



PLAN ESTRATÉGICO 2014 - 2019

MINISTERIO DE SALUD

San Salvador, Septiembre de 2015.

AUTORIDADES

DRA. ELVIA VIOLETA MENJIVAR

MINISTRA DE SALUD

DR. EDUARDO ANTONIO ESPINOZA FIALLOS

VICEMINISTRO DE POLITICAS DE SALUD

DR. JULIO ROBLES TICAS

VICEMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | IV |
| ACUERDO NO. 1368 | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| BASE POLÍTICO JURÍDICO DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL | 4 |
| POLÍTICAS PÚBLICAS..... | 4 |
| LEYES Y REGLAMENTOS..... | 6 |
| MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL PARA LA FORMULACIÓN DEL PEI..... | 10 |
| EL PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO DEL GOBIERNO 2014-2019..... | 10 |
| LA REFORMA DE SALUD..... | 10 |
| MODELOS DE ATENCIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD..... | 12 |
| EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL | 13 |
| COMPROMISOS NACIONALES E INTERNACIONALES..... | 14 |
| ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL PAÍS | 19 |
| CONTEXTO DE PAÍS..... | 19 |
| PENSAMIENTO ESTRATÉGICO | 43 |
| MISIÓN..... | 43 |
| VISIÓN..... | 43 |
| VALORES..... | 43 |
| ENFOQUES..... | 43 |
| ENFOQUES TRANSVERSALES..... | 44 |
| POBLACIONES PRIORITARIAS A ATENDER..... | 44 |
| OBJETIVOS ESTRATÉGICOS..... | 44 |
| METAS ESTRATÉGICAS..... | 45 |
| PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA | 46 |
| EJE ESTRATÉGICO 1, REFORMA DE SALUD..... | 46 |
| EJE ESTRATÉGICO 2, SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS) | 46 |
| EJE ESTRATÉGICO 3, COBERTURA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE LA RIISS .. | 47 |
| EJE ESTRATÉGICO 4, FARMACOVIGILANCIA Y TECNOLOGÍAS DE CALIDAD | 49 |
| EJE ESTRATÉGICO 5, INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD Y FORMACIÓN CONTINUA DEL TALENTO HUMANO | 49 |
| EJE ESTRATÉGICO 6, INTERSECTORIALIDAD | 50 |
| EJE ESTRATÉGICO 7, PARTICIPACIÓN Y CONTRALORÍA SOCIAL..... | 51 |
| EJE ESTRATÉGICO 8, FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL..... | 51 |
| ESTRUCTURA, PROCESOS Y CAPACIDADES INSTITUCIONALES | 52 |
| ESTRUCTURA ORGANIZATIVA..... | 52 |

| | |
|---|-----------|
| PROCESOS Y CAPACIDADES INSTITUCIONALES CLAVES A DESARROLLAR PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PEI..... | 53 |
| SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | 53 |
| SISTEMA DE INFORMACIÓN | 54 |
| ÁMBITO DE APLICACIÓN | 54 |
| BIBLIOGRAFÍA | 55 |
| ANEXOS | 60 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 1. EL SALVADOR: POBLACIÓN Y DENSIDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO | 19 |
| TABLA 2. EL SALVADOR: DENSIDAD POBLACIONAL DE LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR | 21 |
| TABLA 3. HOGARES EN VIVIENDAS CON MATERIALES PREDOMINANTES DE CONSTRUCCIÓN DE TECHO, PAREDES Y PISO..... | 30 |
| TABLA 4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL REGISTRADA EN LA RED DE SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD, AÑO 2014. | 31 |
| TABLA 5. INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS, ACCESO Y COBERTURA DE SERVICIOS. | 33 |
| TABLA 6. EL SALVADOR: MORTALIDAD EN POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS. | 38 |

Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1. EL SALVADOR: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, EHPM - 2013..... | 20 |
| GRÁFICO 2. EL SALVADOR: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL, URBANA Y RURAL, EN EL PERÍODO 1950 - 2007. | 22 |
| GRÁFICO 3. EL SALVADOR: PIRÁMIDE POBLACIONAL AÑO 2014. | 23 |
| GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD, MIGRACIÓN Y CRECIMIENTO 1950 – 2050..... | 23 |
| GRÁFICO 5. EL SALVADOR: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB REAL: 2000-2014 (PORCENTAJES)..... | 24 |
| GRÁFICO 6. EL SALVADOR: EVOLUCIÓN DE LAS REMESAS FAMILIARES 2000-2014 (EN MILLONES DE US \$). | 25 |
| GRÁFICO 7. EL SALVADOR: TASA DE DESEMPLEO Y SUBEMPLO, 2013..... | 27 |
| GRÁFICO 8. EL SALVADOR: ESCOLARIDAD PROMEDIO POR ÁREA DE RESIDENCIA | 28 |
| GRÁFICO 9. EL SALVADOR: PROPORCIÓN DE HOGARES EN POBREZA..... | 29 |
| GRÁFICO 10. EL SALVADOR: PORCENTAJE DE HOGARES CON ACCESO Y TENENCIA DE AGUA POR CAÑERÍA, SEGÚN ÁREA..... | 29 |
| GRÁFICO 11. EL SALVADOR: PORCENTAJE DE HOGARES QUE NO TIENEN SERVICIO SANITARIO. | 30 |
| GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CONSULTA PREVENTIVA Y CURATIVA, REGISTRADA EN LA RED DE SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD, 2008-2014..... | 32 |
| GRÁFICO 13. EL SALVADOR: COMPORTAMIENTO NACIONAL DE LA MORTALIDAD GENERAL 2009 - 2014..... | 34 |
| GRÁFICO 14. TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA NEONATAL, INFANTIL Y MENORES DE CINCO AÑOS, 2007-2014. | 37 |
| GRÁFICO 15. TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, 2005-2014..... | 38 |
| GRÁFICO 16. GASTO NACIONAL EN SALUD EN MILLONES DE DÓLARES Y COMO PORCENTAJE DEL PIB (2000 - 2014)..... | 39 |
| GRÁFICO 17. GASTO PÚBLICO EN SALUD A PRECIOS CORRIENTES 2000– 2014(EN MILLONES DE US \$). | 40 |
| GRÁFICO 18. GASTO PER CÁPITA INSTITUCIONAL EN SALUD 2007 - 2014 (EN US \$). | 41 |
| GRÁFICO 19. EL SALVADOR: POBLACIÓN QUE SE ENFERMÓ, PORCENTAJE SEGÚN EL LUGAR DONDE PASÓ CONSULTA. EHPM – 2013. | 42 |

ÍNDICE DE MAPAS

| | |
|---|----|
| MAPA 1. EL SALVADOR: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBLACIÓN..... | 20 |
| MAPA 2. EL SALVADOR: MAPA DE VIOLENCIA DEL 2009 AL 2013, PROMEDIO DE HOMICIDIOS ANUALES POR MUNICIPIO. | 27 |

Presentación

El objetivo principal de las políticas, planes y proyectos del Ministerio de Salud para el presente quinquenio es el de asegurar, progresivamente, el acceso y la cobertura universales en salud, con énfasis en la calidad de atención a la población salvadoreña, garantizar la salud como un derecho humano y brindar sustentabilidad jurídica y financiera a la Reforma de Salud para fortalecer la rectoría, la integración y la gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

Igualmente importante es la dinamización de la salud en las políticas intersectoriales para el abordaje de los determinantes sociales tanto de las enfermedades transmisibles, las epidemias y las enfermedades crónicas que tienen un peso progresivo en la mortalidad general, en la generación de muertes prematuras en personas menores de setenta años que provocan no sólo una disminución en la productividad y el desarrollo del país, sino que también generan un nivel exponencial de gastos en la atención de salud para el Sistema Nacional que, en la mayoría de las ocasiones, se convierten en gastos catastróficos para las familias y las personas.

Los diferentes problemas de salud en el curso de vida de las personas desde la concepción, la niñez, la adolescencia, la adultez y la tercera edad, definen una demanda amplia y diversa a los servicios de salud, a la que el Ministerio de Salud, brinda una respuesta por medio del *Plan Estratégico Institucional*, de acuerdo a las necesidades de la población. Esto requiere de modelos de organización de las redes de servicios basados en la Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Salud familiar, así como la implantación, progresiva, durante este quinquenio, del Modelo de Salud Urbana.

Lo anterior precisa de un fortalecimiento importante de la Promoción de la Salud, que incluye la organización y participación social, la intersectorialidad y la creación de condiciones para fomentar la salud en todas las políticas públicas desde el nivel central y en los territorios a nivel nacional, ya que el abordaje de los determinantes sociales de la salud trasciende la responsabilidad del sector salud.

El desarrollo del personal del MINSAL tiene un rol clave para el logro de los objetivos planteados en el *Plan Estratégico Institucional*, para brindar una atención integral con calidad y calidez, para garantizar la salud como un derecho humano y para facilitar el abordaje multidisciplinario y el arte de realizar una gestión basada en resultados.

El Gobierno del Presidente Salvador Sánchez Cerén está comprometido con la humanización de la atención en salud, con 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 *Plan Estratégico Institucional* refleja un pensamiento renovado en la visión, misión y valores que deben inspirar y orientar el quehacer de cada funcionario en la profundización de la Reforma de Salud de acuerdo a sus competencias en todos los niveles del territorio nacional. Refleja, además, un fiel alineamiento con el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019, presenta los objetivos y acciones estratégicas con sus resultados e indicadores que serán sujetos de monitoreo y evaluación en el *Observatorio de la Reforma de Salud* que ha comenzado su funcionamiento, durante el presente año, con la recopilación de la información, la identificación de brechas y la definición de indicadores para el seguimiento y evaluación.

La salud es un derecho humano, parte del desarrollo, parte del *buen vivir* y pilar fundamental en la construcción de un mejor país para las presentes y las futuras generaciones.



Acuerdo No. 1368

San Salvador, 22 de Septiembre de 2015.-

**EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD
CONSIDERANDO**

- I. Que de acuerdo a lo prescrito en el Artículo 1 de la Constitución de la República, El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.
- II. Que en el Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD) del Gobierno, se establece la continuidad y profundización de la Reforma de Salud, iniciada el quinquenio pasado, lo que obliga a elaborar y aplicar Planes para la correcta ejecución de la Reforma en Salud.
- III. Que de acuerdo al artículo 42 numerales 1 y 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, y con el propósito de operativizar las estrategias y líneas de acción definidas en la Política Nacional de Salud, corresponde al Ministerio de salud, planificar, dirigir y coordinar la política de Gobierno en materia de salud, así como dictar la normativa necesaria para ello.


POR TANTO:

En uso de las facultades legales conferidas ACUERDA emitir:

“PLAN ESTRATÉGICO 2014-2019”

El presente Plan Estratégico Institucional en Salud 2014-2019, es aplicable a todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como a sus servidores públicos.

DIOS UNION LIBERTAD


Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud



Introducción

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

Para la formulación del PEI 2014 – 2019, el MINSAL asume 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 (PQD) del Gobierno Nacional (continuidad y profundización de la Reforma de Salud iniciada el quinquenio pasado); La Política Nacional de Salud, en vías de actualización; 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 del 2017 y en el marco de la Reforma del Sector, 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 en marcha a la cual deben alinearse; para la institución es una herramienta fundamental, orientadora del quehacer como ente rector del sector. Su principal contribución al proceso de reforma radica en el ordenamiento y priorización de las intervenciones contribuyentes 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 y el Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno garantizando servicios de calidad y con calidez.

El pensamiento estratégico aquí contenido, parte de asumir al MINSAL como ente rector de la salud de la población y, por lo tanto, de la profundización del proceso de reforma, dirigida a la cobertura universal de los servicios, aplicando principios, enfoques y ejes transversales contribuyentes al respecto, equidad e inclusión, definiéndose finalmente objetivos y metas estratégicas que serán el marco de la Programación Estratégica a implementar.

La Programación ha sido concebido a partir de 5 Objetivos estratégicos, alineados con las estrategias formuladas en el PQD y con los ejes de la reforma: el primero corresponde a avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, el segundo y tercero están referidos a la atención integral e integrada de servicios de salud a la población, el cuarto al fortalecimiento de la investigación científica en salud y formación continua del talento humano y el quinto al fortalecimiento institucional del MINSAL.

Se establecen objetivos, resultados, lineamientos y metas estratégicas lo que permitirá resolver progresivamente los principales problemas de salud evidenciados durante el análisis de la situación de país. Estas directrices, deberán ser retomadas por los diferentes niveles para la elaboración de los planes operativos anuales (POA).

