actividades preparatorias ante una posible amenaza por virus del Ébola; realizadas en la Habana Cuba del 28 al 31 de octubre de 2014.

En julio de 2014 se llevó a cabo en el país el Taller de profundización del proceso de la Reforma de Salud en El Salvador, un foro internacional cuyo objeto

es aportar elementos técnicos y conceptuales para consolidar y profundizar el proceso de Reforma de Salud iniciado en El Salvador. Este taller aglutinó a cerca de 60 expertos, nacionales e internacionales, procedentes de la academia y la cooperación técnica internacional, quienes analizaron y presentaron propuestas y recomendaciones a fin de enfrentar los nuevos retos que plantea el proceso de reforma.

La relevancia internacional de nuestro proceso de reforma ha motivado igualmente que El Salvador sea parte del grupo de países latinoamericanos que han preparado la propuesta de agenda de recursos humanos post-2015. Igualmente la excelencia de nuestro Sistema Único de Información en Salud (SUIS) ha sido favorable para que el país fuera invitado a formar parte del grupo de desarrollo de los *Lineamientos de expediente electrónico de salud* en la Organización Mundial de la Salud. Del mismo modo, las experiencias exitosas del Foro Nacional de Salud y la Comisión Intersectorial de Salud, ejes estratégicos de la Reforma, han sido sistematizadas por la OPS para su difusión a nivel latinoamericano.

Vinculado estrechamente con el posicionamiento continental de la Reforma de Salud, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) decidió realizar su *XIII Congreso latinoamericano de medicina social y salud colectiva en El Salvador*, en el cual se dieron cita más de mil intelectuales, académicos y militantes por el derecho a la salud procedentes de todo el mundo, y varias organizaciones incluyeron sus actividades en este mismo espacio, tales como el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), la Mesa de Cooperación Internacional Sur-Sur, la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP), la Red Latinoamericana de Género, el Encuentro Continental de graduados de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, el Foro Internacional de la Salud para la Convivencia Social, la Red de Salud del Trabajo y la coordinación latinoamericana del Movimiento Internacional por la Salud de los Pueblos, la Asociación para la Defensa de la Salud Pública y el Observatorio Global de Salud (Global Health Watch), que difundió el cuarto reporte alternativo sobre la salud mundial.

Como una actividad relevante de la Comisión Intersectorial de Desarrollo de Recursos Humanos, y con la finalidad de colocar en la agenda los principales desafíos que tienen las instituciones en el campo de los recursos humanos para avanzar hacia

el abordaje integral de los recursos para garantizar el cuidado integral a la salud, se desarrolló el segundo Foro Nacional de Recursos Humanos, cuyo tema fue “Los recursos humanos como elemento clave para promover la vida y la salud de las personas, familia y comunidad”, en el cual participaron más de 130 expertos en el tema, entre ellos los gestores locales de recursos humanos y profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), de universidades y del Consejo Superior de Salud Pública, así como las asociaciones de profesionales.

Se ha continuado participando de forma activa en la Comisión Técnica de Recursos Humanos de Centro América y República Dominicana, cuyo eje de trabajo es la planificación estratégica de los recursos humanos y su meta avanzar hacia una mejor dotación y distribución de los mismos, en el marco del acceso universal a la salud y la migración de recursos humanos calificados y sus efectos en el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de salud. En este sentido, se finalizó el estudio subregional sobre Gestión de flujos migratorios en el área médica y/o de enfermería, del que destacamos una de sus principales conclusiones: “El análisis de factores que inciden negativa o positivamente en la movilidad profesional calificada en salud, en el marco de procesos migratorios, debe formar parte de los procesos regulatorios de este sector, los que tienen que definirse a través del diálogo internacional por beneficios compartidos, como un estímulo para el desarrollo profesional y para la creación de condiciones de trabajo adecuadas en los países emisores y para reforzar la lucha por la equidad en los países receptores y para minimizar la fuga de cerebros”.

Acuerdos suscritos por el MINSAL en el periodo reportado

El MINSAL ha suscrito importantes convenios con organizaciones internacionales y países amigos que contribuyen a consolidar los ejes de la Reforma de Salud, siendo los más relevantes:

Firma de la declaración de compromiso para el desarrollo de capacidades de los sistemas de salud en lo referente a innovaciones tecnológicas, sistemas de información y comunicación, uso de aplicaciones de e-Salud, tele-educación y acceso a las TIC, en el marco de la XIV Conferencia Iberoamericana de ministros de Salud, realizada en Veracruz, México, el 20 de octubre de 2014.

Carta de intención entre el MINSAL y la Asociación Enfants du Monde, para la implementación de la estrategia “Mujer, individuo, familia y comunidad (MICF)” para mejorar la salud materna y neonatal en El Salvador, por un monto de \$ 376 611.00, a ejecutarse de 2015 a 2017.

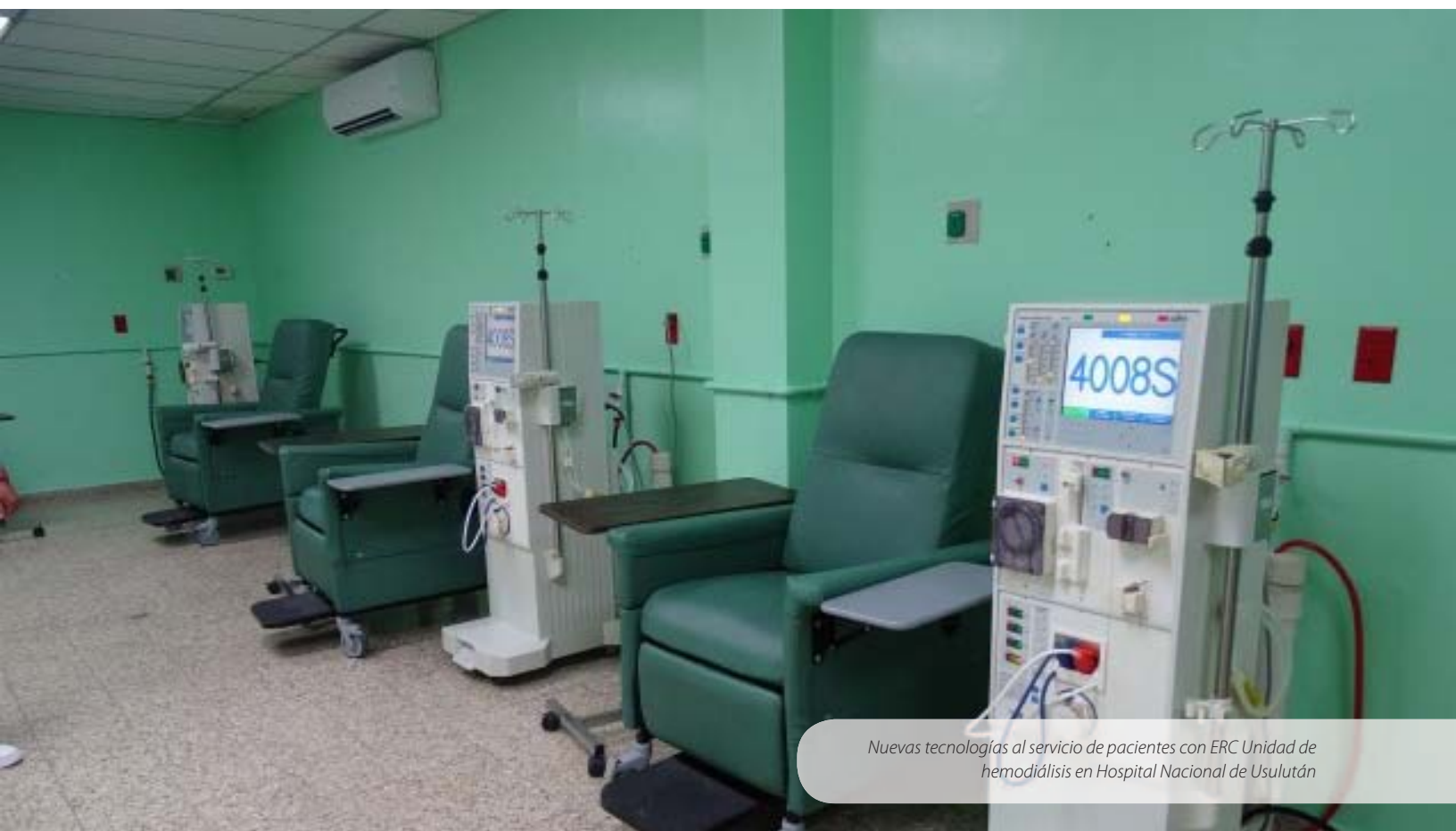
Firma de acuerdo entre el MINSAL y Embajada del Japón en el marco del Programa de Asistencia Financiera no Reembolsable para Proyectos Comunitarios de Seguridad Humana (APCS): construcción y equipamiento de la unidad comunitaria de salud familiar básica (UCSF-B) del cantón Carpintero, Polorós, departamento de La Unión, por un monto de \$ 129 196.00; reconstrucción de la infraestructura de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia (UCSF-I) de Yoloaiquín, departamento de Morazán, por un monto de \$ 125 763.00, a ejecutarse durante 2015.

Firma de carta de intención entre el MINSAL y la Fundación HNS de los Hospitales de la Universidad de Cambridge y la Comunidad Extranjera de ADDENBROOKE, Inglaterra, de promoción de cooperación para el avance del conocimiento médico, intercambio de experiencias y asistencia técnica y capacitación para mejorar la provisión de servicios de salud, durante el período 2015 al 2018.

Firma de cuatro Acuerdos Internacionales entre el MINSAL y la Associazione di Aiuto Medico Centro América (AMCA), para la creación de la Comisión Mixta Suizo Salvadoreña de Cooperación, en el ámbito del desarrollo en materia de salud pública, a fin de planificar, verificar y dar seguimiento a las intervenciones de cooperación que surgirán en lo sucesivo con AMCA y realización de los siguientes proyectos:

1. Mejoramiento de la calidad de atención y transporte del neonato crítico en la Región Occidental de El Salvador, con requerimiento financiero aproximado de \$ 700 000.00.
2. Mejoramiento de la infraestructura para la atención, seguridad y calidad de los servicios perinatales en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, a un costo de \$ 857 718.05.
3. Mejoramiento del equipamiento para la atención, seguridad y calidad de los servicios perinatales en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, a un costo de \$ 125 000.00.
4. Mejora de la atención, diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer en el Hospital Nacional de la Mujer de San Salvador, a un costo de \$ 100 000.00.

TRABAJO INTRASECTORIAL



Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud para el ejercicio de su función rectora en la integración del Sistema Nacional de Salud es el objetivo de la intrasectorialidad en la profundización de la Reforma de Salud, así como catalizar y generar alianzas que permitan el uso eficiente y oportuno de la información institucional mediante la puesta en común de los datos para la toma de decisiones, retroalimentación de la investigación, generación de políticas sanitarias y la puesta en común de inversiones y esfuerzos que abonan el camino hacia la construcción del sistema unificado y a la universalización de la salud.

INTEGRANDO LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD: TRABAJO INTRASECTORIAL

Integración de Estadísticas Vitales MINSAL-ISSS

El Ministerio de Salud, en coordinación con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ha conformado una comisión para el fortalecimiento de la información de las estadísticas vitales, estableciendo los mecanismos para la integración de información sobre los nacimientos que ocurren en cada institución, lo cual contribuirá a la representatividad de información del sector salud.

Comisión para implementación de Registro Nacional de Diálisis y Trasplante

Como parte del convenio entre la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), en octubre de 2014 se desarrolló un Curso Subregional de Centroamérica para Registros de Diálisis y Trasplante Renal, con el objetivo de promover en los países de la región centroamericana y República Dominicana la implementación del Registro Nacional de Diálisis y Trasplante Renal (RNDTR).

Posteriormente se convocó a los actores clave de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y a representantes de la Sociedad Nacional de Nefrología para conformar la Comisión Técnica de Registro de Diálisis y Trasplante Renal, que está constituida por delegados del Ministerio de Salud, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, del Comando de Sanidad Militar, de la Sociedad de Nefrología de El Salvador, del Colegio Médico y de la Organización Panamericana para la Salud, estableciéndose una estrecha coordinación para desarrollar el proceso de implementación del registro en los próximos meses.

Alianza Neonatal de El Salvador

Este organismo reúne a diecisiete organizaciones, entre agencias de cooperación y sociedad civil, que apoyan técnica y financieramente la capacitación del recurso humano y la compra de suministros estratégicos para los bancos de leche humana y la estrategia Canguro; además, realiza investigación sobre prematuridad en hospitales del MINSAL y el ISSS y proporciona la abogacía necesaria para poner en la agenda pública el tema de la salud fetal, del recién nacido y del neonato.

Alianza para la Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes

Se está implementando el Plan Intersectorial para la Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes, en el que participan veinticinco instituciones, entre gubernamentales, no gubernamentales, organismos de cooperación externa, asociaciones médicas y universidades. Se desarrollaron siete proyectos destinados a la prevención del embarazo y la violencia sexual y para la promoción de estilos de vida saludables a partir del mapeo de la cobertura de intervenciones y la priorización de municipios de acuerdo con el perfil de salud; estas acciones, que beneficiaron a 25 000 adolescentes, contaron con un presupuesto de aproximado de \$ 200 000.00

Alianza para la prevención y detección temprana de cáncer de cérvix y mama

Con la asistencia técnica y financiera de Basic Health se capacitó al personal de la Región Paracentral del Ministerio de Salud en la implementación del proyecto de prevención de cáncer cérvico uterino; también se realizó la formación de recursos del MINSAL en el registro de cáncer, con el apoyo de la OPS, la Unión Internacional Contra el Cáncer y ASAPRECAN; y se contó con participación de profesionales de la salud vinculados con el programa de atención a las neoplasias en el Congreso Internacional sobre Virus del Papiloma Humano realizado en Estados Unidos.

Estos programas, especialmente el de fortalecimiento del programa de tamizaje de cáncer cérvico uterino, se integrarán en el recién formado Programa de Atención Integral al Cáncer, incorporándolos en integrándolos al modelo de atención integral de salud por las RIIS.

Comisión Intersectorial de Recursos Humanos

Esta comisión, ha avanzado hacia una mejor articulación entre las 21 instituciones del campo de los recursos humanos, fortaleciendo el sitio del observatorio que es un medio de comunicación especializado, avanzando en los módulos de formación y de fuerza laboral en salud, además la Comisión ha elaborado y publicado el primer boletín de estadísticas de RH a nivel nacional y definido su agenda para implementar las seis estrategias de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos





Movilización del Foro Nacional de Salud en defensa de la Reforma.

PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN PARA PROMOVER LA SALUD

Nuestro proceso de reforma concibe a la salud y a la enfermedad desde la atención primaria en salud, lo que exige reconocer que la estructura social y el actual modelo de desarrollo determinan el grado de salud que podemos alcanzar, tanto como de qué y cómo se enferman y mueren las personas. El abordaje de este planteamiento tiene como eje transversal a la organización comunitaria, que, junto con la institucionalidad, genera la apertura de posibilidades, mecanismos y capacidades de participación social e involucramiento activo de la población en los procesos de toma de decisiones y elaboración de las políticas públicas para la construcción colectiva de la salud.

Para ello, los cambios estructurales requieren la identificación y medición de las inequidades, una mayor extensión y consolidación de la organización comunitaria canalizada a través del Foro Nacional de Salud, la exigibilidad y garantía del derecho a la salud, la sostenibilidad legal y la profundización del proceso de Reforma de Salud y sus logros, con el objetivo de enfrentar la determinación social de la salud y construir un nuevo modelo de desarrollo en equilibrio con los ecosistemas.

MÁS ALLÁ DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Comité de salud coordinando actividades de saneamiento en Zacatecoluca.

La intersectorialidad es un eje trazador y vinculante con todos los ejes de la reforma; construye fuerzas vivas en alianzas nacionales, municipales, comunitarias e institucionales, por medio de conexiones que promueven la organización para procurar el empoderamiento, la mejora de las condiciones de vida del individuo, la familia y la comunidad, así como el abordaje de la determinación social de la salud.

INTEGRANDO SECTORES NO TRADICIONALES

La política de salud identifica la necesidad estratégica de abordar intersectorialmente los problemas de salud a fin de generar soluciones más integrales y orientar las políticas públicas. Una de las rutas para abonar este eje estratégico de la Reforma de Salud fue la constitución de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), como elemento innovador y catalizador para abordar problemas que trascienden al sector salud, utilizando un instrumento institucional para convocar a las diferentes instancias y trabajar con ellas.

En 2014 se emitió un decreto ejecutivo que permitió reconocer oficialmente la participación interinstitucional y la colaboración intersectorial desarrollada por CISALUD.

Hasta el momento se ha logrado consolidar la participación interinstitucional y la colaboración intersectorial e intrasectorial de manera permanente y efectiva para diseñar, ejecutar y mantener los procesos de planificación y respuesta ante eventos de interés en salud pública, identificando y tomando control de todos aquellos factores que determinan o influyen en situaciones que amenazan la salud, estimulando la responsabilidad compartida entre las instituciones gubernamentales y la población en general para tomar control de la determinación social de la salud.

Algunas de las acciones que se han desarrollado en el seno de CISALUD en este periodo son:

Seguimiento a la regulación de productos pirotécnicos

Se dio seguimiento a la regulación de productos pirotécnicos y a la planificación y ejecución de la *Campaña de prevención de lesionados por productos pirotécnicos 2014*, ejecutada en coordinación con el Sistema Nacional de Protección Civil, que permitió reducir en un 20 % la cantidad de pacientes quemados en el periodo de fin de año. Además, fue aprobada por la Asamblea Legislativa la modificación del capítulo de pirotécnicos de la Ley de control y regulación de armas, municiones, explosivos y artículos similares, iniciativa apoyada por la CISALUD.