Constituye una plataforma de entendimiento entre el Ministerio de Salud y diferentes actores: Agencias de cooperación, donantes, instituciones formadoras de recurso humano en salud, Instituciones del Estado, Institutos de investigación, Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) y otras; para orientar conjuntamente los esfuerzos hacia la consolidación del proceso de reforma, constituyéndose en un instrumento de gestión financiera.

Dado que el Plan recoge una perspectiva novedosa de la salud pública, el proceso de ejecución deberá revisarse cada trimestre a efectos de ir incorporando las nuevas experiencias que emergen del quehacer cotidiano, a efectos de realizar los ajustes que se consideren convenientes, haciendo eco de una de las características de toda planificación estratégica, su flexibilidad.

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 quienes se han involucrado en la discusión y reflexión de los principales contenidos del PEI, lo cual permite una apropiación del mismo.

Base político jurídico de la planeación estratégica institucional

El PEI se inscribe en un amplio marco de políticas públicas de carácter nacional e institucional y de leyes y reglamentos dirigidos a fortalecer la atención integral de la salud a la población salvadoreña. La mayor parte de estas políticas y leyes fueron aprobadas en el quinquenio 2009 – 2014. A continuación se incluyen las más relevantes.

Políticas públicas

Constitución de la República

El artículo 65 de la Constitución de la República establece que “la salud de los habitantes de la República constituye un bien público”; por lo que el estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. En este sentido, es competencia del MINSAL, y desarrollar la política sanitaria para asegurar la salud desde un enfoque de derechos.

Política Nacional de Salud 2009 – 2014

Acuerdo Ministerial No. 126 del 10 de febrero 2010, publicado en el Diario Oficial No. 33, Tomo No. 386, de fecha 17 de febrero de 2010.

Incluye 25 estrategias y una serie de recomendaciones las cuales marcaron el rumbo de la atención en salud a la población, durante el pasado gobierno y a la cual dará continuidad la presente administración.

Decreto Ejecutivo de creación de la Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición (CONASAN).

Decreto Ejecutivo No. 63 del 16 de octubre del 2009, publicado en el Diario Oficial No. 193, Tomo No. 385, de fecha 16 de octubre de 2009.

Política de Salud Sexual y Reproductiva

Acuerdo Ministerial No. 1181, del 9 de agosto de 2012, publicado en el Diario Oficial No. 149, Tomo No. 396, de fecha 15 de agosto de 2014.

Política Nacional de Recursos Humanos

Acuerdo No. 566, del 26 de agosto de 2014, publicado en el Diario Oficial No. 158, Tomo No. 404, de fecha 28 de agosto de 2014.

Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia

Oficializada el 7 de marzo de 2013.

Política Nacional de Salud Bucal

Acuerdo No. 1282, del 30 de agosto de 2012, publicado en el Diario Oficial No. 169, Tomo No. 396, de fecha 12 de septiembre de 2012.

Política Nacional de Participación Social en Salud

Acuerdo No. 1889, del 12 de diciembre de 2012, publicado en el Diario Oficial No. 235, Tomo No. 397, de fecha 14 de diciembre de 2012.

Política de Gestión de las Adquisiciones y Contrataciones del Ministerio de Salud

Acuerdo No. 758, del 23 de mayo de 2014, publicado en el Diario Oficial No. 101, Tomo No. 403, de fecha 3 de junio de 2014.

Política Nacional de Calidad

Oficializada el 5 de diciembre de 2011.

Política Nacional de Salud Mental

Acuerdo No. 1373, del 1 de noviembre de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 207, Tomo No. 393, de fecha 7 de noviembre de 2011.

Política Nacional de medicamentos

Acuerdo No. 1126, del 20 de septiembre de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 198, Tomo No. 393, de fecha 24 de octubre de 2011.

Política para el control interno de la gestión institucional

Acuerdo No. 1005, del 30 de agosto de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 165, Tomo No. 392, de fecha 6 de septiembre de 2011.

Política de Protección, Promoción y apoyo a la lactancia materna

Acuerdo No. 914, del 22 de agosto de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 154, Tomo No. 392, de fecha 22 de agosto de 2011.

Política para el control interno de la gestión institucional

Decreto No. 58 del Órgano Ejecutivo de la República de El Salvador, del 12 de mayo de 2015, publicado en el Diario Oficial No. 85, Tomo No. 407, de fecha 13 de mayo de 2015.

Política Nacional de Servicios de Sangre

Acuerdo No. 1340, del 18 de julio de 2013, publicado en el Diario Oficial No. 142, Tomo No. 400, de fecha 7 de agosto de 2013.

Política Nacional de las mujeres

Aprobada por la Junta Directiva del Instituto Salvadoreño de la Mujer, en la reunión del 15 de abril de 2011 y sus respectivas actualizaciones.

Leyes y reglamentos

Código de Salud

Decreto Legislativo No. 955 del 28 de abril de 1988, publicado en el Diario Oficial No. 86, Tomo No. 299, de fecha 5 de noviembre de 1988 y sus reformas de los años 1989, 1991, 1992, 1993, 1996, 1998, 2001, 2007, 2008, 2011 y 2014 y derogatoria parcial de 2012.

Ley del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).

Decreto Legislativo No. 775 del 10 de agosto del 2005, publicado en el Diario Oficial No. 161, Tomo No. 368, de fecha 1 de septiembre de 2005.

Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).

Decreto Ejecutivo No. 77 del 25 de julio de 2006, publicado en el Diario Oficial No. 182, Tomo No. 373, de fecha 2 de octubre de 2006.

Ley de creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Decreto Legislativo No. 442 del 26 de octubre del 2007, publicado en el Diario Oficial No. 214, Tomo No. 377, de fecha 16 de noviembre de 2007 y su primera reforma en 2012.

Reglamento de la Ley de creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Decreto Ejecutivo No. 82 del 17 de julio de 2008, publicado en el Diario Oficial No. 134, Tomo No. 380, de fecha 17 de julio de 2008.

Ley especial para la constitución del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).

Decreto Legislativo No. 538 del 16 de diciembre del 2004, publicado en el Diario Oficial No. 236, Tomo No. 365, de fecha 17 de diciembre de 2004 y su reforma de 2009.

Reglamento de la Ley especial para la constitución del FOSALUD.

Decreto Ejecutivo No. 57 del 7 de junio de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 105, Tomo No. 367, de fecha 8 de junio de 2005.

Ley para el control del tabaco.

Decreto Legislativo No. 771 del 23 de junio de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 143, Tomo No. 392, de fecha 29 de julio de 2011.

Ley de prevención y control de la infección provocada por el VIH.

Decreto Legislativo No. 588 del 24 de octubre de 2001, publicado en el Diario Oficial No. 222, Tomo No. 353, de fecha 23 de noviembre de 2001.

Reglamento de Ley de prevención y control de la infección provocada por el VIH.

Decreto Ejecutivo No. 40 del 28 de abril de 2004, publicado en el Diario Oficial No. 81, Tomo No. 363, de fecha 4 de mayo de 2004.

Reglamento Nacional de Hospitales.

Decreto Ejecutivo No. 55, del 10 de junio de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 110, Tomo No. 331, de fecha 14 de junio de 1996 y sus reformas de los años 2003, 2004, 2006, 2007 y 2009.

Tiene como objeto definir las atribuciones y funcionamiento de los hospitales nacionales y regionales del Sistema Básico de Salud Integral, adscritos al MINSAL. En su contenido hace referencia a las funciones, clasificación, organización, administración, clasificación de los servicios médicos, así como a los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA).

Decreto Legislativo No. 839, del 26 de marzo de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 68, Tomo No. 383, de fecha 16 de abril de 2009.

Tiene como finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador, independiente de su nacionalidad. Mandata al MINSAL a velar por los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescente. Con respecto al embarazo en adolescentes establece que toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, por tanto deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública. El Estado, con la colaboración de la sociedad, deberá establecer una política pública y programas específicos para la prevención a través de la información, la educación y la atención del embarazo precoz en niñas y adolescentes.

Ley de Medicamentos.

Decreto Legislativo No. 1008, del 22 de Febrero de 2012 publicado en el Diario Oficial No. 43, Tomo No. 394, de fecha 2 de marzo de 2012.

Tiene como objetivo, garantizar la institucionalidad que permita asegurar la accesibilidad, registro, calidad, disponibilidad, eficiencia y seguridad de los medicamentos y productos cosméticos para la población y propiciar el mejor precio para el usuario/a público y privado, así como su uso racional. Crea el Consejo Nacional de Medicamentos.

Ley de Vacunas.

Decreto Legislativo No. 1013, del 29 de febrero 2012, publicado en el Diario Oficial No. 58, Tomo No. 394, de fecha 23 de marzo de 2012.

Tiene como objetivo, garantizar a la población una adecuada inmunización de las enfermedades infecciosas prevenibles, a través de la regulación y promoción de mecanismos que garanticen en el Sistema Nacional de Salud, la adquisición de vacunas, su abastecimiento, disponibilidad, distribución, conservación, aplicación y prescripción.

Ley de protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna.

Decreto Legislativo No. 404, del 26 de Junio 2013, publicado en el Diario Oficial No. 145, Tomo No. 400, de fecha 12 de agosto de 2013.

Su objetivo es establecer las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia prolongada hasta los 2 años de edad, asegurando sus beneficios y aporte indispensable para la nutrición, crecimiento y desarrollo integral de el/la lactante.

Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres

Decreto Legislativo No. 520, del 25 de noviembre de 2010; publicado en el Diario Oficial No. 2, Tomo No. 390, de fecha 4 de enero de 2011.

Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres.

Decreto Legislativo No. 645, del 16 de marzo del 2011, publicado en el Diario Oficial No. 70, Tomo No. 391, de fecha 8 de abril de 2011.

Crea bases jurídicas explícitas que orientan el diseño y ejecución de políticas públicas que garanticen la igualdad real y efectiva de hombres y mujeres, sin ningún tipo de discriminación; en el ejercicio y goce de los derechos consagrados legalmente.

Ley contra la violencia intrafamiliar

Decreto Legislativo No. 902, del 28 de noviembre de 1996; publicado en el Diario Oficial No. 241, Tomo No. 333, de fecha 20 de diciembre de 1996.

Ley de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

Decreto Legislativo No. 888, del 27 de abril de 2000; publicado en el Diario Oficial No. 95, Tomo No. 347, de fecha 24 de mayo de 2000.

Reglamento de Ley de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

Decreto Ejecutivo No. 99, del 27 de abril de 2000; publicado en el Diario Oficial No. 226, Tomo No. 349, de fecha 1 de diciembre de 2000.

Ley de desarrollo y protección social.

Decreto Legislativo No. 647, del 3 de abril de 2014; publicado en el Diario Oficial No. 68, Tomo No. 403, de fecha 9 de abril de 2014.

Marco de referencia institucional para la formulación del PEI

El marco de referencia institucional para la formulación del PEI, lo constituyen esencialmente el PQD y los contenidos del planteamiento de la Reforma del sector y la Política Nacional de Salud, siendo aspectos relevantes los modelos de Atención y de prestación de servicios, así como los avances del proceso de formulación del “Presupuesto por resultados”, conducido por el Ministerio de Hacienda.

El Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno 2014-2019

Para el actual gobierno “El Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: El Salvador productivo, educado y seguro”, es el instrumento de Política Pública del más alto nivel, considerándose el documento de referencia, por excelencia, para la formulación de los planes estratégicos ministeriales.

Apuesta a convertir a El Salvador en un país incluyente, próspero y solidario que ofrezca oportunidades de **buen vivir** a toda su población y que, como requisito fundamental para ello, reconozca las diferencias y necesidades específicas de los diversos grupos poblacionales.

El objetivo 4, referido específicamente a la salud de la población, plantea: “Asegurar gradualmente a la población salvadoreña, el acceso y cobertura universal a servicios de salud de calidad”, considerándose un objetivo de desarrollo y de buen vivir.

Se definen para el período 4 estrategias, 23 Líneas de Acción y 4 Metas, las cuales serán retomadas en el presente plan estratégico del MINSAL.

La Reforma de Salud

A partir de Junio 2010, se inicia el proceso de reforma del sector salud, cuyo objetivo fundamental es lograr el acceso y la cobertura universal de los servicios de salud, definiéndose, estos como servicios integrales, abordándolos desde la determinación social de la salud.

Asume como estrategia global, la Promoción de la salud, para la cual se han establecido principios básicos y acciones.