Abordaje de la discapacidad física

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) rindió informe de impacto de la discapacidad

motora, sensorial, cognitiva y mixta en pacientes con lesiones de causa externa y de los costos de la rehabilitación ambulatoria y por internamiento en los que incurre la institución según la gravedad de la discapacidad. En tal sentido, se solicitó un estudio de alternativas jurídicas que permitan superar el fallo de la Sala de lo Constitucional que deja sin efecto la capitalización por medio de contribuciones especiales del Fondo para la Atención de Víctimas de Accidentes de Tránsito (FONAT).

Seguimiento al trabajo de la Comisión Nacional de Plaguicidas (CONAPLAG)

En el marco de la aprobación de las modificaciones a la Ley sobre control de pesticidas, fertilizantes y productos para uso agropecuario se propuso la creación de un comité técnico interinstitucional, la Comisión Nacional de Plaguicidas, conformado por los ministerios de Salud, Agricultura y Ganadería, Medio Ambiente y Recursos Naturales, con el fin de realizar revisión, registro, autorización y prohibición de plaguicidas y fertilizantes, en concordancia con los estándares regionales y nacionales.

Desde la CISALUD se ha continuado coordinando con la Comisión Nacional de Plaguicidas, con el fin de prevenir, reducir o eliminar los plaguicidas y otros productos químicos que ponen en riesgo la salud y la vida de las actuales y futuras generaciones. Durante 2014 se trabajó junto al MARN para respaldar la propuesta de prohibición de productos como el endosulfán, que contienen moléculas clorhidratadas, catalogadas como compuestos orgánicos persistentes (COP), reguladas en el convenio de Estocolmo (y estipuladas en el anexo A del mencionado convenio), el cual es vinculante a la prohibición del uso, fabricación y comercialización de esas sustancias en los países partes. Asimismo se propuso promover la inclusión del paraquat en el anexo III del convenio de Rotterdam sobre consentimiento fundamentado previo (aplicable a plaguicidas y productos químicos peligrosos), en la categoría de formulaciones de plaguicidas extremadamente peligrosos. Igualmente se señaló el glifosato como un peligroso agente cancerígeno, ya citado como tal en varias publicaciones de la OMS.

Manejo intersectorial de dengue y chikunguña

El 31 de mayo de 2014, el Foro Nacional de Salud reportó a las autoridades del MINSAL la aparición de un



cuadro clínico caracterizado por fiebre, erupciones cutáneas y debilidad en los miembros inferiores en unos cincuenta habitantes del cantón El Zapote del municipio de Ayutuxtepeque (San Salvador). Ante esta situación, se crearon equipos de respuesta rápida conformados por personal técnico multidisciplinario de los diferentes niveles del MINSAL (infectólogos, epidemiólogos, laboratoristas, entre otros) cuyo trabajo consistiría en descartar mediante algoritmos de vigilancia laboratorial vigentes, entre otras enfermedades, sarampión, rubéola, dengue, parvovirus, enterovirus.

En coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, en la primera quincena de junio el MINSAL envió las muestras al Centro Regional de Referencia Laboratorial, ubicado en Fort Collins, Colorado, EE.UU., para su análisis y diagnóstico definitivo, donde se estableció mediante métodos directos que se trataba de fiebre chikunguña.

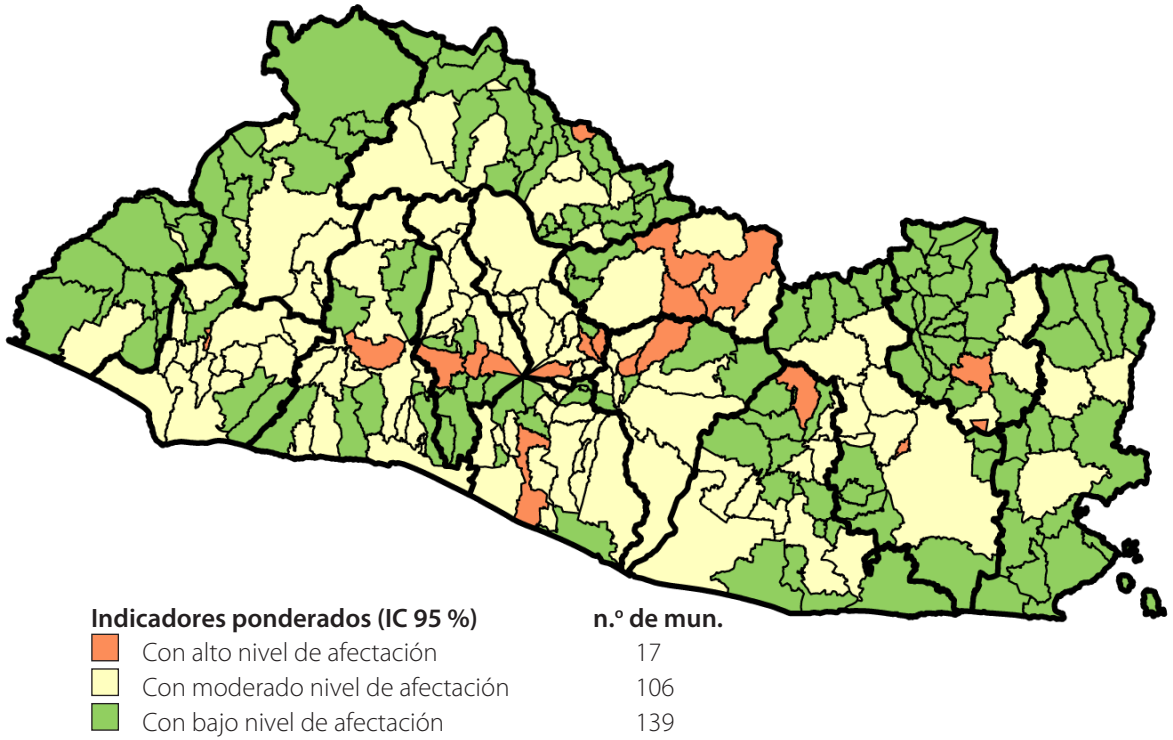
El Sistema Nacional de Salud, liderado por el Ministerio de Salud, desarrolló un intenso abordaje intersectorial en coordinación con el Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC). En el segundo semestre de 2014 se declararon dos alertas nacionales estratificadas contra el dengue y la fiebre chikunguña, una reclasificación de alerta, cuatro jornadas nacionales

intersectoriales de destrucción de criaderos, tres megajornadas de fumigación masiva, una campaña de limpieza de quebradas del área metropolitana de San Salvador en el marco del Plan Castor, y una jornada de limpieza intersectorial en cementerios públicos y privados. La estrategia de articulación con el SNPC permitió la activación de todas las instancias del sector salud, las 14 comisiones departamentales, 262 comisiones municipales y las 7 comisiones nacionales, lo que significó la movilización de gobiernos locales, ejército, seguridad pública, cuerpos de socorro, instituciones formadoras, iglesias de diferentes denominaciones y la población en general.

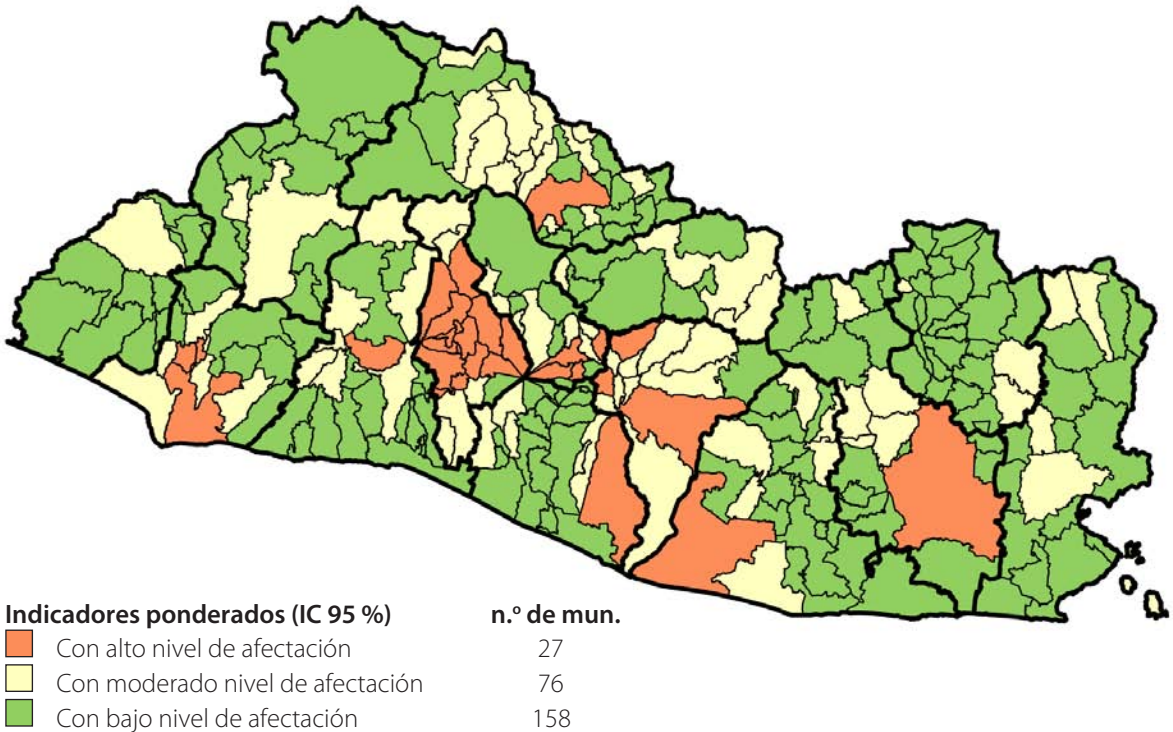
Alertas estratificadas

Las alertas desarrolladas por el MINSAL fueron producto de un análisis pormenorizado denominado Estratificación para la acción, que permitió particularizar el nivel de afectación para cada uno de los municipios del país. Dicho análisis permitió establecer las áreas que se encontraban más afectadas para priorizar las acciones e intervenciones, concentrando recursos humanos donde más se requería y evitando con ello la duplicidad de esfuerzos de las instituciones.

**PRIMER ESTRATIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE POR MUNICIPIOS,
DE ACUERDO CON INDICADORES SELECCIONADOS, EL SALVADOR, JUNIO 2014**



**SEGUNDA ESTRATIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE POR MUNICIPIOS,
DE ACUERDO CON INDICADORES SELECCIONADOS, EL SALVADOR, SEPTIEMBRE 2014**



Primera alerta estratificada por dengue y chikunguña

El 25 de junio de 2014, el Ministerio de Salud, en coordinación con el SNPC, emitió alerta estratificada por dengue y chikunguña para los 262 municipios del país: alerta naranja para 17 municipios, alerta amarilla para 106 y alerta verde para 139. Así se definió la realización de tres jornadas nacionales contra dengue y chikunguña, el involucramiento completo del MINED para designar una mañana a labores de destrucción de criaderos dentro de los centros escolares, la activación de filtros escolares; la responsabilidad de los gobiernos locales sobre la aplicación de las ordenanzas municipales contra el dengue, la recolección de desechos sólidos; al Ministerio de Trabajo, girar instrucciones a los Comités de Seguridad e Higiene Ocupacional de las empresas e instituciones públicas para que realizaran su propio plan de control; y a la Corte de Cuentas de la República para que garantizara el seguimiento al cumplimiento de los planes intersectoriales establecidos.

Reclasificación de alerta estratificada por dengue y chikunguña

El 18 de septiembre de 2014 se emitió una reclasificación de la alerta estratificada vigente desde el 25 de junio: naranja para 27 municipios, amarilla para 76 municipios y verde para 159 municipios. En este contexto se logró la participación de los 262 gobiernos locales (con diferentes grados de participación e involucramiento), 2152 ADESCOS, 295 965 personas de diferentes sectores, 1452 iglesias de diferentes denominaciones. Se realizaron 6657 horas de perifoneo, se distribuyeron 300 903 materiales educativos y se ofrecieron 867 917 charlas de promoción y educación para la salud.

Impacto de las acciones (derogación de alerta)

El 2 de febrero de 2015, el SNPC dejó sin efecto la alerta nacional estratificada por dengue y chikunguña debido al notable descenso de casos en 251 municipios a causa de las actividades de control realizadas a finales de 2014. Al mismo tiempo se emitió una nueva alerta con carácter preventivo (verde) en 11 municipios del departamento de San Salvador por el alto índice larvario en viviendas y la alta incidencia de resultados positivos en las muestras de laboratorio analizadas.

Preparados para enfrentar el virus del Ébola

En el primer trimestre de 2014, la enfermedad por virus del Ébola registrada en tres países de la región Occidental de África motivó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara emergencia de salud pública de importancia internacional y la calificara como una “amenaza para la paz y la seguridad mundiales”. En agosto de 2014, la directora de la Organización Panamericana de la Salud instó a los Estados miembros a mejorar su preparación ante la posibilidad de que surgiera un caso importado de enfermedad por virus del Ébola (EVE) en la región. En este contexto, El Salvador desarrolló su capacidad de preparación y respuesta con base en un amplio trabajo intersectorial.

A finales de julio se convocó a los representantes de la Autoridad de Aviación Civil para discutir la situación del Ébola y establecer procedimientos en caso de la llegada de pasajeros sintomáticos, recomendando la no suspensión de vuelos procedentes de África. Posteriormente el Ministerio de Salud y la Autoridad de Aviación Civil acordaron la intensificación de las medidas de vigilancia y control en el Aeropuerto Internacional, así como la obligatoriedad sobre la notificación de viajeros enfermos por parte de los capitanes de las aeronaves.

El MINSAL se aprovisionó de manera inmediata de 350 trajes de bioseguridad nivel 3, que fueron distribuidos entre los Equipos de Respuesta Rápida, personal de las OSI, personal de salud tratante en hospitales, laboratorios y demás instituciones del SNS. Además, se realizó un proceso de compra global por 42 kit Ébola PAHO kit versión 2 y 5 kit WHO Type B por un monto aproximado de \$32 000 con la OPS.

En agosto de 2014, la Comisión Intersectorial de Salud Ejecutiva giró instrucciones para que la CISALUD Técnica elaborara el Plan Intersectorial de Abordaje y Respuesta contra la EVE con alcance nacional, considerando cinco ejes acción de una estrategia de gestión integrada: participación social, intersectorialidad y trabajo interinstitucional, salud ambiental, promoción, prevención y comunicación social, servicios de salud y atención médica, y vigilancia epidemiológica. Dicho documento planteó las bases sobre los lineamientos, protocolos de actuación, recepción y cuarentena tradicional (21 días) para personas procedentes de países con brote de EVE, los cuales fueron aplicados y puestos en práctica con dos efectivos militares, dos religiosas y dos

agentes de la Policía Nacional Civil, quienes posterior a su periodo de observación y chequeo médico se integraron a sus labores en el territorio nacional.

Se organizaron 23 Equipos de Respuesta Rápida (ERR), uno del nivel nacional compuesto por profesionales multidisciplinarios de las instituciones del SNS, cinco equipos regionales y diecisiete de SIBASIS, que recibieron formación en aspectos epidemiológicos, de vigilancia sanitaria, de investigación y control de casos sospechosos y contactos, de entrenamiento en colocación y retiro de equipo de protección personal.

Se realizaron dos simulacros de coordinación intersectorial en Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI Monseñor Romero y OSI de Acajutla), coordinados con la Autoridad de Aviación Civil, la Autoridad Marítima Portuaria, CEPA, MINSAL-Fosalud, entre otros, con el fin de evaluar el plan de respuesta ante la EVE, procedimiento en la colocación del equipo de protección personal, inspección de los medios de transporte, entrevistas a capitanes sobre procedimientos sanitarios, disponibilidad de protocolos y evaluación del evento según anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y notificación al Centro Nacional de Enlace (CNE) de El Salvador.

A finales de diciembre se tuvo un caso sospechoso que fue abordado en coordinación con la Policía Nacional Civil, el Ministerio de Defensa Nacional, la Dirección de Migración y Extranjería, la OPS/OMS,

el Ministerio de Salud-Fosalud, que finalmente fue descartado, aunque permitió validar y poder aplicar los protocolos de recepción y traslado de paciente, activación de ERR, control de contactos, recepción de paciente en Unidad de Cuidados Especiales para Pacientes con Enfermedades Infecciosas (UCEPIC), evaluación de los protocolos de manejo, aislamiento y diagnóstico, notificación al Punto Regional de OPS en el marco del RSI, de flujos de procedimientos (pacientes, personal médico y de enfermería), toma, manejo y envío de muestras de laboratorio.

Priorización de temas de gestión en 2016

En marzo de 2015, la CISALUD Técnica, por instrucciones de la instancia ejecutiva, realizó un taller de priorización de temas relevantes y trazadores para ser abordados en el periodo de gestión 2015-2016, empleando una metodología de priorización de Hanlon, basado en los siguientes criterios: magnitud, severidad, efectividad estimada de la solución, Factor PEARL (pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad). En abril, se realizó un segundo taller para elaborar el listado de subtemas específicos, de acuerdo con cada categoría priorizada y para calendarizarlos por mes, siendo el resultado de estos talleres los siguientes temas:

N.º	ESTOS TEMAS CONSTITUIRÁN LA BASE DEL TRABAJO DEL PRÓXIMO AÑO	PUNTAJE
1	Seguridad vial	30
2	Gestión integral de recursos hídricos como Política de Gobierno	29.1
3	Programa de salud nutricional para la prevención de trastornos nutricionales	21.6
4	Enfermedades crónicas no transmisibles	20
5	Enfermedades vectorizadas	20
6	Salud ocupacional	20
7	Cambio climático y salud	20
8	Promoción de la salud y prevención de enfermedades	20
9	Avances de los ejes de la Reforma	17.4
10	Prevención de la violencia	15.2
11	Alcohol y drogas	14.2

PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA HACER AVANZAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**SOLO CON UNA PARTICIPACIÓN ACTIVA
DE LA SOCIEDAD CIVIL, SE PODRÁ CONSOLIDAR
LA REFORMA INTEGRAL DE SALUD.**



Firma de Carta compromiso FNS-MINSAL

La participación social es un elemento transversal del proceso de Reforma de Salud y como tal ha venido implementándose en diferentes instancias y procesos como la rendición institucional de cuentas, la formulación participativa de políticas públicas, la conformación de las instancias técnica y política de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) y muchas otras. Tempranamente se identificó la necesidad de abrir espacios que posibilitaran igualmente la participación de los usuarios de nuestros servicios a través de una instancia que hiciera viable la organización y seguimiento a las necesidades, inquietudes y aspiraciones de las comunidades; fue así como se concibió el Foro Nacional de Salud (FNS) como una instancia de la comunidad, independiente del MINSAL, que respondiera plenamente, y sin más injerencias que las propuestas comunitarias, al objetivo de desarrollar la habilidad de la población para ejercer su derecho a la salud y tomar control sobre los factores que lo determinan. Desde entonces, el FNS ha fortalecido su organización sectorial y territorial y se ha constituido en un elemento dinamizador del proceso participativo en numerosas formas, que se han empoderado del proceso de Reforma defendiendo sus planteamientos, exigiendo su profundización y convirtiéndose en protagonistas por excelencia de la transformación del Sistema de Salud.

La participación social es un elemento transversal del proceso de Reforma de Salud y como tal ha venido implementándose en diferentes instancias y procesos como la rendición institucional de cuentas, la formulación participativa de políticas públicas, la conformación de las instancias técnica y política de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) y muchas otras. Tempranamente se identificó la necesidad de abrir espacios que posibilitaran igualmente la participación de los usuarios de nuestros servicios a través de una instancia que hiciera viable la organización y seguimiento a las necesidades, inquietudes y aspiraciones de las comunidades; fue así como se concibió el Foro Nacional de Salud (FNS) como una instancia de la comunidad, independiente del MINSAL, que respondiera plenamente, y sin más injerencias que las propuestas comunitarias, al objetivo de desarrollar la habilidad de la población para ejercer su derecho a la salud y tomar control sobre los factores que lo determinan. Desde entonces, el FNS ha fortalecido su organización sectorial y territorial y se ha constituido en un elemento dinamizador del proceso participativo en numerosas formas, que se han empoderado del proceso de Reforma defendiendo sus planteamientos, exigiendo su profundización y convirtiéndose en protagonistas por excelencia de la transformación del Sistema de Salud.

El periodo junio 2014-mayo 2015 ha sido un año de trabajo marcado por experiencias significativas en la conducción política y técnica del Ministerio de Salud, caracterizado por mejores niveles de coordinación, comunicación y apertura a la participación social entre el Foro Nacional de Salud y el gabinete ministerial, lo que ha exigido un mayor esfuerzo para que esas condiciones se reflejen a nivel local en el liderazgo comunitario activado en 72 municipios del país.

Otro elemento clave ha sido la integración definitiva y constante de liderazgo comunitario en 28 microrredes de salud que dan cobertura de servicios en 51 municipios de 9 departamentos del país, 7 RIISS departamentales y 15 hospitales nacionales para hacer realidad la participación social en salud, la corresponsabilidad en la toma de decisiones y su operativización a todo nivel dentro del Sistema Nacional de Salud.

Igual importancia reviste la participación activa de liderazgo técnico y comunitario del FNS en la formulación de políticas públicas saludables, en cuyos Comités Técnicos y Comités Consultivos se ha integrado personal del MINSAL. Sobresalen, entre otras,

las siguientes políticas: Política de Promoción de la Salud (en proceso), Política de Recursos Humanos en Salud (aprobada), Política de Salud Mental (aprobada), Política de Atención Integral al Cáncer (aprobada), Política de Salud Bucal (en proceso).

TRABAJO TERRITORIAL DEL FNS: CONSTRUCCIÓN DE TEJIDO ORGANIZATIVO

El 31 de mayo de 2014 fue juramentado el Comité Departamental de San Salvador, que empezó a funcionar en junio; asimismo, se continuó acompañando y dando seguimiento al trabajo realizado por el Comité Departamental de La Libertad, que había sido juramentado en diciembre de 2013. Además, en este esfuerzo de organización y articulación, 98 referentes de FNS se integraron a 28 microrredes del MINSAL, que dan cobertura de servicios en 51 municipios de 9 departamentos del país, coordinando además con doce SIBASI y quince hospitales nacionales. (Las microrredes donde hay presencia de liderazgo del FNS pueden ubicarse en el CUADRO 1).

Finalmente, se seleccionó y nombró a doce referentes institucionales y 35 comunitarios del FNS (11 hombres y 36 mujeres) para integrar junto con la Unidad por el Derecho a la Salud el Programa de Humanización de Servicios de Salud en quince hospitales nacionales.

Trabajo sectorial del FNS

En noviembre de 2014 se realizó un proceso de consulta para la instalación de la Mesa Sectorial de Medicamentos y la juramentación de sus integrantes y se elaboró el Plan Estratégico para el periodo 2015-2019. La mesa empezó a funcionar en enero 2015 y quedó integrada con representantes de las siguientes organizaciones:

1. APSIES (trabaja en salud)
2. APROCSAL (trabaja en salud)
3. FUMA (trabaja en salud)
4. ACOPES (venta de medicamentos genéricos)
5. CDC (derechos de consumidores)
6. ENLACES (derechos de consumidores)
7. FARDEL (empresa privada)
8. UES (facultad de Química y Farmacia)
9. CIDEP (trabaja en educación)
10. AMSATI (mujeres cooperativistas)
11. Venta Social de Medicamentos (representantes de comunidades)

CUADRO 1. COMITÉS SALUD DEL FORO NACIONAL DE SALUD INCORPORADOS EN EL TRABAJO MICRORRED

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIOS	SIBASI	MICRORRED
SAN SALVADOR, 14 municipios: Nejapa, Aguilares, Apopa, Guazapa, Mejicanos, Ayutuxtepeque, Soyapango, Ilopango, Panchimalco, Santiago Texacuangos, Cuscatancingo, Tonacatepeque, San Martín, San Salvador.	NORTE	1. Aguilares
		2. Apopa
	SUR	3. Panchimalco
		4. San Jacinto
		5. San Marcos
	ORIENTE	6. Tonacatepeque
		7. Ilopango
		8. San Martín
		9. Soyapango
	CENTRO	10. Barrios
		11. Ciudad Delgado
		12. Mejicanos
		13. San Miguelito
LA LIBERTAD, 9 municipios: Comasagua, Teotepeque, Chiltiupán, Jicalapa, Puerto de La Libertad, San José Villanueva, San Pablo Tacachico, Quezaltepeque, Santa Tecla.	LA LIBERTAD	14. Macizo Costero
		15. Cordillera del Bálsamo
		16. Joya de Cerén
SONSONATE, 5 municipios: Izalco, Nahuizalco, Acajutla, Santa Catarina Masahuat, Santo Domingo de Guzmán.	SONSONATE	17. Sonsonate
		18. Sonzacate
		19. Izalco
		20. Acajutla
SANTA ANA, 1 municipio: El Congo.	SANTA ANA	21. El Congo
AHUACHAPÁN, 1 municipio: Guaymango.	AHUACHAPÁN	22. Guaymango
CABAÑAS, 4 municipios: San Isidro, Sensuntepeque, Guacotecti, Ilobasco.	CABAÑAS	23. Sensuntepeque
SAN MIGUEL, 4 municipios: San Miguel, Nueva Guadalupe, Lolotique, Chirilagua.	SAN MIGUEL	24. Chinameca
USULUTÁN, 5 municipios: Nueva Granada, El Triunfo, San Buenaventura, Estanzuelas y Mercedes Umaña.	USULUTÁN	25. Berlín
		26. Santiago de María
		27. Alegría
Morazán, 6 municipios: Perquín, Arambala, Meanguera, Jocoaitique, Torola, San Fernando)	MORAZÁN	28. Perquín
9	12	28

Fuente: Elaboración propia 2015.



**FORO NACIONAL
DE SALUD**
CONSTRUYENDO PARTICIPACION
SOCIAL EN SALUD.

En la misma dinámica de participación, se elaboró el Plan Operativo Anual 2015 y se monitoreó el funcionamiento de la Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva del FNS, integrada por representantes de las siguientes organizaciones:

1. ORMUSA (organización feminista)
2. Orquídeas del Mar (organización de trabajadoras sexuales)
3. ESMULES (organización de lesbianas)
4. ICW (mujeres viviendo con VIH)
5. Red Fem (organización feminista)
6. Plan Internacional (derechos de NNA)
7. EDUCO (antes INTERVIDA, derechos de NNA)
8. ASPS (salud)
9. APROCSAL (salud)
10. FUMA (salud).

Incidencia y movilización

Algunas de las acciones más relevantes en este apartado son:

- Firma de carta de compromisos entre el MINSAL y el FNS, el 28 de julio de 2014.
- Evaluación participativa de la Política de Participación Social en Salud.
- Lanzamiento conjunto entre MINSAL y FNS del Programa de Humanización de Servicios de Salud.
- Celebración de foros regionales para socializar anteproyecto de Ley general de agua y la necesidad de la reforma del artículo 69 de la Constitución.
- Celebración de foros regionales para validar la propuesta de anteproyecto de ley de reforma fiscal integral, sobre la base de la justicia tributaria.

Acciones de intersectorialidad

- Participación permanente del Foro Nacional de Salud en CICALUD Política y CICALUD Técnica.
- Participación en la Alianza Intersectorial de Salud Sexual y Reproductiva.
- Participación en el Observatorio de la Reforma de Salud.
- Miembros permanentes del Movimiento Latinoamericano por la Salud de los Pueblos.
- Miembro de la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos

Contraloría social

Con la participación de 130 referentes del trabajo territorial del FNS, el 30 de mayo de 2014 se definió el Balance participativo de la gestión de Salud para el período 2009-2014. El equipo de referentes institucionales, organizado en diez mesas de trabajo, realizó un ejercicio de reflexión sobre principales logros 2009-2014 y los retos del quinquenio 2014-2019, tomando como base para el análisis los ejes de la Reforma de Salud. Los temas analizados en las mesas de trabajo fueron:

1. Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF).
2. Existencia de medicamentos y vacunas en los centros de atención de la salud.
3. Atención de Emergencias Médicas.
4. Apoyo a las acciones del Foro Nacional de Salud.
5. Apoyo al trabajo sectorial e intrasectorial en los territorios.
6. Asignación de Recursos Humanos en salud.
7. Calidad y calidez en la atención a usuarios y usuarias de los servicios de salud.
8. Planificación y coordinación de actividades comunitarias en salud.
9. Difusión de información estratégica en salud en las comunidades.
10. Toma de decisiones para la organización de acciones comunitarias.
 - Desarrollo de reuniones mensuales de coordinación del trabajo general del Foro Nacional de Salud con el gabinete ministerial responsable de la prestación de servicios de salud: Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección Nacional de Hospitales y Dirección del Primer Nivel de Atención. En estas reuniones se abordan y resuelven problemáticas concretas de la prestación de servicios de salud y la coordinación territorial del trabajo a todo nivel entre el FNS y el MINSAL.
 - Diseño, validación y funcionamiento de programa informático para la captura de información y el procesamiento de los datos obtenidos en los ejercicios de contraloría social, tanto en los establecimientos del primer nivel de atención como en la red hospitalaria nacional.

- Diseño, validación y aplicación de instrumentos para recopilar información sobre calidad, calidez, abastecimiento de medicamentos y atención a la salud sexual y reproductiva de la población en el Primer Nivel de Atención y en hospitales nacionales.
- Capacitación de integrantes de 13 Comités Municipales de contraloría social del FNS para desarrollar ejercicios de contraloría en el Primer Nivel de Atención, utilizando el nuevo instrumento diseñado y alimentando la base de datos con la información recopilada en campo. Además, utilizando la misma metodología, se capacitó a las personas que integran 5 Comités Municipales de contraloría social del FNS para desarrollar ejercicios de contraloría en hospitales nacionales.
- c. Dos estructuras departamentales del FNS organizadas y funcionando: San Salvador (con una participación activa de trece municipios) y La Libertad (con participación activa de nueve municipios).
- d. Una estructura territorial del FNS organizada y funcionando en la microrregión del Norte de San Miguel y Usulután con la participación activa de liderazgo comunitario de cinco municipios de Usulután y 2 municipios de San Miguel.
- e. Participación activa y permanente del liderazgo comunitario en 28 microrredes, en cinco RISS departamentales (La Libertad, San Salvador, Sonsonate, San Miguel y Morazán) y en el Programa de Humanización en quince de los treinta hospitales nacionales.
- f. Dos mesas temáticas sectoriales a nivel nacional instaladas y funcionando, discutiendo y aportando en materia de determinantes sociales de la salud:
 1. Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva (desde el año 2011) y
 2. Mesa Sectorial de Medicamentos (a partir de 2014).

Resultados obtenidos en el periodo

a. El Foro Nacional de Salud está integrado a nivel general por representantes de las siguientes organizaciones:

1. Asociación para la Salud y el Servicio Social Intercomunal en El Salvador (APSIES)
2. Asociación de Promotores y Promotoras Comunitarias de El Salvador (APROCSAL)
3. Fundación Maquilisquat El Salvador (FUMA)
4. ACOPEs (venta de medicamentos genéricos)
5. Centro para la Defensa del consumidor (CDC)
6. Asociaciones de Consumidores y Consumidoras de El Salvador (ENLACES)
7. Laboratorios FARDEL
8. Facultad de Química y Farmacia, Universidad de El Salvador
9. Asociación Intersectorial para el Desarrollo Económico y el Progreso Social (CIDEP)
10. Alianza de Mujeres Cooperativistas de El Salvador (AMSATI)
11. Venta Social de Medicamentos

b. Estructura territorial del FNS establecida y funcionando en 72 municipios de 12 departamentos del país, más 2 comités departamentales y 550 comités comunitarios.

g. Treinta comités municipales de contraloría social formados y funcionando en ocho departamentos del país.

h. Ejercicios de contraloría social a servicios de salud del Primer Nivel de Atención en calidad, calidez y abastecimiento de medicamentos; además, durante el año 2014 se realizaron ejercicios de contraloría social en hospitales nacionales.

- En total se realizaron dieciocho ejercicios de contraloría social en los establecimientos del Primer Nivel de Atención de trece municipios: Comasagua, Chiltiupán, Jicalapa, Teotepeque, San José Villanueva, Santa Tecla, Cuscatancingo, Nejapa, Guazapa, Santo Domingo de Guzmán, Nahuizalco, Santa Catarina Masahuat y El Triunfo.
- Se realizaron siete ejercicios de contraloría social en cinco centros hospitalarios: Hospital San Rafael, Hospital de Nueva Guadalupe, Hospital de Maternidad (antiguas instalaciones), Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Mazzini.

i. Fortalecida la identidad de 550 comités comunitarios, dos comités departamentales, un comité microrregional y las organizaciones y personas que integran dos mesas sectoriales del Foro Nacional de Salud.

GARANTIZANDO EL DERECHO A LA SALUD



Trato humanizado y solidario en los centros de salud.

Garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud es nuestra meta última y fundamental. Para ello, todo el quehacer de nuestras estructuras y dependencias procura el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) a la creación y el mantenimiento de un sistema de alta resolutividad y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

GARANTIZANDO EL DERECHO A LA SALUD

Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud a la población es nuestra meta última y fundamental, tal cual lo expresa la Política Nacional de Salud. Para ello, todo el quehacer de nuestras estructuras y dependencias, desde el Despacho Ministerial hasta el más remoto de nuestros establecimientos, se pone en función de avanzar al cumplimiento de este objetivo.

La cobertura y el acceso universales a la salud han tenido significativos avances; así lo evidencian, entre otros indicadores, el parto institucional, es decir, el promedio de niños y niñas nacidos en algún establecimiento público, que en el periodo reportado en este informe fue del 98 %; y la atención prenatal de mujeres que asistieron al menos a cinco controles durante su embarazo, que fue del 95 %.

La duplicación del número de establecimientos de salud, el moderno equipamiento de los hospitales y unidades comunitarias de salud y el incremento del abastecimiento de medicamentos del 50 % al 85 % son otros elementos que reflejan este extraordinario esfuerzo para remontar el efecto del abandono que este derecho experimentó durante más de medio siglo. La mayor disponibilidad y movilidad de recursos humanos en la historia del país, la formulación de políticas públicas y otros instrumentos regulatorios, el posicionamiento como uno de los tres mejores Sistemas de Información en Salud del continente son también evidencias de la voluntad política gubernamental de continuar profundizando la Reforma de Salud, cuyo diseño, experiencia e impacto trasciende las fronteras nacionales para inspirar con su ejemplo a la comunidad latinoamericana.

Nuestras Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud han continuado tejiendo el entramado estratégico de todo este accionar; también valiosos e innovadores esfuerzos generan la diferencia y ponen la impronta salvadoreña, más allá de los servicios de salud, para garantizar cada vez más el ejercicio pleno de este derecho humano fundamental. A continuación, una breve descripción de estas entidades y su quehacer durante este año.