Principios básicos para la promoción de la salud según la OMS

- Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Áreas de acción:

- Construir [políticas públicas](#) saludables. La salud debe formar parte de los temas y de la agenda política.
- Crear [ambientes que favorezcan la salud](#). Los medios ambientes físicos y sociales influyen en la salud.
- Reforzar la [acción comunitaria](#). La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas y proyectos.
- [Desarrollar habilidades personales](#). El aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, son aspectos relevantes, contribuyentes para el logro de la salud.
- Reorientar los [servicios de salud](#). Se debe poner énfasis en la atención médica preventiva y promotora en lugar de la atención médica curativa. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia atención promotora de la salud y a la atención primaria.

De acuerdo a lo planteado en el PQD, será la profundización de la reforma de salud, iniciada en el quinquenio 2009-2014 y, específicamente la profundización y fortalecimiento de cada uno de sus ejes lo que contribuirá en gran manera a avanzar en la resolución de los problemas de salud pública que se plantean abordar prioritariamente en el quinquenio.

Para su concreción, en el proceso de reforma del sector se asumen 10 ejes estratégicos de intervención.

Ejes Estratégicos de la Reforma

1. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
2. Sistema Nacional de Emergencias Médicas
3. Medicamentos y vacunas
4. Intra e intersectorialidad
5. Instituto Nacional de Salud
6. Foro Nacional de Salud
7. Recursos Humanos en Salud
8. Sistema Único de Información Estratégica
9. Determinantes de la violencia y su impacto en salud
10. Determinantes ambientales y salud

Modelos de Atención y Provisión de servicios de salud

Modelo de Atención

El modelo de atención del MINSAL está basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral (APSI), dirigido a la atención de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, incluye intervenciones de atención primaria, secundaria y terciaria (promoción y educación para la salud, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos).

Modelo de provisión de servicios de salud: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)

Las RIISS constituyen la herramienta del modelo de prestación de servicios del MINSAL y del sector, se definen como “una red de estructuras que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales, a una población definida en un territorio definido, que está dispuesta a rendir cuentas a la población, por los resultados obtenidos en la cantidad y calidad de los servicios prestados, la aplicación de fondos, así como del estado de salud de la población a la que sirve”.

Se trata de redes que prestan servicios de salud por niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel. El núcleo de atención del modelo y que constituyen la puerta de entrada al sistema son los denominados Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), equipos multidisciplinarios que llevan los servicios hasta la vivienda y la comunidad de los usuarios y usuarias. Existen además, los Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados) que complementan las acciones de los Ecos Familiares, garantizando la continuidad en el proceso de atención y mejorando la capacidad resolutoria de este nivel. Ambas estructuras constituyen el primer nivel de atención, el cual se integra a la red hospitalaria de 2do. y 3er. nivel a través de un sistema de referencia y retorno.

Atributos esenciales de las RIISS:

- Población y territorio a cargo, definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.
- El Primer Nivel de Atención Multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.

- Existencias de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
- Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- Participación social amplia.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
- Recursos Humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, que desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- Gestión basada en resultados.
- Financiamiento adecuado e incentivo financiero alineado con las metas de los planes quinquenales y anuales.

Con el funcionamiento óptimo de las RISS, se potenciará el continuo de la atención en una red integral e integrada de servicios de salud, que responda a los enfoques y complejidad de la atención, pretende corregir el actual modelo que se ha caracterizado por un traslape de intervenciones en los distintos niveles y una fragmentación en las intervenciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Se trata además de normar las intervenciones a ser realizadas en las RISS, haciéndolas extensivas al sector salud, rescatando así la función rectora del MINSAL.

El Sistema de Protección Social Universal

El Gobierno de la República presupone que, al asumir las diferencias de género y el ciclo de vida de las personas como variables sobre las que debe intervenir, el Sistema de Protección Social Universal contribuirá a la interrupción del círculo intergeneracional de la pobreza y hará posible el camino hacia el desarrollo inclusivo.

Este Sistema se cimienta en un enfoque de derechos, potencia el desarrollo humano y la gestión territorial, y propicia la participación activa de los gobiernos municipales y de la comunidad a fin de alcanzar las metas de los Objetivos del Milenio. Su propósito fundamental es apoyar las poblaciones de mayor vulnerabilidad, mediante un abordaje responsable y eficaz de las determinantes sociales e inequidades en salud.

Programa Comunidades Solidarias

El Programa establece cuatro ejes estratégicos, por medio de los cuales se aborda la determinación social de la salud integral de las personas:

- Capital humano (educación, nutrición, salud, prevención de la violencia, pensión básica),
- Infraestructura social básica,
- Generación de ingreso y desarrollo productivo, y,
- Gestión territorial.

Compromisos nacionales e internacionales

Igualmente, el PEI responde a los distintos convenios y tratados nacionales e internacionales, que en materia de salud integral ha suscrito el Ministerio de Salud y el Gobierno de El Salvador. Dentro de los más relevantes se encuentran los siguientes:

Nacionales

El MINSAL asume como compromisos nacionales, los aspectos referentes a la salud, establecidos en las políticas y leyes que constituyen el marco político/jurídico del presente plan estratégico.

Internacionales

En el ámbito internacional, el MINSAL asume los compromisos en materia de salud, contenidos en los acuerdos de las Cumbres, Asambleas Mundiales, Conferencias, Reuniones, Declaraciones y Planes mundiales, de las cuales el país es signatario.

Convención de los Derechos del Niño (CDN)

Adoptada en 1989 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, representa el marco internacional legal que establece de manera clara los derechos humanos de la niñez, tanto civiles, como económicos, sociales y culturales, los cuales contribuyen a su supervivencia y desarrollo integral. Una vez firmada, los países tienen la obligación de respetar los derechos de la niñez, promoverlos y garantizarlos bajo toda circunstancia y sin hacer ningún tipo de discriminación. El Salvador ratificó esta Convención en 1990.

Acuerdos de la Cumbre del Milenio, septiembre de 2000.

Los ODM son metas de alcance mundial, cuantificables y con un plazo establecido (2015), para luchar contra la pobreza extrema en sus múltiples dimensiones, al mismo tiempo que promueven la

igualdad de los géneros, la educación y la sostenibilidad ambiental. Tienen como base los derechos humanos fundamentales de la persona.

Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA 2001 (UNGASS por sus siglas en Inglés).

La declaración de compromisos por la lucha contra el VIH-Sida en la cual se establece una serie de resoluciones y recomendaciones programáticas y de política para ayudar a líderes locales, nacionales e internacionales en su abordaje del pandémico de VIH/SIDA de manera integrada, efectiva y justa.

El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada

La reunión realizada del 14 al 15 de junio del 2012 en Ciudad de Panamá, vinculó formalmente a las Américas con el movimiento mundial de “Una Promesa Renovada” para eliminar las defunciones materno infantiles prevenibles en el año 2035. El Plan de acción para todos los recién nacidos representa un consenso mundial referido a las acciones que deben emprenderse a fin de impulsar el progreso en materia de supervivencia neonatal.

Estrategia Mundial del Secretariado General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño: Todas las mujeres, todos los niños: del compromiso a la acción, y su continuación a partir de 2016.

La Estrategia Mundial se centra en las mujeres y los niños más vulnerables. Las embarazadas y los recién nacidos de las zonas más pobres del mundo corren mayor riesgo de muerte y lesión durante el parto y las primeras horas de vida y días siguientes. Los adolescentes también son vulnerables, por ejemplo a la violencia y a las infecciones de transmisión sexual, tales como el VIH/SIDA.

Todos los Recién Nacidos.

Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños del Secretario General de las Naciones Unidas y la iniciativa conexas Todas las mujeres, todos los niños, El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Convención CEDAW, (ONU, 1979)

La Convención tiene como finalidad eliminar efectivamente todas las formas de discriminación contra la mujer, obligando a los estados a reformar las leyes con tal fin y discutir sobre la discriminación en el mundo. También establece un programa de acción para poner fin a la discriminación por razón de sexo: Fue ratificada por El salvador el 7 de julio de 1981 y publicado en el Diario Oficial Tomo 271, del 6 de septiembre de 1981.

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.

El “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave” es un paso más para mejorar la salud de las mujeres, que contribuye indirectamente a los esfuerzos de los países para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM).

Plan mundial para el decenio de acción para la seguridad vial 2011 – 2020.

La finalidad general del Decenio es estabilizar y, posteriormente, reducir las cifras previstas de víctimas mortales en accidentes de tránsito en todo el mundo antes del 2020.

Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 y la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

El objetivo es poner en práctica los compromisos de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. El proyecto de plan de acción aporta una hoja de ruta para que la comunidad mundial pueda actuar de forma coordinada y coherente.

Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA.

Aprobada en la Nonagésima Quinta Sesión plenaria, el 10 de junio de 2011, de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ella se reafirma la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y la Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006, así como la urgente necesidad de aumentar significativamente los esfuerzos de los países para alcanzar el objetivo del acceso universal, a programas amplios de prevención y al tratamiento, la atención y el apoyo.

Convenios de la Organización Internacional del Trabajo sobre trabajo infantil incluyen la Convención No. 138, que fue adoptada en 1973, y la No. 182, adoptada en 1999.

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, el 26 de junio 1973, en su quincuagésima octava reunión resolvió que “Todo Miembro para el cual esté en vigor el presente Convenio se compromete a seguir una política nacional que asegure la abolición efectiva del trabajo de los niños y eleve progresivamente la edad mínima de admisión al empleo o al trabajo, a un nivel que haga posible el más completo desarrollo físico y mental de los menores.”

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, en 1995.

Celebrada en Beijing en 1995, es un punto de referencia para la difusión del conocimiento mundial sobre el tema de los derechos humanos de la mujer. En esta conferencia se toman acuerdos en materia de salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y derechos de los adolescentes a tener acceso a la información y a los servicios. Los gobiernos, incluyendo el de El Salvador, han convenido en evaluar periódicamente la aplicación de la plataforma de aplicación de Beijing. En la Plataforma de Acción de Beijing se contemplan 11 aspectos, siendo uno de ellos: La falta y el acceso desiguales a los sistemas de salud.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD).

En 1994 se celebró la que sería la última Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en la que se establecieron compromisos de los Estados, consistentes en incorporar acciones para prevenir el VIH-Sida, reducir su incidencia, proceder a su tratamiento y prevenir sus complicaciones. En esta reunión, se incorporó el concepto de salud reproductiva con una óptica más humana y equitativa.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la ONU.

Su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, de la OEA.

Cuyo objetivo es la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

Declaración de Antigua Guatemala, “Unidos para detener la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Centroamérica y República Dominicana”, del 23 de junio de 2011.

Su objetivo es fortalecer la respuesta a las enfermedades crónicas no transmisibles en la población centroamericana y de la República Dominicana, desarrollando estrategias que mejoren el acceso universal y disponibilidad de medicamentos para las ECNT en todos los niveles del sistema de salud, incorporando el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Declaración de San Salvador, “Abordaje integral de la enfermedad renal túbulo-intersticial crónica de Centroamérica (ERTCC) que afecta predominantemente a las comunidades agrícolas”, del 26 de abril de 2013.

Cuyo objetivo es reconocer el grave problema de salud pública ocasionado por esta enfermedad y fortalecer la respuesta a la epidemia de patología en la población de Centroamérica y República Dominicana, fundamentado en el compromiso de las autoridades de salud de la región con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al bienestar de las generaciones actuales y futuras.

Análisis de situación del país

Contexto de país.

El Salvador, se encuentra localizado en la región centroamericana, específicamente en la zona tórrida, al Norte de la línea Ecuatorial y al Oeste del Meridiano de Greenwich, entre los paralelos 13° 09' y 14° 27' Latitud Norte y los meridianos 87° 41' y 90° 08' Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich. Limita al Norte con la República de Honduras, al Sur con el Océano Pacífico (321 Km. de costa), al Este con la República de Honduras y la República de Nicaragua (Golfo de Fonseca de por medio), y al Oeste con la República de Guatemala.