Unidad por el Derecho a la Salud

El trabajo de la Unidad por el Derecho a la Salud (UDS) garantiza la comunicación entre la ciudadanía y el MINSAL por medio de mecanismos de partici-

pación ciudadana. Esto establece como prioridad la calidez de la atención con humanización de los servicios de salud.

En el marco del convenio de apoyo al *Programa de fortalecimiento de la capacidad de rectoría* y al desarrollo de la red de servicios del Ministerio de Salud de El Salvador y con el acompañamiento técnico y financiero de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se desarrollaron talleres de capacitación en lengua de señas salvadoreña para personal sanitario, a fin de mejorar la comunicación con la ciudadanía y brindarle un trato digno, como una medida para promover los derechos de la personas con capacidades especiales.

En el marco del convenio de Cooperación Humanitaria entre la República Bolivariana de Venezuela y El Salvador, y con el apoyo de la Cooperación Técnica cubana, durante los meses de junio y julio se movilizaron hacia Venezuela para someterse a operaciones oftalmológicas 469 personas, de las cuales 228 sufrían de cataratas y 241 de pterigión. El MINSAL contribuyó con la delegación de personal médico y de enfermería para el acompañamiento de los pacientes durante su viaje y con el apoyo logístico para el desarrollo de las brigadas de evaluación posoperatoria.

En el primer trimestre de 2015 se diseñó y elaboró el proyecto de Remodelación, equipamiento y funcionamiento del centro Oftalmológico Nacional Misión Milagro El Salvador, a implementarse en el Hospital Nacional Santa Gertrudis, de San Vicente, a fin de que la atención médico-oftalmológica de personas afectadas por cataratas y pterigión se realice en nuestro país, incorporando toda la experiencia acumulada gracias a la solidaridad de Cuba y Venezuela.

Con el apoyo financiero de la Secretaría Técnica de la Presidencia se ha brindado formación en atención psicosocial dirigida a personal multidisciplinario de salud de todas las Regiones de Salud, lo que ha permitido identificar más casos de víctimas de graves violaciones a derechos humanos pero también ofrecer una alternativa terapéutica especializada en trauma psicosocial.

En relación al trabajo con víctimas de graves violaciones a los derechos humanos cometidas en el contexto del conflicto armado, se estableció un canal de coordinación permanente entre las asociaciones de víctimas y las autoridades regionales, departamentales y locales de salud, con el propósito de establecer procesos diligentes y eficaces de repa-



Trato humanizado y solidario en los centros de salud.

ración y dar respuesta a las dificultades presentadas en la atención en salud a esta población.

Se realizaron visitas de seguimiento a las familias relacionadas con las sentencias emitidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, con el propósito de monitorear sus necesidades de salud y las dificultades en la atención que han experimentado. En este sentido, se ha capacitado al 100 % del personal y se ha establecido el mecanismo de coordinación antes mencionado.

Como parte del apoyo de la Unidad por el Derecho a la Salud al Sistema Participativo para la Humanización del Trato en la Prestación de Servicios de Salud, se pusieron a disposición de la población treinta nuevas Oficinas por el Derecho a la Salud y se

conformaron los Comités por el Derecho a la Salud, que cuentan también con sus respectivos manuales de organización y funciones y ya están desarrollando en los hospitales nacionales labores de recepción, clasificación, procesamiento y respuesta oportuna a quejas, avisos, solicitudes, sugerencias o reconocimientos de la población, así como de orientación a los usuarios en los procesos relacionados con su atención. Los comités se integraron con representación prioritaria del personal de salud y de la sociedad civil, resolviendo principalmente quejas relacionadas con faltas a la atención, carencia de medicamento y cita de larga espera para consultas de especialidades, cirugías y otros procedimientos, los cuales han experimentado significativas reducciones.

CULTURA DE IGUALDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO



El enfoque de género es un eje transversal en todo el quehacer del MINSAL. Por ello se ha creado una unidad que vela por el cumplimiento de las leyes a favor de las mujeres, la equidad de género y la promoción de la no violencia en las relaciones del personal y con los usuarios y usuarias que acuden a los establecimientos de salud. Además, es responsabilidad de esta área monitorear y garantizar la aplicación de este enfoque en todas las políticas y en todos los ámbitos intersectoriales en los que participen las diferentes instancias del MINSAL.

JUSTICIA Y EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

Incluir el enfoque de género en las políticas de salud implica un desafío en materia de voluntad política y disposición de las autoridades, capacidad técnica, capacitación del personal, sistematización de información y asignación de recursos, entre otros aspectos. Adicionalmente, las relaciones de género se ven afectadas por las políticas públicas, ya que estas pueden contribuir a mantener y profundizar las desigualdades que generan inequidades o, por el contrario, promover un desarrollo económico, social y de salud más justo y equitativo en términos de género.

En el enfoque de género en salud, además de las políticas específicas para mujeres y para hombres, se requiere la incorporación transversal del género en todos los ámbitos de salud, lo cual implica voluntad y actitudes abiertas a los cuestionamientos y propuestas que esta visión hace al quehacer institucional, e implica también utilizar un enfoque diferente de planificación estratégica que impulse, desde los liderazgos y direcciones de cada área, una visión diferente del proceso salud-enfermedad-atención y de la relación personal médico-usuarios y usuarias.

Nuestra decisión de crear una unidad de género en el MINSAL va más allá del planteamiento de ley: persigue impregnar con una visión transversal de la equidad de género todos nuestros programas y áreas de trabajo. Nos guiará, por un lado, a analizar la situación de hombres y mujeres en nuestra propia institución en lo relacionado con la organización del trabajo, las políticas internas, la toma de decisiones, la distribución de los recursos, el acceso a estímulos y la capacitación y ascensos en igualdad de condiciones. Por otro lado, nos orientará en la incorporación de la perspectiva de género en cada una de nuestras acciones de prevención y atención a la salud dirigidas a mujeres y hombres en sus diferentes edades y estratos sociales.

La Unidad de Género, de reciente creación, ha avanzado con paso firme en su tarea. Entre las acciones más relevantes para este periodo, destacan:

1. La formulación de la Política de igualdad y equidad de género y salud, que concreta lo anteriormente expuesto.
2. La Planificación estratégica para la igualdad de género 2015-2019, con apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública, ISDEMU y FOSALUD.

3. Desarrollo del Diplomado en Género y Salud, en el que participaron trabajadores de diecisiete SIBASI y cinco Regiones de Salud, destinado a sensibilizar y crear conciencia sobre las desigualdades históricas de género y sus manifestaciones en salud.
4. Incorporación del enfoque de género de forma transversal en los diez ejes de la misma, durante el trabajo en el Observatorio de la Reforma de Salud.
5. Incorporación del enfoque de género a instrumentos técnico-jurídicos del MINSAL.
6. En coordinación con la Unidad de Gestión del Trabajo de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, se abordaron denuncias institucionales de violencia en el lugar del trabajo contra las mujeres y situaciones laborales que vulneran sus derechos.
7. En el marco del Día Internacional de la Mujer, se desarrollaron múltiples actividades de reconocimiento a destacadas mujeres trabajadoras del MINSAL.
8. En cumplimiento de la legislación de igualdad y no violencia a favor de las mujeres, el MINSAL realizó el monitoreo de 75 indicadores de género y salud, así como la prueba piloto para la instalación del Observatorio de la Violencia contra las Mujeres, dirigido por el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.

La Unidad de Género forma parte activa de los siguientes espacios interinstitucionales:

- Comisión de Seguimiento para el Cumplimiento de la *Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres* y la *Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres*, presidida por el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer Salvadoreña (ISDEMU).
- Equipo de coordinación ISDEMU, OPS y MINSAL para la elaboración de un Perfil de las mujeres salvadoreñas, participación en la elaboración, aprobación y seguimiento de la Ley especial contra la trata de personas, aprobada en octubre del 2014.
- Junta Directiva del ISNA para el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia, según competencias del MINSAL.

CUENTAS CLARAS



Buzón de sugerencias en Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

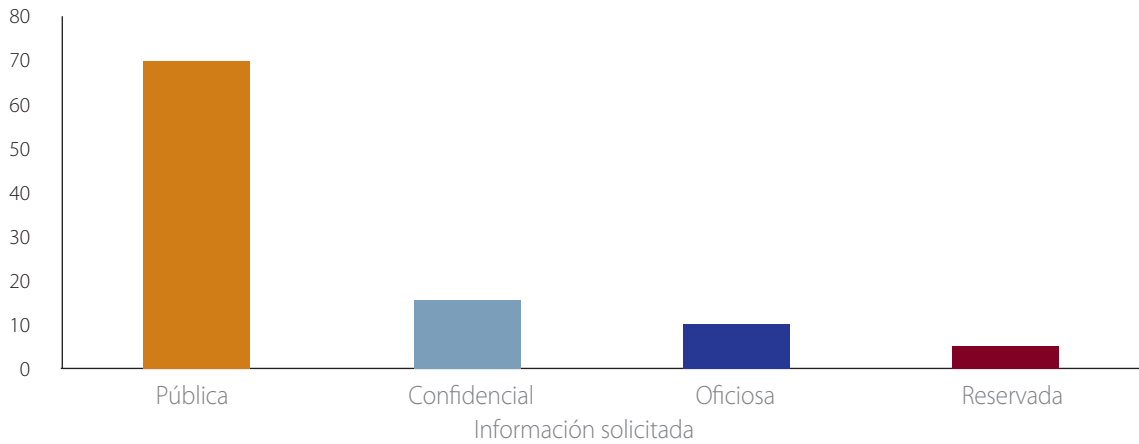
El acceso a la información pública se configura como uno de los mecanismos para fortalecer y cualificar la participación social en salud. El MINSAL, por medio de la Oficina de Información y Respuesta, facilita este mecanismo, brindando la información a la totalidad de peticiones en un tiempo inferior al establecido en el marco legal, lo que determina el aporte y el empoderamiento de la población en la toma de decisiones que garanticen su salud.

Como una muestra del compromiso del Gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén de gobernar cercano a la gente y con transparencia, fue creada la Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción profundizando el derecho de acceso a la información y motivado así la participación ciudadana en la promoción de una cultura de transparencia. En ese marco, la Oficina de Información y Respuesta (OIR) del MINSAL cumplió plenamente la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), lo que ha posibilitado que este ministerio continúe siendo una de las diez insti-

tuciones de Gobierno que cumplen a plenitud con la LAIP, respetando los plazos de ley y sobre todo dando respuesta al 100 % de las solicitudes de información efectuadas por la ciudadanía, que en el periodo reportado fue de 688 requerimientos (GRÁFICA 1).

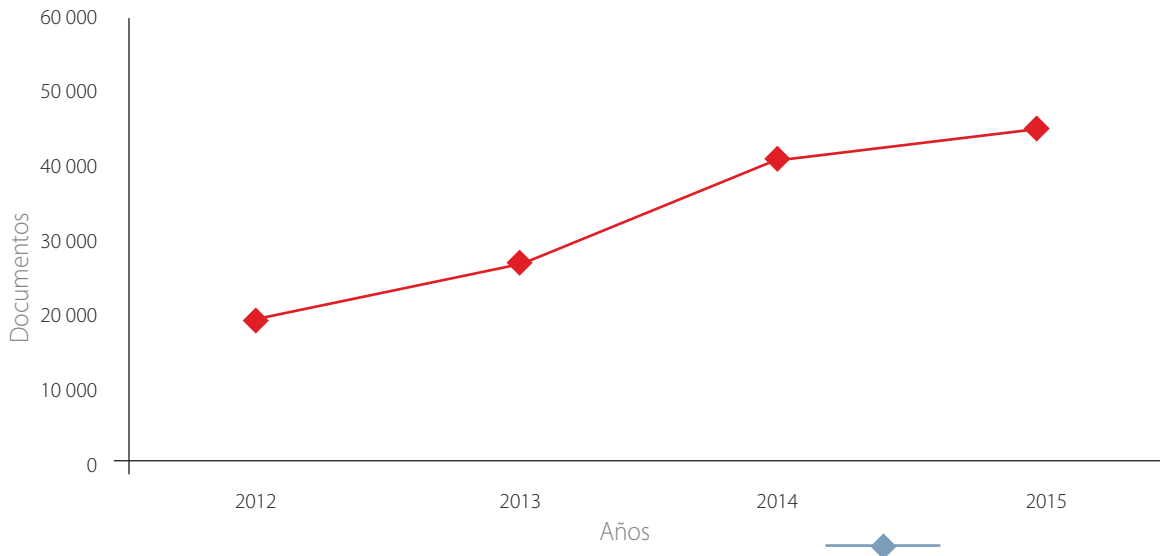
Este logro no sería posible sin el decidido apoyo de otras dependencias del MINSAL, coordinación que permite que las solicitudes de información generen respuestas en un tiempo promedio de 7 días, plazo sustancialmente inferior al máximo establecido por la LAIP, que es de 10 días.

GRÁFICA 1. TIPO DE INFORMACIÓN SOLICITADA EN OIR, MINSAL



Fuente: Oficina de Información y Respuesta

GRÁFICA 2. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN OFICIOSA DEL MINSAL



Fuente: Oficina de Información y Respuesta

El MINSAL ha puesto a disposición de la ciudadanía, por medio de la OIR, un total de 51 400 documentos que contienen información pública de la Secretaría de Estado, de los 30 hospitales nacionales y de las 5 Direcciones Regionales de Salud, que se actualiza trimestralmente lo que lo ubica como la institución con mayor cantidad de información oficioso disponible, equivalente al 66 % de toda la información de 175 instituciones de Gobierno (verificable en <http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/> o en www.salud.gob.sv/).

Como parte de la promoción de la cultura de acceso a la información pública, el MINSAL participó en dos ferias de transparencia organizadas por Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción en los municipios de Suchitoto y San Miguel.

El oficial de información fue capacitado por Presidencia de la República, con el apoyo de CONAIPD, en lengua de señas salvadoreña para poder brindar atención a personas con discapacidad auditiva.

En el periodo se han registrado 35 550 vistas al portal de transparencia y 536 423 descargas de documentos que corresponden a todos los estándares establecidos en el artículo 10 de la LAIP, referido a la información oficioso.

A mayo de 2015, el MINSAL tiene un ranking institucional de 9.44, calificación asignada por la Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción de la Presidencia de la República, que evalúa el cumplimiento de los estándares de transparencia y la exposición al público de información en cada uno de los sitios de las 75 instituciones del Órgano Ejecutivo.



Enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas, un desafío ético para los decisores políticos.

NUEVOS CONOCIMIENTOS Y CAPACIDADES PARA LA SALUD

El INS desarrolla tres componentes: Investigación en Salud, Escuela de Gobierno y el Laboratorio Nacional de Referencia. El INS debe producir conocimiento científico y tecnológico para sustentar la toma de decisiones que garanticen el derecho de la salud de la población y generar la mejor evidencia científica posible, más allá del enfoque causal de los problemas de salud, a fin de formular políticas reguladoras y el marco jurídico necesario para fortalecer la salud de los ciudadanos y su medio ambiente.

La Escuela de Gobierno desarrolla actividades de formación continua, promoviendo entre el personal de salud el estudio de temas específicos.

Finalmente, el Laboratorio Nacional de Referencia juega un papel importante en la calificación y superación del personal de laboratorios de la red.

El Instituto Nacional de Salud (INS), como uno de los ejes de la Reforma de Salud, tiene por misión generar, transmitir y difundir conocimiento científico y tecnológico, veraz y verificable, que pueda orientar de mejor manera la toma de decisiones e intervenciones eficaces planteadas por el MINSAL para garantizar el derecho a la salud de la población salvadoreña. Su visión es convertirse en referente en la búsqueda y proposición de soluciones técnicas y científicas que generen políticas para la promoción, prevención y recuperación de la salud en El Salvador y en la región centroamericana. Forma parte de la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI).

El INS desarrolla tres componentes: Escuela de Gobierno en Salud, Investigación en Salud y Redes de Laboratorios.

Escuela de Gobierno en Salud

La Escuela de Gobierno en Salud es un centro para la promoción y el fortalecimiento de capacidades de gobierno y conducción que aseguren el desarrollo de políticas públicas y del sistema de salud en beneficio de toda la población salvadoreña, así como la disponibilidad y competencias de los recursos humanos responsables de la conducción del sistema de salud.

Por medio de la Escuela de Gobierno, el INS ha desarrollado actividades de formación continua del talento humano, como las listadas a continuación:

- Fortalecimiento de las habilidades técnicas de los profesionales en laboratorio clínico del Primer Nivel de Atención de las cinco regiones de salud mediante un plan de capacitaciones en temas priorizados.
- Desarrollo de habilidades gerenciales y administrativas de las jefaturas de los laboratorios clínicos de los treinta hospitales nacionales.
- Fortalecimiento de las competencias para ejercer control de calidad interno de pruebas serológicas en los bancos de sangre.
- Desarrollo de cinco cursos para el personal del INS, el nivel central y de las RISS: "Diseño de programas educativos y materiales didácticos para el aprendizaje en red", "Tutores virtuales para el aprendizaje en red", "Taller Moodle", "Curso para el manejo del portal del Nodo El Salvador CVSP" y "Capacitación en el uso de repositorio dirigido a bibliotecólogos".

INVESTIGACIÓN EN SALUD HACIA LA EQUIDAD Y LA GARANTÍA DE DERECHOS

Encuesta Nacional de Salud 2014

Para garantizar el monitoreo de los indicadores de salud, avanzar en la identificación y abordaje de la determinación social de la salud y el cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por el Estado, principalmente los relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el MINSAL, por medio del INS, ejecutó la Encuesta Nacional de Salud (ENS) durante el año 2014, que se desarrolló bajo la metodología de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS).