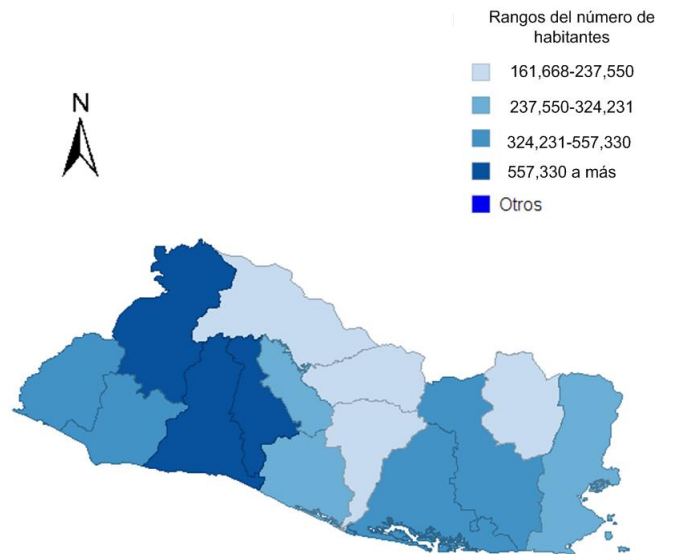
Posee una extensión territorial de 21,040 km², dividido administrativamente en 14 departamentos y 262 municipios. En este territorio viven 6, 290,420 personas, con una densidad población promedio de 299 habitantes por km², siendo el departamento de San Salvador el que presenta la mayor población (1,740,422 habitantes) y la mayor densidad poblacional (1,965 x Km²)

Tabla 1. El Salvador: Población y densidad, según departamento

| Departamento | Población Total | Extensión en Km ² | Hab. por Km ² |
|--------------|------------------|------------------------------|--------------------------|
| Total | 6,290,420 | 21,040.79 | 299 |
| San Salvador | 1,740,487 | 886.15 | 1,965 |
| La Libertad | 747,662 | 1,652.88 | 452 |
| Sonsonate | 463,739 | 1,225.77 | 378 |
| Cuscatlán | 252,528 | 756.19 | 334 |
| Santa Ana | 572,081 | 2,023.17 | 283 |
| Ahuachapán | 333,406 | 1,239.60 | 269 |
| La Paz | 328,221 | 1,223.61 | 268 |
| San Miguel | 478,792 | 2,077.10 | 231 |
| Usulután | 366,040 | 2,130.44 | 172 |
| Cabañas | 164,945 | 1,103.51 | 149 |
| San Vicente | 174,561 | 1,184.02 | 147 |
| Morazán | 199,519 | 1,447.43 | 138 |
| La Unión | 263,271 | 2,074.34 | 127 |
| Chalatenango | 204,808 | 2,016.58 | 102 |

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013

Mapa 1. El Salvador: Distribución espacial de la población.

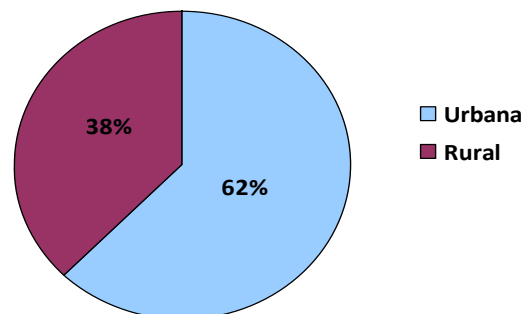


Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013.

Como puede apreciarse en el mapa No. 1, los departamentos con mayor población son San Salvador, La Libertad y Santa Ana y dentro de los que menos población presentan están Chalatenango, Morazán, Cabañas y San Vicente.

La población urbana constituye el 62.7% con una tasa de crecimiento de 12 puntos porcentuales, con respecto al censo de 1992, lo que expresa indicios de un proceso creciente de urbanización de los habitantes, motivado sobre todo, por la búsqueda de oportunidades laborales.

Gráfico 1. El Salvador: Distribución de la Población según área de residencia, EHPM - 2013



Condiciones demográficas

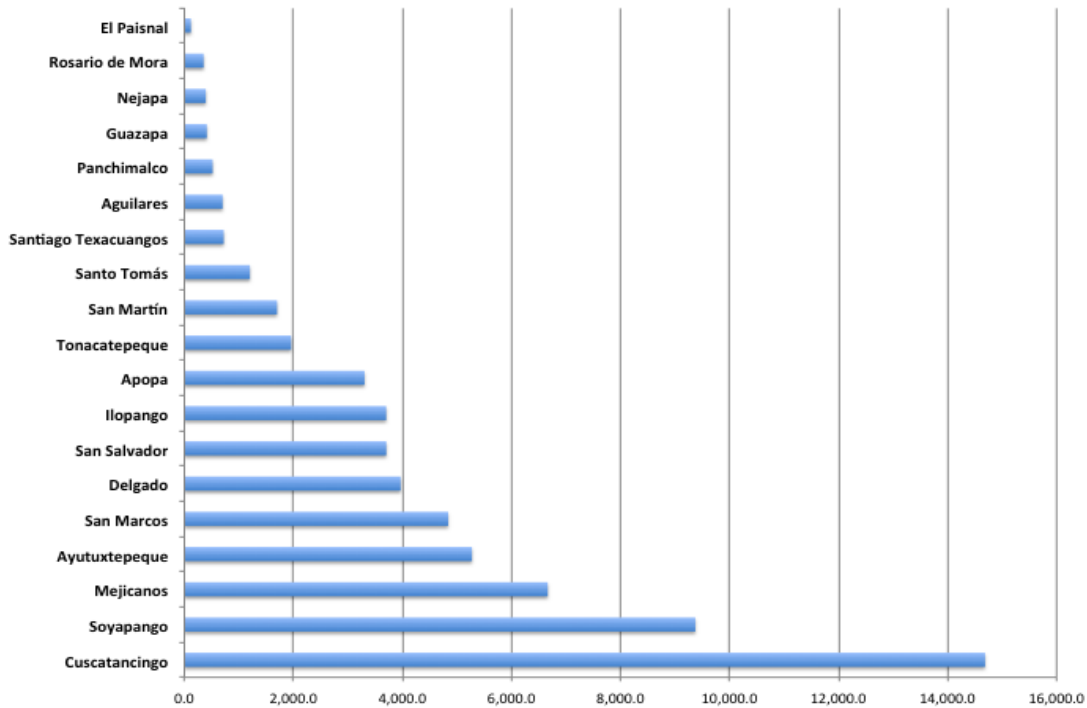
Según el último censo de 2007, la población salvadoreña presenta al menos tres características: incremento en el porcentaje de mujeres (52.7% contra 47.3%) sobre los hombres, situación que ha venido cambiando desde el censo de 1971, cuando el porcentaje de mujeres era del 50.4%. Esto representa un cambio en el índice de masculinidad de 89.9 lo que significa que por cada 90 hombres existen 100 mujeres. Otra característica de la población salvadoreña es que se trata fundamentalmente de jóvenes los que ocupan los segmentos más importantes. Los menores de 15 años representan el 33.9% de la población mientras que entre los 15 y los 64 años se encuentran el 59.3% de las personas que residen en país. Esta dimensión muestra una importante dualidad: por un lado se trata de una población joven con capacidad para impulsar la dinámica social y económica de la nación (bono poblacional), y por otra, constituye una presión al modelo económico en el sentido de desarrollar nuevas opciones laborales, más servicios, etc. La edad mediana es de 23.3 años, lo que indica que un 50% de la población tiene 23 años o más y el otro cincuenta por ciento posee menos de 23 años.

Con miras al futuro, se hace necesario reconocer la transformación demográfica de la población salvadoreña a fin de encaminar esfuerzos o programas que incorporen dichos cambios, entre ellos el crecimiento de la emigración internacional con la consiguiente desintegración familiar y aumento de poblaciones dependientes (niñez y tercera edad), la concentración y crecimiento de la población en las áreas urbanas, ya que según los censos de población desarrollados en el país, la cantidad de población que reside en la áreas urbanas en 2007, es 5 veces mayor que la que habitaba en estas áreas en 1950 (gráfico 2). Para 2013, la población en el área urbana fue de 62.2%; y, del área rural, 37.8%. Es importante mencionar, que la densidad demográfica de la población en el área metropolitana de San Salvador, para 2013, fue de 2,831 habitantes por Km², siendo los de más alta concentración los municipios de Cuscatancingo, Soyapango y Mejicanos, en ese orden de importancia.

Tabla 2. El Salvador: Densidad poblacional de los municipios del Departamento de San Salvador

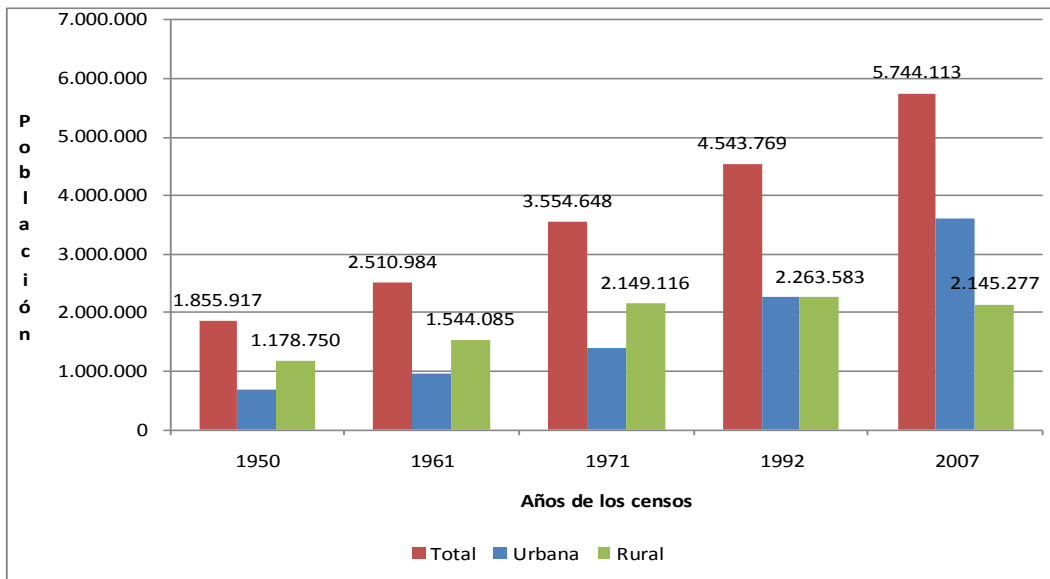
| | Población 2014 | Extensión Territorial (Km ²) | Hab. / Km ² |
|----------------------|----------------|--|------------------------|
| San Salvador | 267,631 | 72.25 | 3,704.2 |
| Aguilares | 23,665 | 33.72 | 701.8 |
| Apopa | 171,347 | 51.84 | 3,305.3 |
| Ayutuxtepeque | 44,365 | 8.41 | 5,275.3 |
| Cuscatancingo | 79,314 | 5.4 | 14,687.8 |
| Delgado | 128,607 | 32.42 | 3,966.9 |
| El Paisnal | 14,882 | 125.49 | 118.6 |
| Guazapa | 26,199 | 63.65 | 411.6 |
| Ilopango | 128,216 | 34.63 | 3,702.5 |
| Mejicanos | 147,433 | 22.12 | 6,665.1 |
| Nejapa | 32,754 | 83.36 | 392.9 |
| Panchimalco | 46,582 | 89.97 | 517.8 |
| Rosario de Mora | 13,845 | 39.23 | 352.9 |
| San Marcos | 71,182 | 14.71 | 4,839.0 |
| San Martín | 94,924 | 55.84 | 1,699.9 |
| Santiago Texacuangos | 22,010 | 30.52 | 721.2 |
| Santo Tomás | 29,239 | 24.32 | 1,202.3 |
| Soyapango | 278,569 | 29.72 | 9,373.1 |
| Tonacatepeque | 132,302 | 67.55 | 1,958.6 |

Densidad Poblacional municipios de San Salvador, 2014



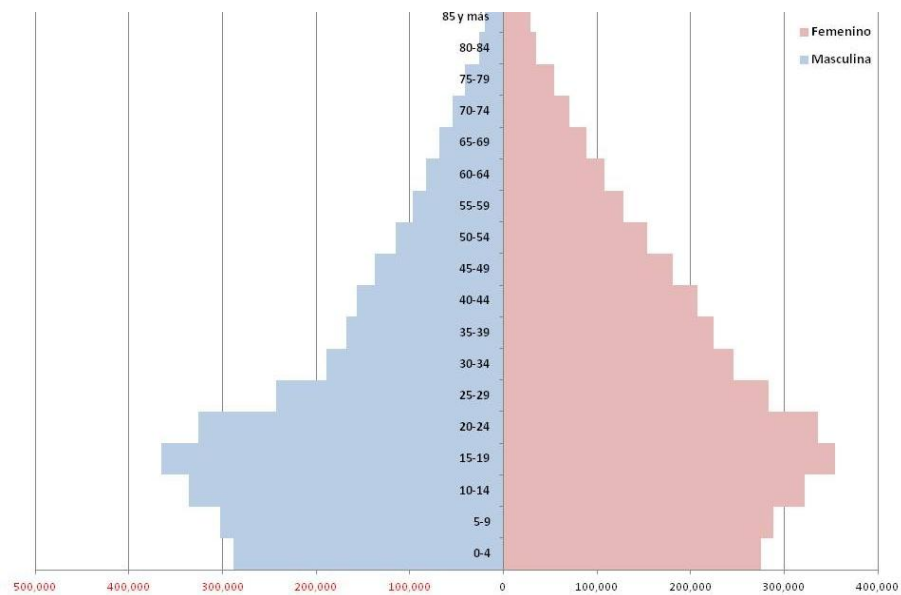
Fuente: El Salvador, VI Censo de Población y V de Vivienda, 2007; DIGESTYC.

Gráfico 2. El Salvador: Evolución de la población total, urbana y rural, en el período 1950 - 2007.



Fuente: El Salvador, transformaciones demográficas y sus implicaciones en las políticas públicas. Cuadernos Salvadoreños de Población 2. UNFPA

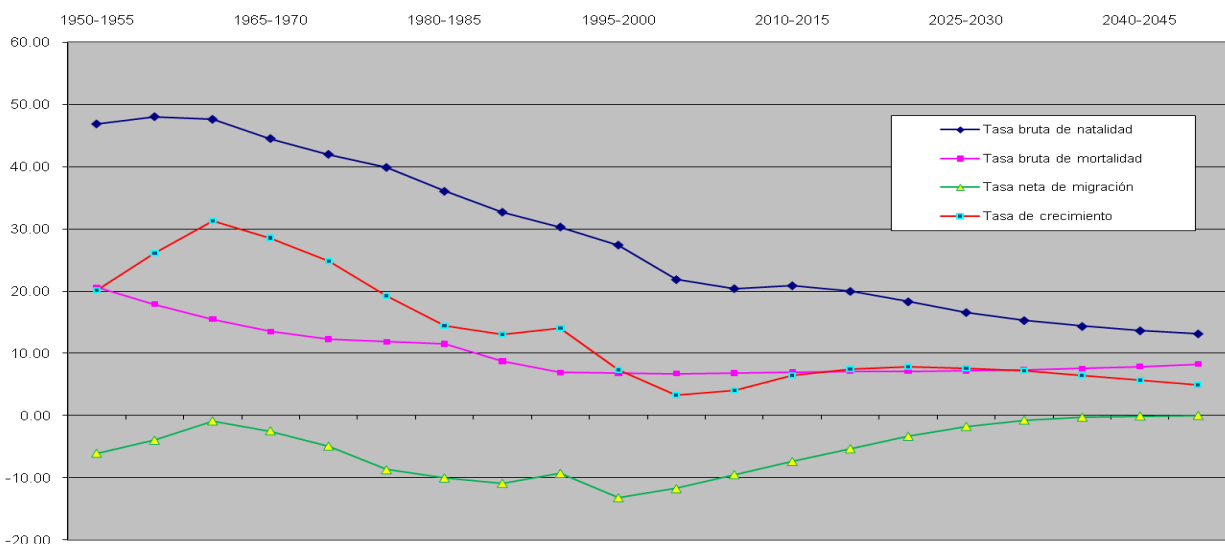
Gráfico 3. El Salvador: Pirámide poblacional año 2014.



Fuente: Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional 2005 – 2050 y Departamentales 2005 – 2025, Revisión 2014. DIGESTYC.

La base de la pirámide expone lo que ha acontecido en los 15 años que trascurrieron entre el censo 1992 y el de 2007: el grupo de edad más numeroso, el de 15 a 19 años, proviene de los nacimientos ocurridos entre 1992-1997, intervalo en el que se recuperó un poco la natalidad, posiblemente a consecuencia de la finalización de la guerra civil que motivó a que los nacimientos postergados por las parejas ocurrieran en dicho período.

Gráfico 4. Evolución de las tasas brutas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento 1950 – 2050.



Fuente: El Salvador, transformaciones demográficas y sus implicaciones en las políticas públicas. Cuadernos Salvadoreños de Población 2. UNFPA

La natalidad y mortalidad han experimentado un descenso progresivo considerable, tendiendo ambas a la meseta. La primera, como efecto del uso cada vez más frecuente de métodos de espaciamiento de los nacimientos, y la segunda, como efecto de las mejoras en los sistemas de salud, la adquisición de nuevas tecnologías y medicamentos, así como de una mayor educación en salud.

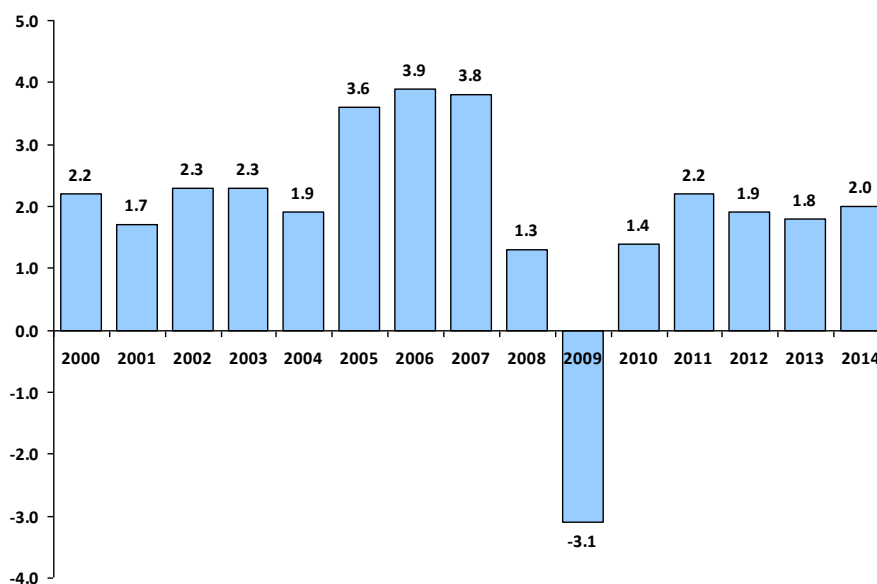
La migración ha mostrado un aumento progresivo, principalmente hacia los países de Norteamérica. Dicha tendencia se mantendrá, según las proyecciones, hasta el 2030, estabilizándose a partir de ese año. Esto puede constatarse en el gráfico 4.

Situación Económica

La imagen económica actual del país es posible estructurarla a partir de los siguientes factores: una crisis financiera internacional, la cual a partir de 2008 afectó al mundo y particularmente al principal socio comercial del país, como lo son los Estados Unidos de Norte América. Esta crisis para el país, se concretizó en una disminución de las exportaciones, de las remesas y una caída del crecimiento del Producto Interno Bruto entre otros. Mundialmente, en los países desarrollados, a partir de 2013/2014, esta crisis se ha ido revirtiendo progresivamente.

En lo que respecta al país, el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) a precios reales ha mostrado un comportamiento muy variable durante los últimos catorce años. Por ejemplo, en el año 2000, la tasa de crecimiento del PIB fue de 2.2%; experimentando la tasa más alta en el periodo en 2006 (3.9%). Sin embargo, en 2009, se experimentó una caída de 3.1% como resultado de la crisis mundial. Desde 2010, se han observado tasas positivas de crecimiento del PIB, como puede visualizarse en el gráfico 5.

Gráfico 5. EL Salvador: Evolución de la Tasa de Crecimiento del PIB Real: 2000-2014 (Porcentajes).



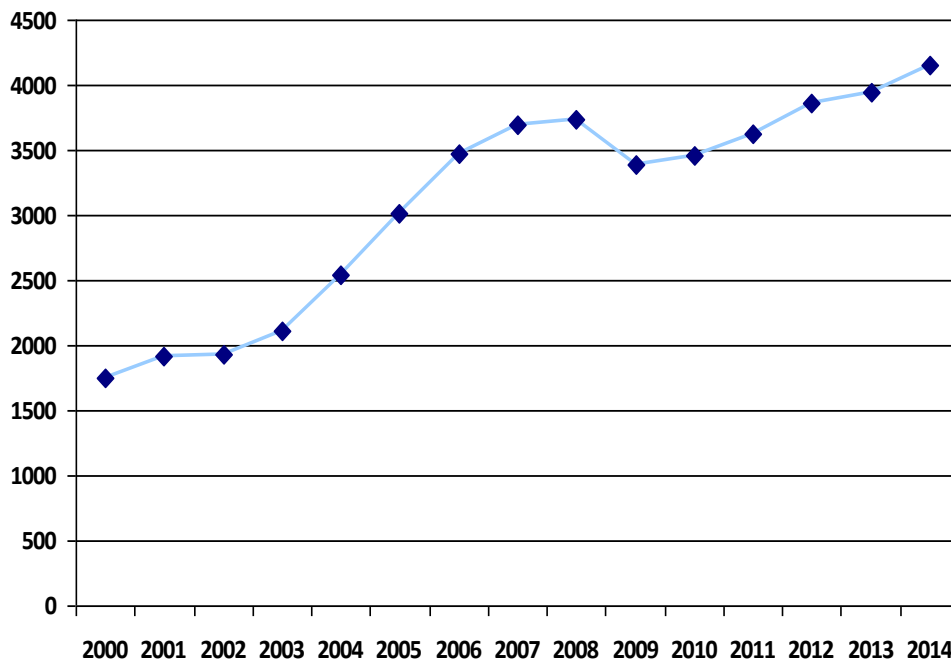
Fuente: Banco Central de Reserva. El Salvador

Remesas Familiares

Con respecto a las remesas familiares, éstas se han convertido en una fuente de ingresos económicos para muchas familias salvadoreñas; y, en uno de los factores asociados a la estabilidad macroeconómica del país. Esta es una condición de doble naturaleza, pues mientras la remesa, asociada a la migración, genera bienestar económico para el país e ingresos a las familias, al mismo tiempo representa un alto costo social por la desintegración familiar, el cambio de roles en las familias; y otros problemas relacionados.

En el gráfico 6 se presenta la evolución de las remesas familiares en El Salvador, durante el período 2000 a 2014. La información indica que éstas pasaron de US\$1,750.7, a US\$ 4,154.1 millones, es decir crecieron en un 137% en el período considerado. Para 2014, las remesas familiares representaron el 16.5% del PIB.

Gráfico 6. El Salvador: Evolución de las Remesas Familiares 2000-2014 (en millones de US \$).



Fuente: Banco Central de Reserva de El Salvador

Situación Social

La dinámica social se caracteriza, entre otros aspectos, por una creciente presencia del movimiento social en diferentes actividades del quehacer nacional y de forma particular en el área de la salud. En este campo se ha tenido un papel activo del Foro Nacional de Salud, espacio que ha sido aprovechado por las organizaciones de la sociedad civil, para expresar sus inquietudes, necesidades y derechos en

temas esenciales de salud. Esta fuerza social está generando sinergias que provocan la apertura de nuevos espacios de participación social y sus implicaciones conexas como la contraloría social y la incidencia en los aspectos que atañen a la salud de las personas.

Determinación Social de la salud

Revela las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia. La determinación social de la salud reconoce el fuerte vínculo de la ciencia y la política, y establece como propósito central de la investigación y de la acción, la transformación social¹. Es imprescindible e impostergable romper la asociación entre la vieja salud pública y el juego de la hegemonía, es decir, que se denuncie sin revelar; que se informe sin movilizar, y que se enfoque en factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas eco sociales con los que entran en una dinámica determinante. El punto medular aquí es la movilización para la transformación social.

Violencia Social. Inseguridad Ciudadana

Un aspecto que incide fuertemente dentro de la dinámica social del país y está teniendo fuerte incidencia en dificultar la provisión de servicios a la población ha sido el tema de la violencia y la inseguridad social la cual ha cobrado una singular importancia. De acuerdo al último Informe de Desarrollo Humano, para el 2013, en El Salvador la tasa de homicidios fue de 69.2 por cada 100,000 habitantes, convirtiéndose éste en uno de los principales problemas en esta área.² En la última década, El Salvador ha sido tipificado como uno de los países más violentos del mundo. La tasa de muertes por cada 100,000 habitantes experimentada en 2013, aunque considerada baja en promedio para la década, es seis veces la media mundial y supera en cuatro veces el parámetro establecido por la OMS, para considerar a la violencia una epidemia.