Desde que la cooperación internacional interrumpió el financiamiento de la Encuesta FESAL, sin que esta generara capacidades institucionales para su sustentabilidad en el sector público, el MINSAL inició la búsqueda de una modalidad que llenara ambos vacíos. La gestión desde el Viceministerio de Políticas de Salud, el desarrollo del INS y la oportunidad proporcionada por UNICEF hicieron posible avanzar con paso firme.

La asociación original MINSAL-UNICEF se fortaleció con el apoyo financiero de los fondos del préstamo del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como mediante la cooperación no reembolsable de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la colaboración técnica de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), del Ministerio de Economía. UNICEF también brindó apoyo financiero y desempeñó un papel estratégico en el seguimiento a la gestión de apoyo de valiosos expertos y el desarrollo de las capacidades locales para garantizar la calidad de los datos y la excelencia metodológica.

La ENS 2014 generó 184 nuevos empleos temporales y el desarrollo de capacidades de profesionales y técnicas nacionales; esto ha permitido la sostenibilidad y el seguimiento de indicadores de importancia nacional e internacional.

Las áreas de investigación de la ENS fueron: mortalidad infantil, nutrición, salud infantil, salud reproductiva, VIH, agua y saneamiento ambiental, desarrollo infantil, alfabetización y educación, protección infantil, acceso a los medios de comunicación y uso de tecnologías, bienestar subjetivo, consumo de tabaco y alcohol; las preguntas se distribuyeron en tres

cuestionarios: niño, mujer y hogar. La muestra de la ENS 2014 tiene una cobertura geográfica nacional de 188 municipios en los 14 departamentos del país, con un tamaño de 14 600 hogares en 708 conglomerados. En cada conglomerado fueron seleccionados 20 hogares, de los cuales 12 deberían tener al menos un niño o niña menor de cinco años, con una tasa de respuesta de un 95 %, lo que supera a encuestas poblacionales anteriores como FESAL y asegura la representatividad y calidad de todos sus resultados.

Más y mejor salud en los resultados de la ENS 2014

La inversión social iniciada con el gobierno del cambio, incluyendo el actual proceso de Reforma de Salud, permitió avances importantes en el cumplimiento de las metas y los compromisos internacionales del Estado salvadoreño en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo que se evidencia en los resultados de la ENS 2014. Algunos de estos logros son:

Se redujo en un 50 % la cantidad de niños y niñas menores de cinco años con bajo peso, con lo que se ha superado la meta para el país contemplada en el ODM 1: Erradicación de la pobreza extrema y hambre.

- Se redujo en dos terceras partes la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de cinco años, con lo que se ha logrado cumplir la meta para el país del ODM 4: Reducir la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años. Esto ha sido posible gracias a que, entre los países de la región, El Salvador cuenta con uno de los mejores esquemas de vacunación, coberturas eficientes, políticas públicas de protección y promoción de la lactancia materna y mayor cobertura en atención preventiva a esta población. La gratuidad de la atención en los servicios de salud y la eliminación de las barreras geográficas con el despliegue de los ECOS familiares son factores que también han contribuido al cumplimiento de las metas de los ODM.
- La ENS valida el logro alcanzado en el año 2011 con relación a la reducción de tres cuartas partes de la mortalidad materna, ODM 5: Mejorar la salud materna, destacando el aumento de la atención prenatal, la alta cobertura de parto institucional, controles posparto y de planificación familiar.
- El Salvador cuenta con un programa para la prevención y atención del VIH y las infecciones de

transmisión sexual. En este tema, se ha alcanzado la meta del uso de preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo entre la población joven, así como una relevante cobertura de pruebas de VIH durante la inscripción prenatal, factores correspondientes al ODM 6: Combatir el VIH-sida y otras enfermedades graves.

- En lo que respecta a la sostenibilidad del medio ambiente, el país ha logrado avances muy significativos, principalmente en el uso de agua mejorada, que superó por más de 16 puntos la meta propuesta en el ODM 7: Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso a agua potable y servicios de saneamiento básico.

La encuesta nos permite reflexionar en las brechas e inequidades que aún persisten y contribuirán a trazar el rumbo durante el próximo quinquenio.

Los resultados de la encuesta confirman que la Reforma de Salud es el camino correcto para avanzar hacia el acceso universal y la cobertura universal en salud. También permiten visualizar políticas públicas cuya formulación y práctica es necesario para continuar avanzando, entre ellas:

- Se evidencia un aumento en el porcentaje de sobrepeso en la población infantil, que de no ser abordado a mediano plazo generará un impacto en la economía de la salud pública por el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto demanda la implementación de políticas destinadas a garantizar el acceso a una alimentación saludable, a espacios urbanos de recreación y deportes y una regulación de la promoción y venta de comida rápida y bebidas carbonatadas.
- La tasa de mortalidad infantil entre menores de un año es considerablemente mayor en neonatos, lo que obliga a prestar más atención a situaciones como malformaciones congénitas, sepsis neonatal y embarazo adolescente.
- Es necesario implementar políticas de educación en salud sexual y reproductiva con enfoque intersectorial a fin de combatir la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual e incidir en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de embarazos no deseados, especialmente en adolescentes.
- Las epidemias de dengue y fiebre chikunguña evidencian inequidades en la distribución y acceso al agua potable para la población, lo que



Agrotóxicos, una amenaza para la seguridad alimentaria, la salud y la vida.

genera graves problemas en la economía familiar y en la salud pública. Es urgente garantizar el acceso al agua potable a la población, lo que pasa por reconocer el derecho al agua.

Encuesta: Prevalencia de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus y factores de riesgo en población adulta de El Salvador, EFRAES 2014

El perfil epidemiológico de nuestro país en las últimas décadas ha sido modificado hacia una doble carga en la que coexisten enfermedades infecciosas con enfermedades crónicas no transmisibles. Para brindar una respuesta estructurada desde la Reforma de Salud, el MINSAL ejecutó, por medio del INS, la encuesta EFRAES 2014, cuyos principales resultados servirán para diseñar una línea base referente a la magnitud y distribución de las enfermedades crónicas no transmisibles a fin de formular políticas públicas orientadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes que las padecen.

La encuesta contó con una muestra de 176 segmentos poblacionales e incluye un total de 1 760 ho-

gares, con una proyección de tres personas elegibles por hogar para el estudio; es decir, aproximadamente 5280 personas. El trabajo de campo concluyó en marzo de 2015 y se prevé difundir los resultados en el segundo semestre del presente año.

Enfermedad renal crónica y agrotóxicos

Tal como se planteó en el capítulo de Situación de salud, la enfermedad renal crónica constituye un importante problema de salud pública en El Salvador que requiere un enfoque de determinación social y una efectiva regulación a través de políticas públicas que impacten en los modos de vida excluyentes determinados por el modelo de desarrollo económico vigente. Su reconocimiento en la Declaratoria de San Salvador (COMISCA)¹ y en la Resolución del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la

1. "Declaración de San Salvador. Abordaje integral de la enfermedad túbulo-intersticial crónica de Centroamérica (ERTCC) que afecta predominantemente a las comunidades agrícolas. San Salvador: Ministry of Public Health and Social Assistance of El Salvador; 2013 Apr. 26 [cited 2013 Sep 20]. 6 p. Available from: http://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2013/pdf/Declaracion_San%20Salvador_ERcNT_26042013.pdf. Spanish.

Salud² ha hecho evidente que la enfermedad renal crónica tiene algunas características particulares de alta prevalencia en comunidades agrícolas.

Las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud a nivel epidemiológico poblacional y hospitalario fueron publicadas recientemente en revistas científicas.³ Estos estudios han demostrado claramente una relación epidemiológica directa entre las poblaciones afectadas y las prácticas agrícolas dominantes, que incluyen el uso inapropiado y sin medidas de bioseguridad de altas cantidades de agroquímicos (plaguicidas, herbicidas y fertilizantes) sistemáticamente prohibidos en sus países de origen. Estudios histopatológicos con énfasis en los estadios tempranos de la enfermedad confirman que el daño renal en estos pacientes crónicamente expuestos a los agroquímicos se debe a daño tubular, consistente con el origen tóxico de la nefropatía.

Esta evidencia, y la generada en otros países como Sri-Lanka, Egipto, India, Ecuador y Brasil, ubican la deshidratación y el calor extremo como factores coadyuvantes, no como factores primarios del daño renal. Trabajadores de zonas frías, así como mujeres y niños no expuestos al calor y la deshidratación propios del trabajo agrícola extenuante pero sí a los agrotóxicos de las aspersiones aéreas, alimentos o agua de consumo, desarrollan la enfermedad.⁴

La hipótesis más plausible es que la exposición a pesticidas, fertilizantes y otros productos nocivos

para la salud constituye el verdadero elemento detonante de la tragedia sanitaria que está afectando a las comunidades agrícolas salvadoreñas y de otras partes del mundo. América Central es la principal región del mundo en el uso masivo de agroquímicos: se estima que alrededor de 400 000 personas pueden sufrir un episodio sintomático de la intoxicación por plaguicidas cada año⁵. El Salvador reportó 9981 intoxicaciones agudas entre 2007 y 2012, afectando principalmente a hombres agricultores desde edades tempranas, con una relación entre hombres y mujeres de 2 a 1⁶.

En nuestro país, la enfermedad renal crónica emerge en el contexto de formas de vida encabezadas por la pobreza y sus secuelas y con profunda repercusión psicológica y social en los pacientes, familias y comunidades, condicionando un impacto catastrófico en la economía familiar, especialmente en los que proceden de los estratos más pobres; igualmente afecta el presupuesto estatal de salud, que se ve obligado a responder con unidades de diálisis, trasplantes renales y medicamentos de alto costo.

Para El Salvador el principal objetivo ha sido frenar este complejo problema de salud pública que afecta a nuestra población agrícola; por ello, toda la evidencia disponible y el principio precautorio han constituido la base para el desarrollo de intervenciones preventivas, asistenciales y regulatorias. Para complementar la evidencia epidemiológica, clínica e histopatológica que ha puesto en evidencia el estrecho vínculo entre la enfermedad renal crónica y los agrotóxicos, el INS enfrenta el reto de aportar nuevas pruebas mediante investigaciones cualitativas que pongan al descubierto la cadena de comercialización, los actores involucrados en esta cadena y sus intereses económicos.

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

De junio 2014 a marzo 2015, el INS ha ejecutado \$ 2 317 665.03 millones de la cooperación reembolsable y no reembolsable (UNICEF, CDC/SECOMISCA,

2. Pan American Health Organization. Document CE152/25PAHO. 152nd Session of the Executive Committee. Resolution 52nd Directing Council. Chronic kidney disease in agricultural communities in Central America [Internet]. Washington DC: Pan American Health Organization; 2013 [cited 2013 Sep 25]. 3 p. Available from: http://www.paho.org/hq_index.php?option=com_content&view=article&id=8486%3A152nd-session-of-the-executive-committee-&catid=4877%3A3Agbo152nd-session-of-the-executivecommittee&Itemid=39950&lang=en

3. "Chronic Kidney Disease Hits Agricultural Communities", MEDICC Review, April 2014, Vol. 16, n.º 2 Available from: <http://www.medicc.org/mediccreview/>

4. Chronic Kidney Disease Hits Agricultural Communities... Jayasumana, C.; Gunatilake, S.; Senanayake, P. Glyphosate, "Hard Water and Nephrotoxic Metals: Are They the Culprits Behind the Epidemic of Chronic Kidney Disease of Unknown Etiology in Sri Lanka? Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11, 2125-2147. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24562182>

Orantes C.M., et al. "Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors in the Bajo Lempa Region of El Salvador: Nefrolempa Study, 2009". MEDICC Review. 2011; 13(4):14-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22143603>

Mostafalou, S.; Abdollahi, M. "Pesticides and human chronic diseases: evidences, mechanisms, and perspectives. Toxicol Appl Pharmacol" [Internet]. Elsevier Inc.; 2013 Apr 15 [cited 2013 Aug 29]; 268(2):157-77.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23402800>

5. Murray D, Wesseling C, Keifer M, Corriols M, Henao S. "Surveillance of Pesticide-related Illness in the Developing World: Putting the Data to Work. Int J Occup Environ Health". 2002 Jul-Sep; 8(3):243-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12358080>

6. Ministerio de Salud de El Salvador. *Reporte de intoxicaciones por plaguicidas 2007-2012*. [Internet] 2013 [Cited 29 Sep 2013] Available from: <http://simmow.salud.gob.sv>

MEDICC, AECID, AACID, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo), que han contribuido al fortalecimiento del INS con adquisición de equipo de cómputo, audiovisual y otros equipos (centrífugas, termocicladores para secuenciación molecular de dengue, chikunguña, herpes, gonorrea, clamidia, entre otros) e insumos de laboratorio, lo que contribuyó a mantener la acreditación de 33 metodologías de análisis laboratoriales.

Se recibieron cinco embarques de equipo informático, audiovisual, de perifoneo, de laboratorio y médico, para el fortalecimiento de Unidades Comunitarias de Salud Familiar de las regiones paracentral y central afectadas por la tormenta IDA, por medio de donación de fondos USAID, del convenio de cooperación bilateral 519-463 proyecto Fortalecimiento de la Salud, por un monto estimado de \$ 517 812.07.

RED DE LABORATORIOS Y BANCOS DE SANGRE

Red Nacional de Laboratorios Clínicos

Esta red se reorganizó durante el segundo semestre de 2012, en el marco del proceso de conformación del INS, como una estrategia de integración de los laboratorios del MINSAL que contribuyera a mejorar su capacidad resolutive y a brindar una mejor respuesta a las necesidades de la población.

Por medio de esta red, el INS coordinó el proceso de compra de las pruebas de laboratorio para el tamizaje neonatal del hipotiroidismo congénito dentro de la red pública de salud, lo que permitió la evaluación costo-beneficio del Programa de Tamizaje Neonatal, justificando su existencia al beneficiar a los niños y niñas que nacen con esta enfermedad.

Propuesta de Ley para Servicios de Sangre

Para contribuir a la construcción del marco legal y al fortalecimiento normativo, la Red Nacional de Bancos de Sangre del INS coordinó y participó en el proceso de elaboración del documento Propuesta de Ley para Servicios de Sangre, cuyo objeto es regular la provisión de la sangre humana y sus componentes por medio de la donación voluntaria no remunerada, el procesamiento, almacenamiento, distribución y uso, a fin de asegurar su disponibilidad y acceso como un bien público y de interés nacional.

Manual de Inspección Sanitaria

Se socializó con el personal de bancos de sangre y servicios de transfusión el Manual de Inspección Sanitaria, que orientará la supervisión y el adecuado funcionamiento de estos servicios y la evaluación basada en riesgo.

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD

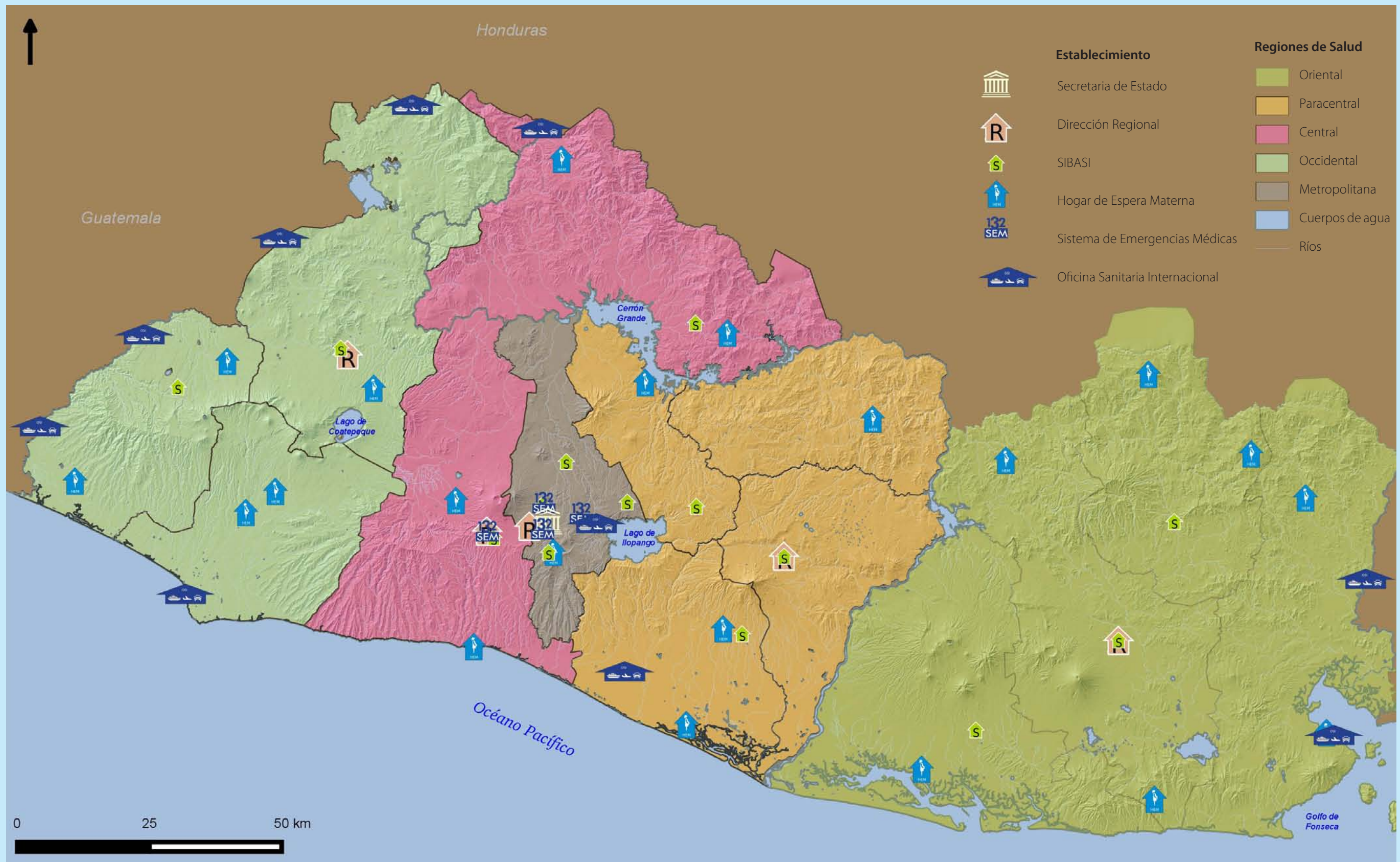
MAPA ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD 1



Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, 29 mayo de 2015

MINISTERIO DE SALUD

MAPA ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD 2



Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, 29 mayo de 2015

INDICADORES DE SALUD, 2009-2014

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Indicadores de coberturas de atención						
Cobertura de BCG aplicadas en menores de 1 año	87.8	88.6(a)(g)	91.0 (a)	89.7	90.1	84.6
Cobertura de antipolio, 3. ^{ra} dosis aplicada en menores de 1 año	91.2 (a)	89.1(a)(g)	89.2(a)	92.0	89.9	93.0
Cobertura de Rotavirus , 2. ^{da} dosis aplicada en menores de 1 año	61.5(a)	89.6(a)(g)	89.7(a)	93.4	91.6	96.4
Cobertura de pentavalente, 3. ^{ra} dosis aplicada a menores de 1 año	90.6(a)	89.2(a)(g)	89.4(a)	92.3	92.0	93.5
Cobertura de SPR, 1. ^{ra} dosis aplicada a niños de 1 año	90.2(a)	90.6(a)(g)	89.9(a)	93.1	93.6	94.5
Cobertura de inscripción en el menor de 1 año	98.0(a)	84.7(a)	92.0(a)	92.5	95.9	98.4
Porcentaje de inscripción infantil antes de los 28 días de nacido	79.9(a)	79.5(a)	81.2(a)	83.0	86.7	88.3
Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años	83.2(a)	87.1(a)	90.7(a)	85.3	76.6	84.0
Cobertura de parto intrahospitalario del Sistema Nacional de Salud	84.9(a)	90.0(a)	87.7(a)	83.5	80.7	91.6
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años	97.5(a)	98.0(a)	99.0(a)	99.5	99.8	99.9
Porcentaje de partos atendidos por parteras en mujeres de 10 a 49 años (b)	2.5	2.0	1.0	0.5	0.2	0.1
Porcentaje de partos en adolescentes atendidos en la red de establecimientos del Sistema Nacional de Salud (SNS)	24.5(a)	24.0(a)	23.6(a)	23.8	24.3	23.6
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	8.6(a)	8.7(a)	8.7(a)	8.3	9.5	8.9
Indicadores de mortalidad						
Tasa de mortalidad general por 100 000 habitantes en la red de hospitales del SNS	1.9(a)(h)	2.0(a)(h)	2.0(a)(h)	2.1(a)(h)	2.1(a)(h)	2.23
Razón de mortalidad materna (directas e indirectas) x 100 000 nacidos vivos	56.0(c)	51.0(c)	50.8(c)	42	38.0	52.60 **
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1 000 nacidos vivos (a)(e)	8.4	7.9	9.3	9.3	9.3	11
Tasa de mortalidad en menor de 1 año por 1 000 nacidos vivos (a)(e)	7.1	6.9	7.9	8.0	8.1	9.7
Tasa de mortalidad neonatales (< de 28 días) por 1 000 nacidos vivos (a) (e)	4.5	4.5(b)	5.2(b)	5.2	4.8	6.4
Tasa de mortalidad neonatal temprana (<7 días) por 1 000 nacidos vivos (b) (e)	3.7	3.6	4.0	3.8	3.6	4.9
Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 7 a 28 días) por 1 000 nacidos vivos (b) (e)	0.7	0.8	1.2	1.4	1.2	1.5
Tasa de mortalidad perinatal por 1 000 nacidos (f)	10.3	9.8	10.6	10.5	8.9	11
Tasa de mortalidad fetal general (nacidos muertos) por 1 000 nacidos (a)	6.6	6.2	6.7	6.7	5.3	6.2
Tasa de mortalidad por sida a nivel hospitalario (b)	5.3	5.4	4.4	4.0	4.2	3.5

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Otros indicadores						
Tasa de egreso por 1000 habitantes	76.9(a)	77.3(a)	81.3(a)	81.9	81.1	82
Porcentaje de emergencias atendidas	13.7(a)	13.9(a)	14.5(a)	15.4	14.7	16.9
Porcentaje de consulta curativa	85.9(a)	86.3(a)	84.9 (a)	84.9	84.5	83.1
Porcentaje de consultas preventiva	14.1(a)	13.7 (a)	15.1(a)	15.1	15.5	18.5
Número de casos de coinfección TB-VIH	199	180	197	214	203	203
Tasa anual de casos de VIH-SIDA por 100 000 habitantes	30.8(a)	30.7 (a)	26.7 (a)	24.9	22.9	20.0
Porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH(d)	9.0	8.9	9.4	7.7	5.1	1.9

Fuente: Sistema Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS)

(a) A partir de 2009 se incluyen datos de las instituciones del SNS en algunos indicadores. Instituciones informantes: MINSAL, ISSS, COSAM, PNC.

(b) Datos reportados por la red de establecimientos del MINSAL.

(c) En noviembre de 2011, un grupo de expertos hizo una revisión de las defunciones registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del período comprendido entre 2006 y 2011. Adicionalmente se realizan coordinaciones con la DIGESTYC, a fin de homologar cifras oficiales.

(d) En el último trimestre de 2011, el MINSAL realizó un estudio de transmisión vertical con apoyo técnico y financiero de OPS, revisándose la cohorte de 2008 a 2010 de recién nacidos expuestos perinatalmente- hijos de madres VIH(+)- estimándose el porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH.

(e) Para el cálculo de la mortalidad infantil y menor de 1 año se ha corregido la serie de datos con los siguientes criterios: denominador país (DIGESTYC) y no institucional (MINSAL); incorporación de todos los nacidos vivos, para la construcción de los indicadores.

(f) Para el cálculo de la mortalidad perinatal se ha corregido la serie de datos con los siguientes criterios: denominador país (DIGESTYC) y no institucional (MINSAL); incorporación de todos los nacimientos (vivos y muertos), para la construcción de los indicadores. Se hizo una revisión histórica desde 2009 en la construcción de la tasa neonatal temprana y tardía.

(g) Se hizo revisión de las dosis aplicadas para 2010 de parte del Instituto Salvadoreño del Seguro social

(h) Se hizo revisión histórica con el denominador y el indicador por 1 000 habitantes

(*) Todas las tasas se calcularon utilizando población estimada por DIGESTYC.

(**) Para 2014 se utilizó proyección de población elaborada por DIGESTYC en julio de 2014.

COBERTURA DE VACUNACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ENERO-DICIEMBRE DE 2014

EDAD	VACUNA	INSTITUCIONES				TOTAL DE DÓISIS APLICADAS	COBERTURA % (B)
		MINSAL (A)(B)	ISSS (B)	COSAM (B)	OTROS (B)		
Total de dosis	--	438 501	79 505	865	621	519 492	--
menor de 1 año de edad	BCG	79 692	15 353	84	0	95 129	84.6
	Antipolio 3.ª dosis	88 600	15 664	165	162	104 591	93.0
	Rotavirus 2.ª dosis	91 061	17 053	224	135	108 473	96.4
	Pentavalente 3.ª dosis	89 022	15 788	190	161	105 161	93.5
De 1 año de edad	SPR	90 126	15 647	202	163	106 138	94.5
Porcentajes institucionales en aplicación de dosis		84.4	15.3	0.2	0.1	--	--
*Población menor de 1 año		112499	--	--	--	--	--
*Población de 1 año		112364	--	--	--	--	--

Fuente: Sistema de información de vacunas

* Población según DIGESTYC para los años 2009 - 2011 del Censo 2007. Para el año 2014 se utilizó proyección población por DIGESTYC, julio de 2014

Notas: se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del SNS.

Instituciones informantes: MINSAL, ISSS, COSAM, PNC, algunas instituciones privadas y ONG.

* Población según DIGESTYC para 2009 - 2011 Censo 2007

(a) incluye dosis aplicadas por FOSALUD

(b) Se han excluido las dosis aplicadas a extranjeros de parte del MINSAL.

COBERTURA DE VACUNACIÓN 2009 - 2014

VACUNA	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BCG	87.8	88.6	91.0	89.7	90.1	84.6
Antipolio 3.ª dosis	91.2	89.1	89.2	92.0	89.9	93.0
Rotavirus 2.ª dosis	61.5	89.6	89.7	93.4	91.6	96.4
Pentavalente 3.ª dosis	90.6	89.2	89.4	92.3	92.0	93.5
SPR	90.2	90.6	89.9	93.1	93.6	94.5
Población menor de 1 año*	122 233	123 401	119 896	119 008	117 880	112 499
Población de 1 año*	121 150	121 764	119 201	117 700	116 529	112 364

Fuente: Sistema de Producción de Servicios y Módulos de vacunas a partir del año 2011.

* Población para los años 2009 - 2011 del Censo 2007. Para el año 2014 se utilizó proyección de población por DIGESTYC, julio del 2014.

Notas: Se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud a partir de 2009 a 2011
Instituciones informantes: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Comando de Sanidad Militar, algunas instituciones privadas y ONG.

COBERTURA DE VACUNACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ENERO-DICIEMBRE DE 2014

EDAD	VACUNA	TOTAL DE DOSIS APLICADAS	COBERTURA % (a)
Menor de 1 año	BCG	95 129	84.6
	Antipolio 3.ª dosis	104 591	93
	Rotavirus 2.ª Dosis	108 473	96.4
	Pentavalente 3.ª dosis	105 161	93.5
De 1 año de edad	SPR	106 138	94.5
*Población menor de 1 año		112 499	
*Población de 1 año		112 364	

Fuente: Sistema de producción de servicios y módulos de vacunas a partir 2011.

* En 2014 se utilizó proyección población por DIGESTYC, julio de 2014.

Notas: Se incluyen dosis aplicadas por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud a partir del año 2009.
Instituciones informantes: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Comando de Sanidad Militar, Policía Nacional Civil, algunas instituciones privadas y ONG.

(a) Incluye dosis aplicadas por FOSALUD.

(b) Se han excluido las dosis aplicadas a extranjeros.

NÚMERO DE MUERTES REGISTRADAS EN LOS HOSPITALES E INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, AÑO 2009-2014

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MINISTERIO DE SALUD + FOSALUD						
Muertes maternas	70	64	64	53	48	60
Muertes totales	9 150	9 746	10 140	10 024	10 466	11 127
Menores de 5 años	1 047	989	1 172	1 041	1 178	1 162
Menor de 1 año	889	862	998	911	1 025	1 011
Posneonatales (> de 28 días a <1 año)	331	298	338	351	419	367
Neonatales (< de 28 días)	558	564	660	560	606	644
Neonatal tardía (de 7 a < 28 días)	90	105	158	135	153	153
Neonatal temprana (< de 7 días)	468	459	502	425	453	491
Perinatal	1 204	1 145	1 224	1 161	1 032	1 094
Fetal general (nacidos muertos)	736	686	722	736	579	603
Nacidos vivos	76 686	77 096	80 830	82 546	82 476	83 656
Instituto Salvadoreño del Seguro Social						
Muertes totales	2 167	2 288	2 554	2 662	2 728	2 935
Menores de 5 años	0	0	0	93	0	90
Menor de 1 año	0	0	0	93	0	90
Neonatales (< de 28 días)	0	0	0	93	0	84
Neonatal tardía (de 7 a < 28 días)	0	0	0	44	0	22
Neonatal temprana (< de 7 días)	0	0	0	49	0	62
Perinatal	89	88	117	152	90	163
Fetal general (nacidos muertos)	89	88	117	103	90	101
Nacidos vivos	22,401	21,124	22,260	22,063	21,993	21854
COSAM						
Muertes totales	198	212	11	169	12	213
Menores de 5 años	1	1	0	0	2	2
Menor de 1 año	0	1	0	0	2	1
Neonatales (< de 28 días)	0	1	0	0	2	1
Neonatal tardía (de 7 a < 28 días)	0	0	0	0	0	0
Neonatal temprana (< de 7 días)	0	1	0	0	2	1
Perinatal	0	1	0	1	2	1
Fetal general (nacidos muertos)	0	0	0	1	0	0
Nacidos vivos	202	135	175	168	156	171
Instituto Salvadoreño de Bienestras Magisterial						
Muertes totales	0	0	0	0	0	0
Menores de 5 años	0	0	0	2	1	0
Menor de 1 año	0	0	0	2	1	0
Neonatales (< de 28 días)	0	0	0	2	1	0
Neonatal tardía (de 7 a < 28 días)	0	0	0	0	0	0
Neonatal temprana (< de 7 días)	0	0	0	2	1	0
Perinatal	0	0	0	6	1	0
Fetal general (nacidos muertos)	0	0	0	4	0	0
Nacidos vivos	307	0	570	741	141	0

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales.
La mortalidad menor de 5 años del ISSS, se obtuvo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (MIGEPES) .

CONSOLIDADOS DE MUERTES REGISTRADAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Muertes maternas	70	64	64	53	48	60
Muertes totales	11 515	12 246	12 705	12 855	13 206	14 275
Menor de 5 años	1 048	990	1 172	1 136	1 181	1 254
Menor de 1 año	889	863	998	1 006	1 028	1 102
Posneonatales (28 días a <1 año) MINSAL	331	298	338	351	419	367
Neonatales (< de 28 días)	558	565	660	655	609	729
Neonatal tardía (de 7 a < 28 días)	90	105	158	179	153	175
Neonatal temprana (< de 7 días)	468	460	502	476	456	554
Perinatales (nacidos muertos + Neonatal temprana)	1 293	1 234	1 341	1 320	1 125	1 258
Fetal general (Nacidos muertos)	825	774	839	844	669	704
Nacidos vivos	99 596	98 355	103 835	105 518	104 766	105 681*
Nacidos vivos proyectados	124 898	125 464	126 052	125 284	126 330	114 003
% de Nacidos vivos atendidos en hospitales del SNS	79.7	78.4	82.4	84.2	82.9	92.7
Total nacidos vivos proyectados + nacidos muertos	125 723	126 238	126 891	126 128	126 999	114 707
Neonatal tardía (de 7 a < 28 días)	0.7	0.8	1.2	1.4	1.2	1.5
Neonatal temprana (< de 7 días)	3.7	3.6	4.0	3.8	3.6	4.9
Posneonatales (de 28 días <1 año)	2.7	2.4	2.7	2.8	3.3	3.2
Mortalidad perinatal	10.3	9.8	10.6	10.5	8.9	11.0

Fuente: Sistemas Estadísticos institucionales.

* Para el año 2014 Nacidos vivos proyectados de la DIGESTYC Julio del 2014.

NÚMERO DE MUERTES Y TASAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS REGISTRADAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2009-2014

AÑOS	MENORES DE 5 AÑOS		MENOR DE 1 AÑO		NEONATALES (<DE 28 DÍAS)		PERINATAL (b)		FETAL GENERAL (NACIDOS MUERTOS)(b)		TOTAL DE NACIDOS VIVOS (PROYECTADOS)(b)
	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA	
2009	1048	8.4	889	7.1	558	4.5	1293	10.3	825	6.6	124 898
2010	990	7.9	863	6.9	565	4.5	1234	9.8	774	6.2	125 464
2011	1172	9.3	998	7.9	660	5.2	1341	10.6	839	6.7	126 052
2012	1136	9.1	1006	8.0	655	5.2	1320	10.5	844	6.7	125 284
2013	1181	9.3	1028	8.1	609	4.8	1125	8.9	669	5.3	126 330
2014*	1,254	11.0	1,102	9.7	729	6.4	1,258	11.0	704	6.2	114 003

Fuentes: Sistemas estadísticos institucionales.

* Para 2014 Nacidos vivos proyectados de la DIGESTYC Julio del 2014.

Notas: El denominador para la tasa de mortalidad fetal es el total de nacimientos. A partir del año 2009 incluye datos de Sistema Nacional de Salud. Las instituciones informantes son : MINSAL, FOSALUD, ISSS, COSAM.

(b) Población según DIGESTYC para 2009, 2010 procede del censo 2007.

Para el cálculo de la mortalidad perinatal se ha corregido la serie de datos con los siguientes criterios: denominador país (DIGESTYC) y no institucional (MINSAL); incorporación de todos los nacimientos (vivos y muertos), para la construcción de los indicadores. Incluye número de nacidos muertos.

NÚMERO DE MUERTES Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, 2009-2014

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de muertes maternas	70	64	64	53	48	60
Denominador (b)	124 898	125 464	126 052	125 284	126 330	114 003 (c)
Razón de mortalidad materna (directas e indirectas) por 100 000 nacidos vivos	56.0 (a)	51.0 (a)	50.8 (a)	42.3	38.0	52.6

(a) En noviembre de 2011, un grupo de expertos hizo una revisión de las defunciones registradas en el sistema de Vigilancia Epidemiológica del período comprendido entre 2006 y 2011. Adicionalmente se realizaron coordinaciones con la DIGESTYC, a fin de homologar cifras oficiales.

(b) Fuente del denominador, Dirección General de Estadísticas y Censos.

(c) Para 2014 el denominador se emplea una nueva proyección de nacidos vivos de DIGESTYC emitida en julio 2014.