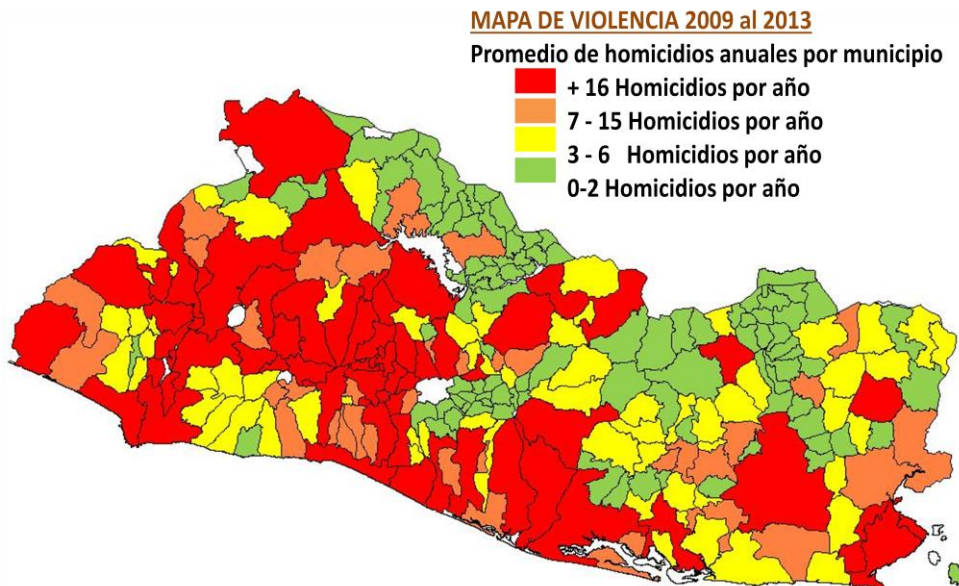
Por otro lado, la Violencia Intrafamiliar (VIF) es la que se produce mediante todo tipo de abuso físico, sexual o emocional y generalmente ocurre en el hogar. La VIF incluye los conceptos de violencia doméstica y de violencia de género. Se considera que el factor que más la fomenta es la cultura de subordinación de las mujeres, tradicionalmente restringidas al ámbito doméstico. El hecho de la cada vez mayor incorporación de la mujer al mercado del trabajo, sin una redistribución del trabajo doméstico, y la mayor autonomía de las mujeres asociada a tener ingresos propios y redes sociales más amplias, crea mayor tensión en la estructura familiar. Uno de los problemas identificados es que dicho proceso está

¹ Morales-Borrero, Carolina [et al]. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Revista de Salud Pública, Vol. 15, No. 6, 2013, pp. 797-808.

² Informe sobre Desarrollo Humano, 2013. El ascenso del Sur. PNUD.

generándose sin la respectiva adecuación de las relaciones de poder y de los estereotipos de masculinidad. A esto habrá que sumar otros factores desencadenantes de las agresiones a personas, como son el abuso de alcohol y problemas de salud mental. La VIF desencadena una considerable carga de enfermedades y muertes de mujeres (OMS, 2004). Diversos estudios en Latinoamérica estiman que las mujeres que sufren VIF utilizan más los servicios de emergencias y consulta ambulatoria de especialistas, exámenes y hospitalizaciones, tienen mayor probabilidad de presentar infecciones de transmisión sexual, presentan más embarazos no deseados, presentan más complicaciones en el parto y post parto, y experimentan las más altas tasas de depresión y de suicidio.

Mapa 2. El Salvador: Mapa de violencia del 2009 al 2013, promedio de homicidios anuales por municipio.

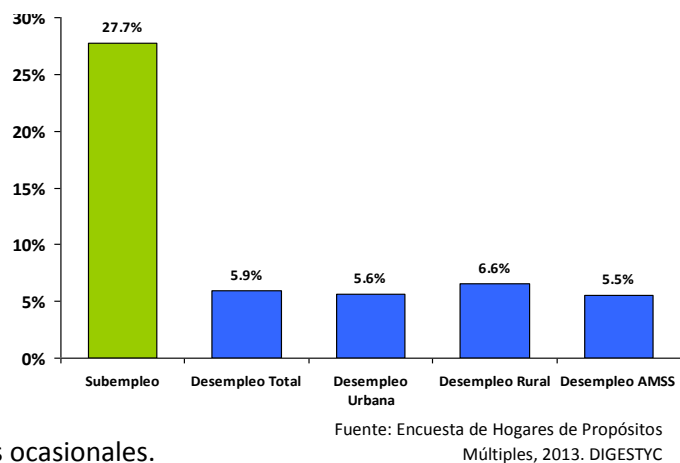


Desempleo y sub empleo

Una dimensión importante del análisis socio económico de un país, es su condición de subempleo y desempleo. En el Gráfico 7 se presentan ambas variables para 2013.

La información indica que la tasa de subempleo para 2013, fue de 27.7%, señalando casi una tercera parte de personas en edad económicamente activa (PEA) no tienen una plena integración al mercado laboral y lo hacen a partir de mecanismos como el auto empleo o actividades ocasionales.

Gráfico 7. El Salvador: Tasa de desempleo y subempleo, 2013.



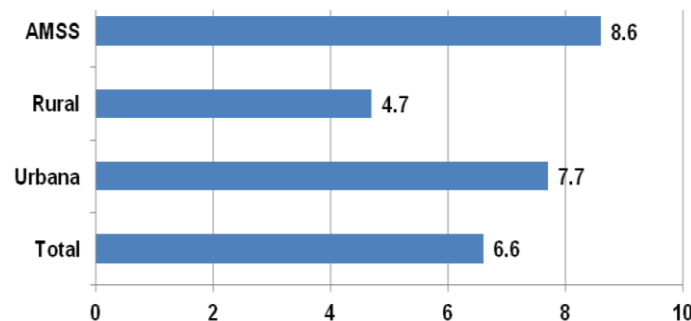
Por otra parte, el desempleo en el país para 2013, fue de 5.9% de la PEA (nivel nacional), siendo para el área urbana de 5.6% y para el área metropolitana de San Salvador de 5.5%. En el sector rural, dicha tasa se eleva al 6.6%. El problema más serio con esto último, es que al no contar con un empleo digno, tampoco se tiene acceso a servicios de salud del ISSS y a protección social en la vejez.

Escolaridad

En el ámbito de la educación formal, la EHPM 2013 reportó que hay aproximadamente 615,283 personas de 10 años y más que no saben leer ni escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de 11.8% a nivel nacional (refleja disminución de 0.6% en relación a EHPM 2012). De dicho porcentaje, el 7.3% lo constituyen las mujeres y el 4.5% los hombres. En el área urbana la tasa de analfabetismo es de 7.6%, compuesta por 5.2% de mujeres y 2.4% de hombres; en tanto que en el área rural, la tasa de analfabetismo es de 18.9%, ascendiendo a un 11.0% en las mujeres y a un 7.9% en los hombres.³

En relación a la escolaridad promedio, según área, en el gráfico 8 se presentan los indicadores para 2013. En términos generales, los años de escolaridad promedio de El Salvador son de 6.6, siendo en el área metropolitana de San Salvador de 8.6 años y de 7.7 años en el área urbana. El área rural sigue presentando rezagos en términos de años de escolaridad (4.7).

Gráfico 8. El Salvador: Escolaridad Promedio por área de residencia



Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013 Pobreza

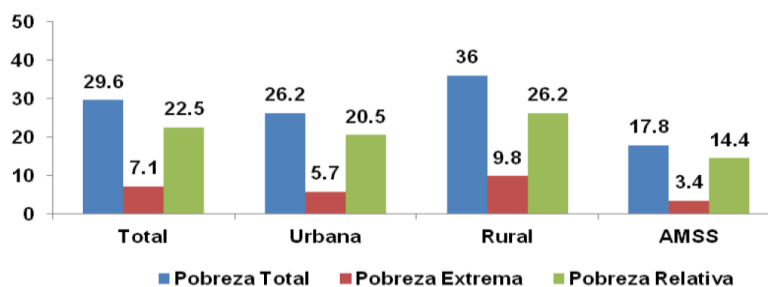
Pobreza

En términos generales, las condiciones socioeconómicas de los hogares salvadoreños ha mejorando durante los últimos años⁴. Como puede observarse en el gráfico 9, a nivel nacional el porcentaje de hogares en situación de pobreza, para 2013, era de 29.6%, siendo de 22.5% la proporción de hogares en situación de pobreza relativa y de 7.1%, los que se encuentran en situación de pobreza extrema. A nivel del área rural, la situación de pobreza se agudiza, siendo de 36% la proporción de hogares bajo la línea de pobreza y de 26.2% y de 9.8%, la proporción de los hogares en condición de pobreza relativa y extrema, respectivamente.

³ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013. DIGESTYC, El Salvador, 2014.

⁴ De acuerdo a la EHPM 2009, la proporción de hogares en situación de pobreza para dicho año fue de 37.8%.

Gráfico 9. El Salvador: Proporción de Hogares en Pobreza

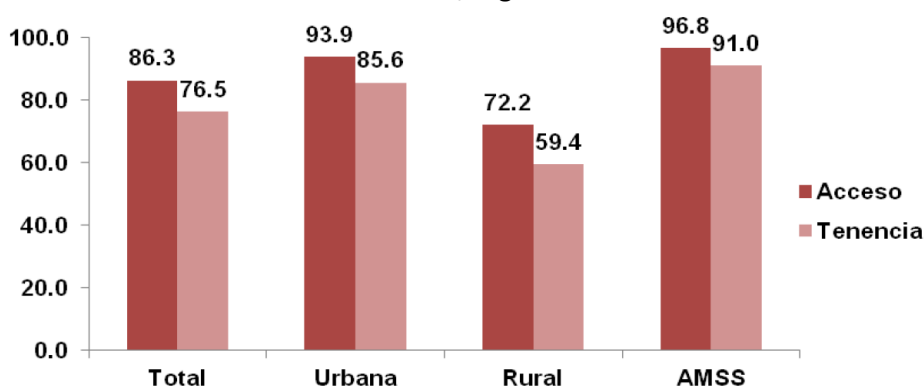


Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013.

Saneamiento Ambiental

El Salvador está incluido entre los primeros quince países más vulnerables del mundo frente al cambio climático (Germanwatch, 2015), con el puesto No. 12 y un índice de riesgo climático de 35.50, los efectos más determinantes para la situación de salud de la población, son los grandes problemas referidos a la vulnerabilidad ambiental y lo relacionado con el más importante de los servicios básicos y derecho humano: el acceso al agua. A nivel nacional, según hallazgos de la EHPM 2013, 86 de cada 100 hogares contaba con abastecimiento de agua por cañería (dentro y fuera de la vivienda, cañería del vecino, pila, chorro público o cantarera y chorro común). En el área urbana 94 de cada 100 hogares, tienen abastecimiento de agua por cañería en el área urbana, en tanto que solo 72 de cada 100 hogares, lo tienen en el área rural⁵. La constante sigue siendo el área rural, cuyas condiciones de acceso a agua, siguen revelando rezagos respecto al resto del país, como puede constatarse en el gráfico 10. La totalidad de hogares que tienen esta privación, así como aquellos a los que el agua llega solo algunos días y a ciertas horas, se ven forzados a acumular agua en recipientes y pilas, muchas veces sin poner en práctica las medidas para evitar criaderos de mosquitos, lo que trae consigo otros problemas de salud como el dengue y chickungunya, por ejemplo.

Gráfico 10. El Salvador: Porcentaje de hogares con acceso y tenencia de agua por cañería, según área.



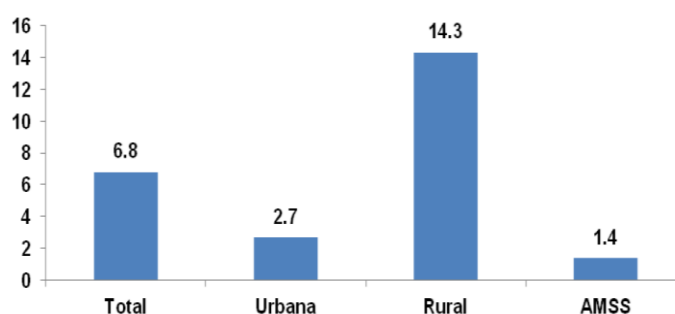
Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013

⁵ Atlas sociodemográfico, Censo 2007, El Salvador. DIGESTYC 2010.

Por otro lado, de acuerdo a lo encontrado en la EHPM 2013, en promedio nacional, alrededor de 7 hogares de cada 100 no cuentan con servicio sanitario. Sin embargo, al desagregarlo por área de residencia, en lo urbano 3 de cada 100 hogares no cuenta con dicho servicio, en tanto que en 14 de cada 100 hogares en el área rural no se cuenta con dicho servicio básico. Gráfico 11.

El panorama se complica aún más, cuando el 98% de las aguas residuales se descarga sin tratamiento alguno en los ríos, quebradas y otras fuentes de agua de todo el país. El Inventario de la Situación Actual de las Aguas Residuales Domésticas en El Salvador, elaborado por ANDA en 2003, muestra que de 243 ciudades con red de alcantarillado, sólo en tres se hacía tratamiento de agua residual.