NÚMERO DE MUERTES Y TASA DE MORTALIDAD GENERAL, TODAS LAS CAUSAS, 2009-2014

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de muertes	11 515	12 246	12 705	12 855	13 206	14 275
Denominador	6152 558	6182 262	6274 563	6251 500	6328 198	6401 240*
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	1.9	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).

* Población actualizada, publicación DIGESTYC julio de 2014.

ATENCIÓNES BRINDADAS POR NIVELES EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE MINSAL, 2009-2014

	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN					
AÑO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cirugías menores	47 296	46 361	48 053	49 314	35 710	47 010
Consultas curativas	7 791 251	7 894 964	7 693 058	7 723 213	7 284 325	7 536 446
Consultas ambulatorias	7 759 515	7 867 881	7 662 759	7 693 448	7 244 394	7 483 677
Consultas de emergencias	31 736	27 083	30 299	29 765	39 931	52 769
Consultas preventivas	2 121 528	2 139 428	2 258 607	2 443 413	2 635 754	2 953 343
	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN					
Cirugías menores	111 255	116 950	134 342	120 556	141 213	149 643
Cirugías mayores	70 985	76 658	83 328	86 019	90 249	83 488
Total Consultas curativas	2 446 933	2 625 433	2 644 089	2 470 252	2 335 646	2 306 696
Consultas ambulatorias*	1 690 277	1 800 520	1 748 405	1 539 196	1 457 962	1 433 450
Consultas de emergencias	756 656	824 913	895 684	931 056	877 684	873 246
Consultas preventivas	144 509	141 964	116 864	79 715	74 548	80 168
	TERCER NIVEL DE ATENCIÓN					
Cirugías menores	21 967	21 470	19 019	21 661	40 716	35 991
Cirugías mayores	35 708	31 436	32 998	27 916	31 462	28 991
Total consultas curativas	541 687	581 497	575 620	569 220	551 370	561 481
Consultas ambulatorias*	455 966	485 058	487 223	481 564	459 176	473 164
Consultas de emergencias	85 721	96 439	88 397	87 656	92 194	88 317
Consultas preventivas	3 297	3 073	3 257	4 765	8 200	11 900
	TOTAL DE ATENCIÓN					
Cirugías menores	180 518	184 781	201 414	191 531	217 639	232 644
Cirugías mayores	106 693	108 094	116 326	113 935	121 711	112 479
Total Consultas curativas	10 779 871	11 101 894	10 912 767	10 762 685	10 171 341	10 404 623
Consultas Ambulatorias	9 905 758	10 153 459	9 898 387	9 714 208	9 161 532	9 390 291
Consultas de emergencias	874 113	948 435	1 014 380	1 048 477	1 009 809	1 014 332
Consultas preventivas	2 269 334	2 284 465	2 378 728	2 527 893	2 718 502	3 045 411

Fuente: Sistema de producción de servicios -(SEPS) y sistemas de Morbimortalidad Vía Web –SIMMOW.

* Incluye consulta extramural.

TOTAL DE ATENCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS DADAS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

DESCRIPCIÓN	MINSAL+FOSALUD					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total consultas curativas y atenciones preventivas	13 049 205	13 386 359	13 291 495	13 290 578	12 889 843	13 450 020
Atenciones preventivas	2 269 334	2 284 465	2 378 728	2 527 893	2 718 502	3 045 411
Consultas curativas (externas + emergencia)	10 779 871	11 101 894	10 912 767	10 762 685	10 171 341	10 404 609
Consulta ambulatoria	9 905 758	10 153 459	9 898 387	9 714 208	9 161 532	9 390 277
Emergencia	874 113	948 435	1 014 380	1 048 477	1 009 809	1 014 332
Porcentaje de consultas de emergencia	8.1	8.5	9.3	9.7	9.9	9.7
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	5 468 013	5 502 936	5 625 103	5 896 358	7 334 713	6 048 264
Atenciones preventivas	413 886	347 522	444 600	463 181	454 585	439 751
Consultas curativas (externas + emergencia)	5 054 127	5 155 414	5 180 503	5 433 177	6 880 128	5 608 513
Consulta ambulatoria	3 739 725	3 851 025	3 828 292	3 925 523	5 389 735	3 929 809
Emergencia	1 314 402	1 304 389	1 352 211	1 507 654	1 490 393	1 678 704
Porcentaje de consultas de emergencia	35.1	33.9	35.3	38.4	27.7	29.9
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	8.6	8.7	8.7	8.3	9.5	7.7
COSAM						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	174 314	232 363	158 568	169 205	268 984	414 654
Atenciones preventivas	--	--	--	--	2 070	208 269
Consultas curativas (externas + emergencia)	174 314	232 363	158 568	169 205	266 914	206 385
Consulta ambulatoria	135 189	190 704	112 748	120 308	219 247	152 635
Emergencia	39 125	41 659	45 820	48 897	47 667	53 750
Porcentaje de consultas de emergencia	22.4	17.9	28.9	28.9	17.9	26.0
ISBM						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	252 177	0	561 287	562 532	0	--
Atenciones preventivas	--	--	145 935	9 681	--	0

Consultas curativas (externas + emergencia)	252 177	--	415 352	552 851	0	0
Consulta ambulatoria	244 186	--	408 774	551 807	--	0
Emergencia	7 991	--	6 578	1 044		0
Porcentaje de consultas de emergencia	3.3	--	1.6	0.2	--	0
Total	252 177	Nd	415 352	552 851	0	0
POLICÍA NACIONAL CIVIL						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	42 823	50 640	0	0	0	--
Atenciones preventivas	--	--	--	--	--	0
Consultas curativas (externas + emergencia)	42 823	50 640	--	--	--	0
Consulta ambulatoria	42 823	50 640	--	--	--	0
Emergencia	--	--	--	--	--	0
Porcentaje de consultas de emergencia	--	--	--	--	--	0
Total	42 823	50 640	nd	nd	nd	0
ISRI						
Total consultas curativas y atenciones preventivas	54 012	0	0	0	0	--
Atenciones preventivas	--	--	--	--	--	0
Consulta ambulatoria	54 012	--	--	--	--	0
Emergencia	--	--	--	--	--	0
Porcentaje de consultas de emergencia	--	--	--	--	--	0
Total	54 012					0

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

- No aplica

nd: Dato no disponible

TOTAL DE ATENCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS BRINDADAS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) 2009-2014

TIPO DE CONSULTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total consulta curativa y atenciones preventivas	19 040 544	19 172 298	19 636 453	19 918 673	20 493 540	19 912 938
Atenciones preventivas	2 683 220	2 631 987	2 969 263	3 000 755	3 175 157	3 693 431
Consulta curativa	16 357 324	16 540 311	16 667 190	16 917 918	17 318 383	16 219 507
Consulta ambulatoria	14 121 693	14 245 828	14 248 201	14 311 846	14 770 514	13 472 721
Emergencia	2 235 631	2 294 483	2 418 989	2 606 072	2 547 869	2 746 786
Porcentaje de emergencias atendidas	13.7	13.9	14.5	15.4	14.7	16.9
Porcentaje de consulta curativa	85.9	86.3	84.9	84.9	84.5	83.1
Porcentaje de consulta preventiva	14.1	13.7	15.1	15.1	15.5	18.5

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

Notas: datos tomados del Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

A partir de 2009 se incluye información de las instituciones del sistema nacional de salud: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro social, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y Comando de Sanidad Militar.

EGRESOS HOSPITALARIOS REGISTRADOS EN LA RED DE HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2009-2014

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	MINISTERIO DE SALUD					
Total de egresos	364 915	374 779	400 233	399 636	403 181	394 766
Promedio de estancia	4.0	3.7	3.8	4.3	4.3	4.6
Promedio de ocupación	87.1	88.7	96.7	85.1	98.1	97.1
Intervenciones quirúrgicas mayores	106 491	108 094	116 240	113 935	121 711	112 479
Porcentaje de egresos atendidos institucionalmente por 1000 habitantes	59.3	60.6	63.8	63.9	63.7	61.7
Población total	6 152 558	6 182 262	6 274 563	6 251 500	6 328 198	6 401 240
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL						
Total de egresos	97 593	97 705	100 409	102 109	103 385	124 092
Intervenciones quirúrgicas mayores	46 869	45 857	47 291	47 628	47 163	46 014
COSAM						
Total de egresos	6 911	5 488	6 749	6 825	6 671	6 426
Intervenciones quirúrgicas mayores	1 963	1 783	1 460	1 442	1 747	1 525
ISBM						
Total de egresos	3 563	nd	2 510	3 421	--	0
Intervenciones quirúrgicas mayores	nd	nd	1 293	1 920	--	0

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

nd : Datos no disponibles.

EGRESOS HOSPITALARIOS ATENDIDOS EN LA RED DE INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2009-2014

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total de egresos hospitalarios	472 982	477 972	509 901	511 991	513 237	525 284
Total de intervenciones quirúrgicas mayores	155 323	155 734	166 284	164 925	170 621	160 018
Tasa de egreso por 1000 habitantes	76.9	77.3	81.3	81.9	81.1	82.1
Población total país (b)	6 152 558	6 182 262	6 274 563	6 251 500	6 328 198	6 401 240

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

Nota: (b) Población de 2009 según DIGESTYC; para el año 2010 se ha utilizado la proyección trabajada por consultoría, ambas poblaciones con base a Censo de 2007, para el 2014 se emplea proyección emitida en julio de 2014.

Nota: A partir de 2009 se incluye información de las instituciones del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y Comando de Sanidad Militar.

ATENCIÓNES INFANTILES EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2009-2014

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MINISTERIO DE SALUD+FOSALUD						
Total de atenciones infantiles	438 957	437 981	455 143	475 410	478 613	499 221
Total de inscripciones menor de 1 año	82 101	82 221	85 788	86 186	85 718	87 906
Total de inscripciones menor de 28 días	66 673	68 324	73 015	75 154	77 705	81 478
Porcentajes de inscripción precoz	81.2	83.1	85.1	87.2	90.7	92.7
Total controles subsecuentes	356 856	355 760	369 355	389 224	392 895	411 315
Porcentajes de inscripción institucional	68.5	78.7	82.1	82.5	82.0	82.4
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL						
Total de atenciones infantiles	67 757	83 549	87 564	91 431	157 292	155 295
Total de inscripciones menor de 1 año	23 219	22 184	23 520	23 255	27 279	22 676
Total de inscripciones menor de 30 días (a)	14 541	14 751	15 951	16 151	20 350	16 346
Porcentajes de inscripción precoz	62.6	66.5	67.8	69.5	74.6	72.1
Total controles subsecuentes	44 538	61 365	64 044	68 176	130 013	132 619
Porcentaje de inscripción institucional	19.4	21.2	22.5	22.3	26.1	20.5
COSAM						
Total de atenciones infantiles	872	0	1 540	276	359	244
Total de inscripciones menor de 1 año	121	0	234	45	63	165
Total de inscripciones menor de 28 días	97	0	63	20	18	7
Porcentajes de inscripción precoz	80.2	-	26.9	44.4	28.6	4.2
Total controles subsecuentes	751	0	1 306	231	296	70.0
Porcentajes de inscripción institucional	0.1	0.0	0.2	0.0	0.1	0.1
ISBM						
Total de atenciones infantiles	14 391	0	10 189	1 382	0	0

Total de inscripciones menor de 1 año	14 391	0	789	551	0	0
Total de inscripciones menor de 28 días	14 391	0	509	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz	100	0	65	0	0	0
Total controles subsecuentes	0	0	9 400	831	0	0
Porcentaje de inscripción institucional	12.0	0.0	0.8	0.5	0.0	0.0
POLICÍA NACIONAL CIVIL						
Total de atenciones infantiles	--	83	--	--	--	0
Total de inscripciones menor de 1 año	--	83	--	--	--	0
Total de inscripciones menor de 28 días	--	0	--	--	--	0
Total controles subsecuentes	--	0	--	--	--	0
Porcentaje de inscripción institucional	--	0.1	--	--	--	0

Fuente: (a) Para el ISSS, manejan inscripciones a los 30 día de nacidos.
Sistema de estadísticas institucionales.

CONSOLIDADO ATENCIONES INFANTILES EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2009-2014.

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total de atenciones infantiles	521 977	521 613	554 436	568 499	636 264	654 760
Total de inscripciones menor de 1 año*	119 832	104 488	110 331	110 037	113 060	110 747
Total de inscripciones menor de 28 días	95 702	83 075	89 538	91 325	98 073	97 831
Porcentaje de inscripción precoz	79.9	79.5	81.2	83.0	86.7	88.3
Total controles subsecuentes	402 145	417 125	444 105	458 462	523 204	544 004
Cobertura de inscripción	98.0	84.7	92.0	92.5	95.9	98.4
Población menor de 1 año *	122 233	123 401	119 896	119 008	117 880	112 499

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

Para 2014, población menor de 1 año, de proyección población DIGESTYC, julio 2014.

Nota: A partir de 2009 se incluye información de las instituciones del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y Comando de Sanidad Militar.

* Población según DIGESTYC para 2014 emitida en julio de 2014.

ATENCIÓNES MATERNAS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINSAL, 2009-2014

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MINISTERIO DE SALUD+FOSALUD						
Total de atenciones maternas	512 059	519 091	567 200	562 773	583 824	597 824
Total de inscripciones de 10 a 49 años	74 776	77 361	84 747	82 960	78 761	78 741
Total de inscripciones antes de 12 semanas	45 814	48 665	54 033	55 410	49 263	48 347
Porcentaje de inscripción precoz	61.3	62.9	63.8	66.8	62.5	61.4
Controles prenatales	360 899	363 807	397 709	387 777	399 672	399 966
Controles puerperales	76 384	77 923	84 744	92 036	105 391	119 117
Porcentaje de inscripción institucional	76.1	76.8	77.7*	75.4*	76.7*	77.2
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)	57 916	158 158	173 448	174 077	180 145	178 661
Total de inscripciones de 10 a 19 años	24 352	24 292	26 672	26 549	24 912	24 709
Total de inscripciones antes de 12 semanas	14 776	15 197	16 880	17 548	15 286	14 776
Porcentaje de inscripción precoz	60.7	62.6	63.3	66.1	61.4	59.8
Controles prenatales	11 554	111 975	123 154	121 749	125 747	120 645
Controles puerperales	22 010	21 891	23 622	25 779	29 486	31 854
Porcentaje de inscripción de embarazo en adolescente	33	31	31	32	32	31
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL						
Total de atenciones maternas	149 068	145 582	35 209	154 708	151 694	132 863
Total de inscripciones de 10 a 49 años	22 893	22 935	23 691	24 070	23 918	23 133
Total de inscripciones antes de 12 semanas	14 215	14 891	15 489	15 845	15 925	15 492
Porcentaje de inscripción precoz	62.1	62.1	62.1	65.8	66.6	67.0
Controles prenatales	115 220	111 729	-	119 601	115 683	109 730
Controles puerperales	10 955	10 918	11 518	11 037	12 093	14 143
Porcentaje de inscripción institucional	23.3	22.8	23.5	23.9	23.7	22.7
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)	--	--	--	--	--	0
Total de inscripciones de 10 a 19 años	--	--	--	0	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas	--	--	--	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz	--	--	--	0	0	0
Controles prenatales	--	--	--	0	0	0
Controles puerperales	--	--	--	0	0	0
COSAM						
Total de atenciones maternas	832	492	691	945	691	1012
Total de inscripciones de 10 a 49 años	115	447	79	62	35	65.0
Total de inscripciones antes de 12 semanas	2	72	62	42	29	26
Porcentaje de inscripción precoz	1.7	16.1	78.5	67.7	82.9	40
Controles prenatales	625	-	532	801	597	897
Controles puerperales	92	45	80	82	59	50
Porcentaje de inscripción institucional	0.8	0.5	0.7	0.9	0.7	0.06

Porcentaje de inscripción institucional	0.1	0.4	0.1	0.1	0.03	0.06
Total de atenciones maternas de 10 a 19 años(a)	8	--	2	--	6	2
Total de inscripciones de 10 a 19 años	2	--	0	1	2	1
Total de inscripciones antes de 12 semanas	--	--	0	0	0	0
Porcentaje de inscripción precoz	--	--	0.0	0.0	0.0	0.0
Controles prenatales	4	--	0	0	4	0
Controles puerperales	2	--	2	0	0	1
	ISBM					
Total de atenciones maternas	3006	--	1610	9663	0	0
Total de inscripciones de 10 a 49 años	492	--	560	2938	0	0
Total de inscripciones antes de 12 semanas	--	--	509	841	0	0
Porcentaje de inscripción precoz	--	--	1.7	28.6	0.0	0.0

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

- No aplica

nd: Dato no disponible

* Se ha realizado una corrección de este porcentaje a partir de mejoras en su fórmula de cálculo.

CONSOLIDADO DE ATENCIONES MATERNAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2009-2014

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total de atenciones maternas (inscripción + controles)	664 965	665 221	604 710	728 089	736 209	731 699
Inscripciones de 10 a 49 años	98 276	100 777	109 077	110 030	102 714	101 940
Inscripciones antes de 12 semanas	60 031	63 662	70 093	72 138	65 217	78 641
Porcentaje de inscripción precoz	61	63	64	66	64	77
Controles prenatales	478 860	475 536	398 241	512 844	515 952	510 593
Controles puerperales	87 829	88 908	97 392	105 215	117 543	133 311
Total de atenciones maternas en adolescentes (inscripciones + controles) (a)	57 916	158 158	173 448	174 077	180 151	178 663
Inscripciones de 10 a 19 años	24 352	24 292	26 672	26 549	24 914	24 710
Inscripciones antes de 12 semanas	14 776	15 197	16 880	17 548	15 286	14 776
Porcentaje de inscripción precoz	61	63	63	66	61	60
Controles prenatales	11 554	111 975	123 154	121 749	125 751	120 645
Controles puerperales	22 010	21 891	23 622	25 779	29 486	31 855
Cobertura de inscripción de 10 a 49 años	83	87	91	85	77	84
Embarazadas esperadas (c)	118 072	115 638	120 200	128 929	134 102	121 343
Partos esperados (c)	117 190	109 218	118 245	126 352	127 407	114 886

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

Notas:

(a) Las atenciones en adolescentes están incluidas en el total de atenciones de 10 a 49 años.

(b) A partir de 2009, incluye datos del Sistema Nacional de Salud, se hizo una revisión histórica en la construcción de la cobertura posnatal.

(c) Población según DIGESTYC para 2009 y 2010 Censo 2007. Para los años 2011 y 2012 se elaboraron proyecciones de embarazadas y partos esperados con base en registros de nacimientos estimados por STP.

PARTOS ATENDIDOS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSAL, 2009-2014

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MINISTERIO DE SALUD+FOSALUD						
Total de partos atendidos por personal calificado	76 672	77 114	80 825	82 586	80 746	83 213
Partos por cesárea	22 061	21 807	23 390	23 283	22 740	23 286
Porcentaje de partos por cesárea	29	28	29	28	28	28
Partos atendidos en adolescentes	23 605	22 742	23 581	24 190	24 073	23 909
Porcentaje de partos en adolescentes	31	30	29	29	30	29
Total de nacimientos institucionales (a)	77 422	77 782	81 552	83 282	83 055	84 259
Nacidos vivos	76 686	77 096	80 830	82 546	82 476	83 656
Nacidos muertos	736	686	722	736	579	603
Nacidos vivos con bajo peso	6857	7040	7338	7160	7823	7738
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso	8.9	9.1	9.1	8.7	9.4	9.2
Partos por partera	2575	1986	1024	482	174	88
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL						
Total de partos atendidos por personal calificado	22 309	21 056	22 166	21 976	21 978	21 838
Partos por cesárea	7506	7053	7627	7630	7763	6909
Porcentaje de partos por cesárea	34	34	34	35	35	32
Partos atendidos en adolescentes	790	841	910	873	927	893
Porcentaje de partos en adolescentes	3.5	4.0	4.1	4.0	4.2	4.1
Total de nacimientos institucionales	22 490	21 212	22 356	22 166	22 083	22 039
Nacidos vivos	22 401	21 124	22 260	22 063	21 993	21 938
Nacidos muertos	89	88	117	103	90	101
Nacidos vivos con bajo peso	1672	1542	1663	1561	1927	1697
Porcentaje de niños nacidos vivos con bajo peso	7.5	7.3	7.5	7.1	8.8	7.7
COSAM						
Total de partos atendidos por personal calificado	202	133	174	184	156	171
Partos por cesárea	135	92	129	135	114	133
Porcentaje de parto por cesárea	67	69	74	73	73	78
Partos atendidos en adolescentes	8	7	3	4	2	0
Porcentaje de parto en adolescentes	4	5	2	2	1	0
Total de nacimientos institucionales	176	135	175	187	156	169
Nacidos vivos	202	135	175	168	156	171
Nacidos muertos	0	0	0	1	0	0
Nacidos vivos con bajo peso	13	13	27	7	11	10
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso	6.4	9.6	15.4	4.2	7.1	5.8
ISBM						
Total de partos atendidos por personal calificado	307	nd	556	745	0	0
Partos por cesárea	--	--	365	456	0	0
Porcentaje de partos por cesárea	--	--	66	61	0	0

Partos atendidos en adolescentes	8	--	0	1	0	0
Porcentaje de partos en adolescentes	3	0	0	0	0	0
Total de nacimientos institucionales	307	nd	571	745	0	0
Nacidos vivos	307	--	570	741	0	0
Nacidos muertos	0	--	1	4	0	0
Nacidos vivos con bajo peso	--	--	0	0	0	0
Porcentaje de niños nacidos con bajo peso	--	--	0	0	0	0

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

Nd : No se dispone de estos datos.

CONSOLIDADO DE PARTOS ATENDIDOS EN LA RED DE INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2009-2014

DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total de partos (institucionales + parteras)	102 065	100 289	104 745	105 973	103 054	105 310
Total de partos de 10 a 49 años atendidos por personal calificado	99 490	98 303	103 721	105 491	102 880	105 222
Partos por cesárea	29 702	28 952	31 511	31 504	30 617	30 328
Porcentaje de partos por cesárea	30	30	30	30	30	29
Partos atendidos en adolescentes*	24 411	23 590	24 494	25 068	25 002	24 802
Porcentaje de partos en adolescentes	25	24	24	24	24	24
Porcentaje de partos institucionalmente	98	98	99	100	100	100
Total de nacimientos	100 421	99 129	104 675	106 362	105 294	106 467
Nacidos vivos	99 596	98 355	103 835	105 518	104 625	105 765
Nacidos muertos	825	774	840	844	669	704
Nacidos vivos con bajo peso	8542	8595	9028	8728	9761	9445
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	8.6	8.7	8.7	8.3	9.3	8.9
Cobertura de parto**	85	90	88	84	81	92
Partos atendidos por partera	2575	1986	1024	482	174	88
Porcentaje de partos por partera	2.5	2.0	1.0	0.5	0.2	0.1
Partos esperados***	117 190	109 218	118 245	126 352	127 407	114 886

Fuente: Sistema de estadísticas institucionales.

Notas : A partir de 2009, incluye datos de Sistema Nacional de Salud.

Las instituciones informantes en 2010 son: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Comando de Sanidad Militar.

* Los partos en adolescentes están incluidos en el total de atenciones de 10 a 49 años.

** Para el cálculo de la cobertura no incluye los partos por partera.

*** Población según DIGESTYC para 2009 y 2010, Censo del año 2007. Para los años 2011 y 2012 se elaboraron proyecciones de embarazadas esperadas y partos esperados con base en registros de nacimientos por STP y distribución porcentual por departamento con base en registros institucionales del MINSAL para 2014 se utilizó proyección de julio de 2014.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTAS AMBULATORIAS ATENDIDAS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSAL, SEGÚN LISTA INTERNACIONAL DE MORBILIDAD DE LA CIE 10, ENERO-DICIEMBRE DE 2014

TODAS LAS EDADES - AMBOS SEXOS		
Nº DE ORDEN	DIAGNÓSTICO	TOTAL
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1 219 475
2	Hipertensión esencial (primaria)	747 058
3	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	575 797
4	Enfermedades del sistema urinario	528 133
5	Diabetes mellitus	393 431
6	Migraña y otros síndromes de cefalea	200 190
7	Helmintiasis	182 977
8	Diarrea de presunto origen infeccioso	274 184
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	262 597
10	Traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	252 226
	Demás causas	5 768 555
	Totales	10 404 623

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE EGRESOS REGISTRADOS EN HOSPITALES DEL MINSAL, SEGÚN LISTA INTERNACIONAL DE MORBIMORTALIDAD DE LA CIE 10 PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2014, TODAS LAS EDADES - AMBOS SEXOS

Nº DE ORDEN	DIAGNÓSTICO	TOTAL
1	Parto único espontáneo	51 591
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	24 169
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad anmiótica, y con posibles problemas del parto	22 447
4	Neumonía	13 456
5	Diabetes mellitus	11 642
6	Diarrea de presunto origen infeccioso	10 903
7	Enfermedades del apéndice	9737
8	Otras enfermedades del sistema urinario	8483
9	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	7688
10	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	7579
	Demás causas	227 071
	Totales	394 766

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE EGRESOS REGISTRADOS EN HOSPITALES DEL MINSAL, SEGÚN LISTA INTERNACIONAL DE MORBIMORTALIDAD DE LA CIE 10, DE ENERO-DICIEMBRE DE 2014, TODAS LAS EDADES - AMBOS SEXOS

Nº DE ORDEN	DIAGNÓSTICO	TOTAL
1	Parto único espontáneo	51 591
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	24 169
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	22 447
4	Neumonía	13 456
5	Diabetes mellitus	11 642
6	Diarrea de presunto origen infeccioso	10 903
7	Enfermedades del apéndice	9737
8	Otras enfermedades del sistema urinario	8483
9	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	7688
10	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	7579
	Demás causas	227 071
	Totales	394 766

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN LOS HOSPITALES DEL MINSAL, SEGÚN LISTA INTERNACIONAL DE MORBIMORTALIDAD DE LA CIE 10, ENERO-DICIEMBRE DE 2014, TODAS LAS EDADES - AMBOS SEXOS

Nº DE ORDEN	DIAGNÓSTICO	TOTAL
1	Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N17-N98)	828
2	Neumonía	644
3	Diabetes mellitus	634
4	Septicemia	632
5	Enfermedades hipertensivas	583
6	Enfermedades del sistema digestivo	548
7	Enfermedades del corazón	430
8	Enfermedades isquémicas del corazón	523
9	Enfermedades cerebrovasculares	488
10	Enfermedades del hígado	466
	Demás causas	5351
	Totales	11 127

Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA (PRIMERA VEZ + SUBSECUENTES), ATENDIDAS EN EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS), ENERO-DICIEMBRE DE 2014

TODAS LAS EDADES - AMBOS SEXOS		
Nº DE ORDEN	DIAGNÓSTICO/CAUSA	TOTAL
1	Hipertensión esencial (primaria)	470 712
2	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	275 209
3	Control de salud de rutina del niño	219 440
4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	209 790
5	Supervisión de embarazo normal no especificado	161 917
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	147 254
7	Faringitis aguda no especificada	119 433
8	Lumbago no especificado	92 739
9	Síndrome del colon irritable sin diarrea	86 849
10	Infección de vías urinarias sitio no especificado	86 348
	Demás causas	3 325 935
	Total	5 195 626

Fuente: Perfil morbidemográfico de la consulta médica.

NOTA: En el perfil de la consulta no participan las brindadas en clínicas empresariales que para el año 2014.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS, ATENDIDAS EN EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS), DE ENERO A DICIEMBRE DE 2014

TODAS LAS EDADES - AMBOS SEXOS		
Nº DE ORDEN	DIAGNÓSTICO/CAUSA	TOTAL
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	11 898
2	Insuficiencia renal crónica, no especificada	4697
3	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3363
4	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	3182
5	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	2835
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2409
7	Apendicitis aguda, no especificada	2323
8	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	1867
9	Neumonía, no especificada	1626
10	Leiomioma del útero, sin otra especificación	1506
	Demás causas	88 386
	Total	124 092

Fuente: Sistema Altas Hospitalarias.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE REGISTRADAS, ATENDIDAS EN EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, TODAS LAS EDADES - AMBOS SEXOS, ENERO-DICIEMBRE 2014

Nº DE ORDEN	DIAGNÓSTICOS	TOTALES
1	Neumonía no especificada	319
2	Insuficiencia renal crónica no especificada	227
3	Septicemia no especificada	181
4	Infarto agudo al miocardio causa no especificada	114
5	Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	108
6	Hemorragia gastrointestinal no especificada	78
7	Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito	67
8	Hemorragia intraencefálica no especificada	66
9	Tumor maligno del estómago parte no especificada	59
10	Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	52
	Demás causas	1664
	Total	2935

Fuente: Sistema Altas Hospitalarias.
Sistema de Estadísticas de Salud (SES).

DESCRIPCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN	FUENTE DE NUMERADOR	RUTA
INDICADORES DE COBERTURA DE ATENCIÓN			
Cobertura de BCG aplicadas en menores de 1 año. Cobertura de Antipolio, 3. ^a dosis aplicada en menores de 1 año. Cobertura de rotavirus, 2. ^a dosis aplicada en menores de 1 año.	Número de dosis aplicadas total país según procedencia entre Población menor de 1 año según DIGESTYC Multiplicado por 100	Módulo de vacunas	Reportes: enero a febrero + marzo a diciembre (coberturas del 2014 y población de 2014 el tabulador A)
Cobertura de SPR, 1. ^a dosis aplicada a niños de 1 año.	Número de dosis aplicadas total país entre Población menor de 1 año según DIGESTYC Multiplicado por 100		
Cobertura de inscripción en el menor de 1 año.	Total de inscripciones infantiles en menor de 1 año entre Población menor de 1 año según DIGESTYC multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria - Consultas - Atención preventiva - Atención infantil (reporte consolidado en menor de 1 año) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

Porcentaje de inscripción infantil antes de los 28 días de nacido	Inscripción en menor de 1 año entre Población de 1 año según DIGESTYC Multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria - Consultas - Atención preventiva--Atención infantil (reporte consolidado en menor de 1 año) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años	Inscripciones maternas de 10 a 49 años Entre Embarazadas esperadas según DIGESTYC multiplicada por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria: Consultas: Atención preventiva--Atención materna (reporte de inscripciones de 9 a 49 años) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Cobertura de control posnatal de 10 a 49 años	Inscripciones maternas de 10 a 49 años entre partos esperados según DIGESTYC multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria: Consultas: Atención preventiva--Atención materna (reporte de inscripciones de 9 a 49 años) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Cobertura de parto intrahospitalario del sistema nacional	Inscripciones maternas de 10 a 49 años entre Partos esperados según DIGESTYC multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria: Consultas: Atención preventiva--Atención materna (reporte de inscripciones + controles de 9 a 49 años) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años	Total de partos atendidos por personal capacitado entre Partos atendidos por personal capacitados + partera multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW) Sistema de producción de servicios SEPS	Atención hospitalaria--Consultas--Reporte--verifico parto (por fecha de parto) + partos extrahospitalarios (reporte de nacidos vivos MINSAL: variable local del parto intrahospitalario) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de partos en adolescentes atendidos en la red de establecimientos del SNS	Total de partos atendidos por partera entre Partos atendidos por personal (capacitados + partera) Multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Reporte verifico parto (por fecha de parto) + Módulo de estadísticas vitales--Nacidos vivos MINSAL (partos extrahospitalarios (No hospitales) de 10 a 19 años). Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	Total de niños nacidos con bajo peso entre Total de nacidos vivos institucionales multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Módulo de estadísticas vitales--reporte nacidos vivos MINSAL (Departamento --- municipios) Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

INDICADORES DE MORTALIDAD			
Tasa de mortalidad general por 100 000 habitantes en la red de hospitales del SNS	Total de muertes ocurridas todas las causas entre Población total país según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria-- Consultas más frecuentes por sexo---Lista internacional de mortalidad---total país--- todas las edades. Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Razón de mortalidad materna(directa e indirectas) por 100 000 nacidos vivos	Total de muertes maternas (directas e indirectas) entre Nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 100 000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Módulo de estadísticas vitales--Defunciones--Muertes maternas
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menores de 5 años entre nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad menor de 5 años Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad en menor de 1 año por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menores de 1 años entre Nacidos vivos según DIGESTYC multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad menor de 1 año. Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad neonatal en (menor de 28 días) por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menores de 28 días entre Nacidos vivos según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad menor de 28 días (Es la suma de neonatal temprana y tardía) sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad neonatal temprana(<7 días) por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menor de 0 a 7 días entre Nacidos vivos según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad de 0 a 7 días. sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad neonatal tardía(de 7 a 28 días) por 1000 nacidos vivos	Total de muertes en menor de 8 a 28 días por 1000 nacidos vivos según DIGESTYC entre Nacidos vivos según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad de 8 a 28 días. Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Tasa de mortalidad fetal general (nacidos muertos) por 1,000 nacidos	Total de muertes fetales entre nacidos vivos según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Defunciones--Edad de 0 a 7 días + nacidos muertos--reporte (departamento--municipios). Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

Tasa de mortalidad por sida a nivel hospitalario	Total de muertes por sida Entre Nacidos vivos según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Más--Exporta excel-- otro grupo ---VIH-sida
OTROS INDICADORES			
Tasa de egreso por 1000 habitantes	Total de egresos hospitalarios Entre Total de población país según DIGESTYC Multiplicado por 1000	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención hospitalaria--Consultas--Más--Resumen Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de emergencias atendidas	Total de consultas de emergencias atendidas entre Total de consultas curativas Multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria--Consultas--Atención curativa--Resumen--Servicio de emergencia Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de consulta curativa	Total de consultas de curativas (ambulatoria+emergencia) entre Total de consultas curativas + preventivas Multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria--Consultas--Atención curativa--Resumen Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Porcentaje de consulta preventiva	Total de consultas preventivas entre Total de consultas curativas + preventivas Multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria--Consultas--Atención curativa--Resumen Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS
Número de casos de coinfección TB-VIH	--	Sistema único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)	
Tasa anual de casos de VIH-sida por 100 000 habitantes	Total de casos nuevos anuales VIH-sida entre Total de población país según DIGESTYC Multiplicado por 100 000	Sistema único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del VIH-sida (SUMEVE)	Diagnóstico -- Estadísticas--Total de casos del año
Porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH	Total de recién nacidos infectados con VIH entre Número de niños expuestos de madres con VIH Multiplicado por 100		CV/CD4--consultas--Diagnóstico de seguimiento--año
Porcentaje de consultas preventivas	Total de consultas preventivas entre Total de consultas curativas + preventivas Multiplicado por 100	Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)	Atención ambulatoria--Consultas--Atención curativa--Resumen Sumándole las estadísticas de las demás instituciones del SNS

*Impreso y encuadernado en
Imprenta la Tarjeta S.A. de C.V.
San Salvador, El Salvador
América Central,
2000 ejemplares*



GOBIERNO DE EL SALVADOR
MINISTERIO DE SALUD