Gráfico 11. El Salvador: Porcentaje de Hogares que no tienen servicio sanitario.



Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013

En cuanto a las condiciones de la vivienda de los hogares salvadoreños, tales como material de construcción, tipo de techo; y material de paredes y piso, en la Tabla No. 3 se presentan las existentes para 2013. Como puede apreciarse, la mayor parte de los hogares salvadoreños viven bajo techos de lámina metálica (623,635 hogares); elaboradas con paredes de concreto y mixto (1, 208,934 hogares); y, con un piso de ladrillo de cemento (715,465 hogares). Sin embargo, aún es significativo el número de hogares cuyas viviendas tienen un techo de barro-cemento, con paredes de lámina metálica y/o adobe y con un piso de cemento y/o tierra.

Tabla 3. Hogares en viviendas con materiales predominantes de construcción de techo, paredes y piso

| TECHO | | PAREDES | | PISO | |
|-----------------------------------|----------|------------------------|-----------|---------------------|----------|
| MATERIALES | CANTIDAD | MATERIALES | CANTIDAD | MATERIALES | CANTIDAD |
| Loza de Concreto | 42,604 | Concreto o Mixto | 1,208,934 | Ladrillo Cerámico | 241,628 |
| Teja de Barro- Cemento | 427,858 | Bahareque | 51,079 | Ladrillo de Cemento | 715,465 |
| Lámina de Asbesto o Fibra Cemento | 568,690 | Adobe | 261,004 | Ladrillo de Barro | 6,637 |
| Lámina Metálica | 623,635 | Madera | 25,672 | Cemento | 390,780 |
| Paja o Palma | 1,287 | Lámina Metálica | 97,389 | Tierra | 310,824 |
| Materiales de Desechos | 2,933 | Paja o Palma | 1,615 | Otro Material | 2,222 |
| Otro Material | 549 | Materiales de Desechos | 9,760 | | |
| | | Otro Material | 12,103 | | |

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013

Situación de Salud

Fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad, presentó un considerable descenso desde 6.3 hijos(as) por mujer en 1978, hasta 2.5 por mujer en 2008, de forma continua, aunque un poco más acelerado en la década previa a 2008, según hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2008). Para el año 2014 la tasa global de fecundidad de mujeres de 15 a 49 años es de 2.3 hijos por mujer, de acuerdo a los hallazgos hechos por la Encuesta Nacional de Salud (ENS/ MICS) 2014.

Morbilidad

En la tabla 4 se presentan las causas de morbilidad general en la red de establecimientos del MINSAL, para el año 2014. Como puede observarse, el comportamiento de las enfermedades es reflejo, en su mayoría, de la interacción de aspectos de la determinación social de la salud, entre otros: el acceso al agua potable, hacinamiento u otros factores propios de las viviendas; hábitos alimenticios inadecuados, aunados a problemas de higiene, factores culturales y educativos que afectan negativamente las condiciones de salud de la población salvadoreña, de tal manera que para el 2014, entre las primeras causas de morbilidad, continúan figurando las enfermedades infecciosas, además de una carga importante de las enfermedades crónicas y traumatismos.

Tabla 4. Principales Causas de Morbilidad General Registrada en la Red de Servicios del Ministerio de Salud, año 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 (B68-B71,B75,B77-B83) | 182,977 |
| 8 | Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09) | 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 en Línea (SIMMOW), 2014.

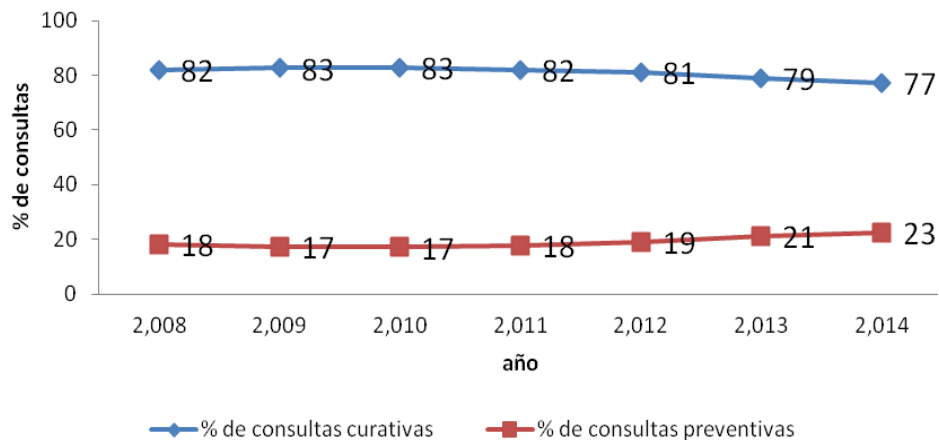
El comportamiento de la morbilidad en la población infantil menor de 10 años es de predominio de las enfermedades de las vías respiratorias superiores, enfermedades diarreicas y parasitarias y, por

supuesto, las afecciones asociadas al período perinatal, principalmente entre los menores de 1 año. En la población adolescente se presentan más frecuentemente, aparte de las enfermedades de las vías respiratorias superiores, las relacionadas con el sistema genitourinario, las lesiones de causa externa (incluido el envenenamiento autoinfligido) y el embarazo. Del total de casos de hipertensión arterial, el grupo poblacional de 20 a 59 años concentra el 54% de los casos y 45% en mayores de 60 años. En este último grupo etario, además de la hipertensión que es la primera causa de consulta, se presenta con mucha frecuencia la diabetes mellitus, las enfermedades de las vías respiratorias superiores y las relacionadas con el sistema genitourinario, en especial la insuficiencia renal crónica.

Atenciones Preventivas y curativas

En el siguiente gráfico puede observarse la tendencia entre las atenciones preventivas y las curativas en el período 2008-2014. Eso es así porque los énfasis de los servicios de salud continúan siendo en el área curativa. Sin embargo, a partir de la implementación de la Reforma de Salud en 2011, la tendencia es hacia un aumento sostenido de las intervenciones de carácter preventivo y una disminución sostenida de las intervenciones de carácter curativo.

Gráfico 12. Distribución porcentual de consulta preventiva y curativa, registrada en la red de servicios del Ministerio de Salud, 2008-2014.



Fuente: Sistema de Morbi mortalidad y hechos vitales Ministerio de Salud

Para incidir en el perfil epidemiológico y dar respuesta a las necesidades prioritarias de la población el Ministerio de Salud se ha enfocado más a la asistencia directa a la población. En la siguiente tabla se pueden observar los recursos y cobertura alcanzada.

Tabla 5. Indicadores de recursos humanos, acceso y cobertura de servicios.

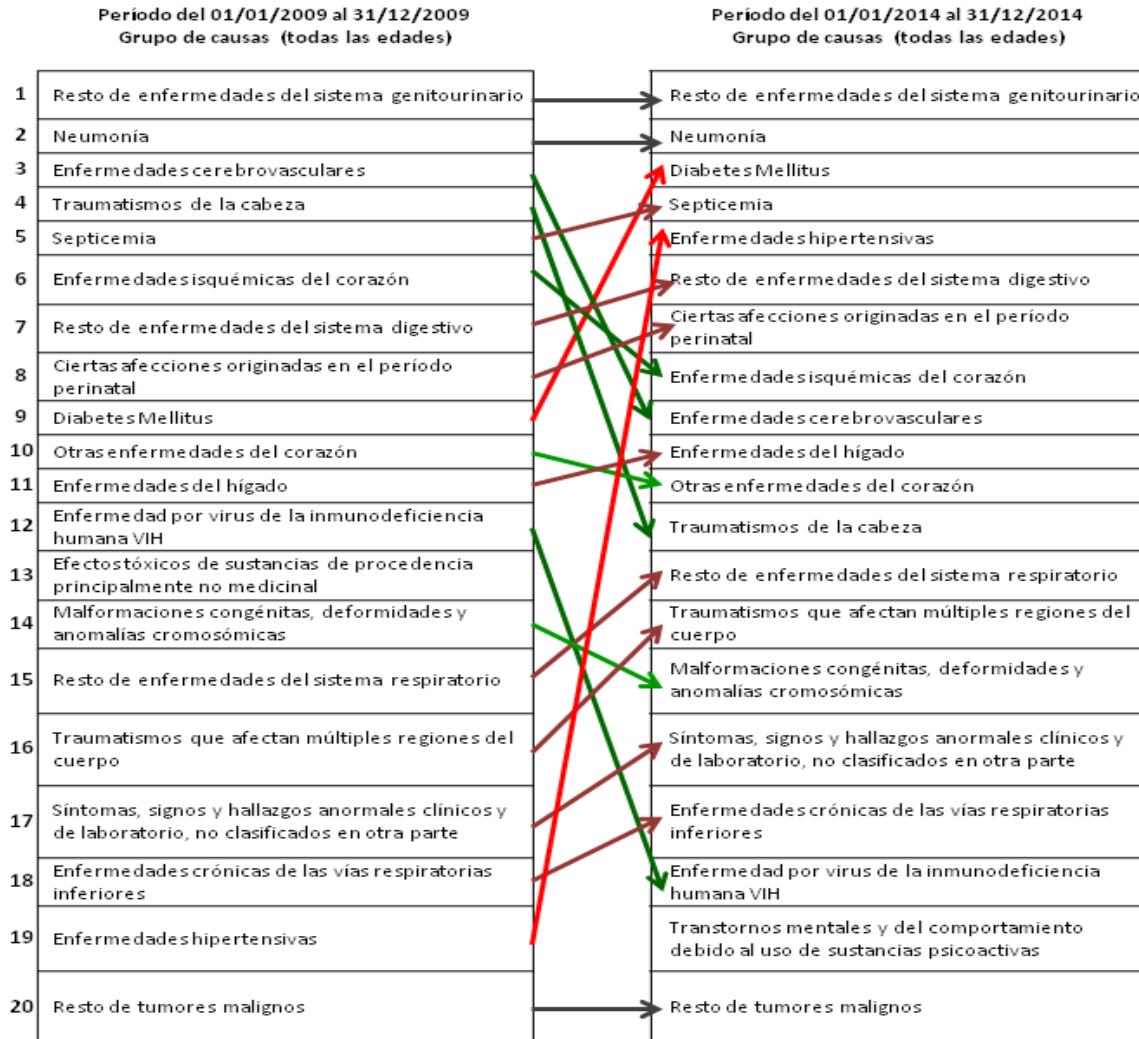
| Indicador | | Sistemas de información MINSAL | Encuesta Nacional de Salud 2014 |
|--|--|--------------------------------|---------------------------------|
| | | 2014 | |
| Recursos Humanos por 10,000 habitantes (indicadores básicos de salud OPS 2014) | Médicos | 23 | |
| | Enfermeras | 17.2 | |
| | Odontólogos | 8.3 | |
| Camas hospitalarias por 1,000 habitantes | Sector Público | 0.76 | |
| Número de atenciones ambulatorias | | 15,020,123 | |
| Número de egresos hospitalarios | | 394,766 | |
| Atención de salud por personal capacitado. Total Sector (proporción) | Inscripciones Maternas | 84.00% | |
| | Inscripción precoz | 77.10% | |
| | Concentración de atenciones maternas | 7 | |
| | Pentavalente 3a dosis Menores de un año | 93.50% | 92.2% |
| | Antipolio Polio 3a dosis Menores de un año | 93.00% | 89.10% |
| | BCG menores de un año | 84.60% | 97.70% |
| | Sarampión/SRP un año | 94.50% | 96.10% |
| Prevalencia de uso de anticonceptivos mujeres edad fértil | Todo método | | 72.0% |

Fuentes: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. OPS/OMS Indicadores Básicos de Salud, Mayo 2011

Mortalidad

En El Salvador, progresivamente se ha logrado un aumento de la esperanza de vida al nacer, estimándose para el 2014 en un promedio de 72 años: 74 años para mujeres y 68 para hombres. Esto, en buena medida, ha sido influenciado por una reducción muy importante de la mortalidad de menores de 5 años, pasando de una tasa de 54 X 1,000 n.v. en 1990 (línea de base para los ODM) a una tasa de 20 X 1,000 n.v., en el 2014.

Gráfico 13. El Salvador: Comportamiento nacional de la mortalidad general 2009 - 2014.



Mortalidad general hospitalaria.

En 2009 se registraron a nivel nacional 9,149 defunciones en los 30 hospitales nacionales, en tanto que para el 2014, se registraron 11,127 defunciones. El perfil de mortalidad se mantuvo con las mismas diez primeras causas: enfermedades del sistema circulatorio, en el primer lugar, seguido de Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; Enfermedades del sistema respiratorio, Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades del Sistema Digestivo, Tumores (neoplasias), Enfermedades del sistema genitourinario, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabolismo, Ciertas afecciones originadas en el período perinatal y Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Las mujeres mueren más por enfermedades del sistema circulatorio, Tumores (neoplasias) y Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabolismo, mientras

que los hombres mueren más por Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, Enfermedades del sistema genitourinario y Enfermedades del Sistema Digestivo.

Las personas adultas mayores mueren principalmente debido a diabetes, Enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebro vasculares, Enfermedades isquémicas del corazón.

Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) causan la muerte a más de 36 millones de personas cada año, y más de 9 millones de estas muertes ocurren en personas menores de 60 años de edad, con el agravante que el 90% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Estas enfermedades tienen en común cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas inapropiadas.

La enfermedad renal crónica y la neumonía no variaron su comportamiento de 2009 a 2014. Mientras la ERC afecta a personas de las edades medias (40 – 60 años), la segunda ocurre con más frecuencia en los extremos del ciclo vital. Pero el panorama es alarmante para la Diabetes Mellitus que del noveno lugar que ocupaba en 2009 pasó al tercer lugar en 2014, y más aún el caso de las enfermedades hipertensivas que del lugar No. 19 pasó al lugar No. 4, como causa de muerte. En contraste, el VIH tuvo una caída del décimo segundo al décimo octavo lugar. Otras que se comportaron a la baja son las enfermedades cerebro vasculares y los traumatismos de la cabeza.

De acuerdo a la información del sistema institucional, el cáncer como causa de muerte no ha presentado variaciones y continúa en el lugar No. 20. Es un hecho que el subregistro de estas patologías, profundizado por la aún escasa oferta de métodos de diagnóstico, es un serio problema que debe ser superado al más corto plazo para ser más efectivos en su combate. En este sentido, el cáncer cérvico uterino cuenta con mejores perspectivas por la facilidad para su identificación temprana y tratamiento oportuno.

Las enfermedades crónicas no transmisibles están entre los problemas de salud pública más comunes y de más alto costo para las familias y los servicios de salud. No obstante, también están entre las más fáciles de prevenir, debido a que en su mayoría están relacionadas con estilos de vida y otros factores físicos y sociales. Esto debe motivar a que las y los trabajadores de salud prioricen acciones relacionadas con la promoción de prácticas saludables. El tratamiento, además de costoso, es de difícil adherencia no solo a los medicamentos sino a las conductas saludables que deben ponerse en práctica para no llegar a complicaciones como los accidentes cerebro vasculares y amputaciones de extremidades, por mencionar algunas. Los más de 3,500 Promotores de Salud a nivel nacional, podrían ayudar a hacer la diferencia si se involucran de lleno a trabajar en esos dos aspectos, que no tienen complejidad clínica, pero sí un gran impacto en términos de cambio de comportamiento.

Factores de riesgo asociados a las ECNT son: el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Al momento, en El Salvador se está recopilando evidencia sobre estos factores de riesgo y su impacto en la salud de las personas, por medio de una encuesta poblacional de carácter nacional. Se espera que en el transcurso de 2015 se tengan datos preliminares en relación a dicha situación y sobre esa base tomar las acciones pertinentes.

La mortalidad por lesiones de causa externa (incluye traumatismos, envenenamientos y otros) cobra un especial interés dado su impacto en el presupuesto de la red de hospitales del MINSAL, así como en la economía de las familias (principalmente en aquellas en que la persona fallecida por dichas causas era la proveedora de ingresos). Durante 2014 ocurrieron 1,298, siendo la primera causa los accidentes de tránsito que de 389; las agresiones (violencia social) la segunda causa con 305 casos y la tercera causa la representan las caídas con 230 casos, ocurridas principalmente en adultos mayores, lo que llama la atención hacia mejorar el cuidado de las personas adultas mayores y a tomar medidas para prevenir accidentes en este grupo etario. El MINSAL tiene el compromiso de disminuir las muertes por lesiones de causa externa asociadas a los accidentes automovilísticos al 50% para el año 2020.

VIH y tuberculosis.

En 2013 hubo 1,445 nuevos casos de VIH, en tanto que de Tuberculosis (todas las formas) se presentaron 2,129 casos. Para el caso de la Tuberculosis, en los municipios con mayor vulnerabilidad continúa operando un programa de promotores dedicados 100% al control de esta enfermedad.

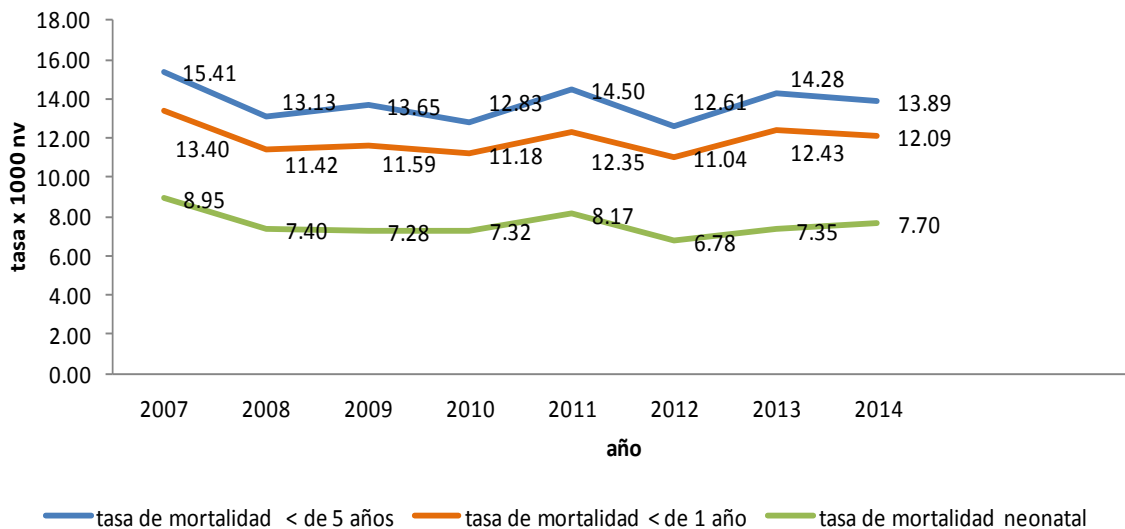
En cuanto a la enfermedad de Chagas, se reportó una incidencia de 0.29 por 100,000 habitantes, encontrándose además una seroprevalencia en donadores de sangre correspondiente a 1.51% en tanto que la seroprevalencia para Sífilis fue de 0.75% y la de VIH fue de 0.05%. Esto significa que por cada donante infectado con VIH, hay 15 donantes que están infectados con el *Treponema pallidum* y 30 lo están con el *Tripanosoma Cruzi*. Es importante destacar que desde 2013, ya no se sigue reportando más la seroprevalencia, un dato que resulta más útil que el de casos nuevos debido a problemas de subregistro. En todo caso, en base a la escasa información que se tiene respecto del problema del Chagas, en vista que la literatura médica relaciona fuertemente la enfermedad de Chagas con las enfermedades isquémicas del corazón, es urgente profundizar más en el estudio de esa asociación a fin de tomar las medidas que se precisen.

Mortalidad neonatal, infantil y de menores de 5 años

Para efecto del análisis de la mortalidad neonatal, infantil y de menores de 5 años, el MINSAL cuenta tanto con datos institucionales (muertes ocurridas en hospitales del MINSAL), como con datos de encuestas nacionales, siendo la más reciente la Encuesta Nacional de Salud MICS realizada en 2014, cuyos datos han sido publicados en abril de 2015.

Según registros de mortalidad de la red de hospitales del MINSAL, la tasa de mortalidad en el menor de 5 años presenta una reducción progresiva en el periodo del 2007-2014 Sin embargo la mortalidad en el período neonatal mostró una tendencia al incremento, llegando en 2014 a 7.7 por 1,000 n.v., tal como puede observarse en el Gráfico 14.

Gráfico 14. Tasa de Mortalidad hospitalaria Neonatal, Infantil y menores de cinco años, 2007-2014.



Fuente: Sistema de Morbi mortalidad y hechos vitales MINSAL.

Según estadísticas del Ministerio de Salud, más del 95% de las causas de muerte neonatal corresponden a afecciones originadas en el periodo perinatal (entre las principales se encuentra la prematuridad, la sepsis bacteriana de recién nacido, asfixia y las malformaciones congénitas).

Para el año 2014 se registró un total de 1,162 muertes de niños y niñas menores de 5 años, de éstas el 87% (1,011) ocurrieron en menores de 1 año; y, de los menores de 1 año, el 64% (644) ocurrió en el período neonatal.

Para ese año, 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.

En el menor de 5 años se agrega la desnutrición proteica calórica y los tumores malignos, además de continuar figurando la diarrea y la neumonía con un 4.3 % y 5.3% respectivamente.

Tabla 6. El Salvador: mortalidad en población menor de 5 años.

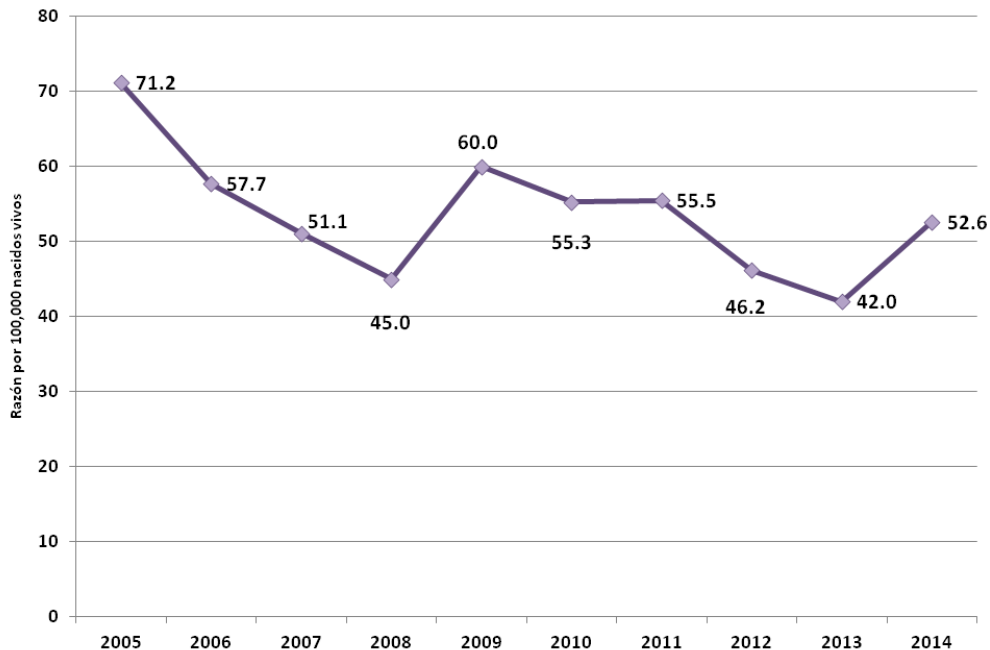
| Indicador | Resultado MICS 2014 |
|---|---------------------|
| Tasa de mortalidad neonatal | 11 X 1000 NV |
| Tasa de mortalidad infantil (menor de 1 año) | 17 X 1000 NV |
| Tasa de mortalidad niños/as menores de 5 años | 20 X 1000 NV |

Fuente: Encuesta nacional de Salud 2014

Mortalidad materna

La mortalidad materna también ha sufrido una drástica reducción pasando de 110 X 100,000 n.v. en 1990 (línea de base de los ODM), a 71.2 X 100,000 n.v. en 2005 (línea de base mortalidad materna en El Salvador/método RAMOS. Junio 2005-mayo 2006), a 52.6 x 100,000 n.v. en el 2014.

Gráfico 15. Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna, 2005-2014.



Fuente: SIMMOW y VIGEPES, 2005 al 2014

El 65% de las muertes maternas ocurridas en 2014, se concentró en el grupo de mujeres de 15 a 29 años; y el 70% de los casos se clasificaron como prevenibles durante las auditorías. El 85% fueron clasificadas como demora 3, es decir, que las deficiencias en el manejo fueron hospitalarias. Las muertes maternas siguen ocurriendo más frecuentemente en mujeres del área rural y están relacionadas con hipertensión asociada al embarazo, hemorragia post parto y sepsis. También ocurren por causas indirectas tales como las lesiones autoinfligidas (auto envenenamientos), cardiopatías y diabetes. Si bien la meta con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de reducir la mortalidad

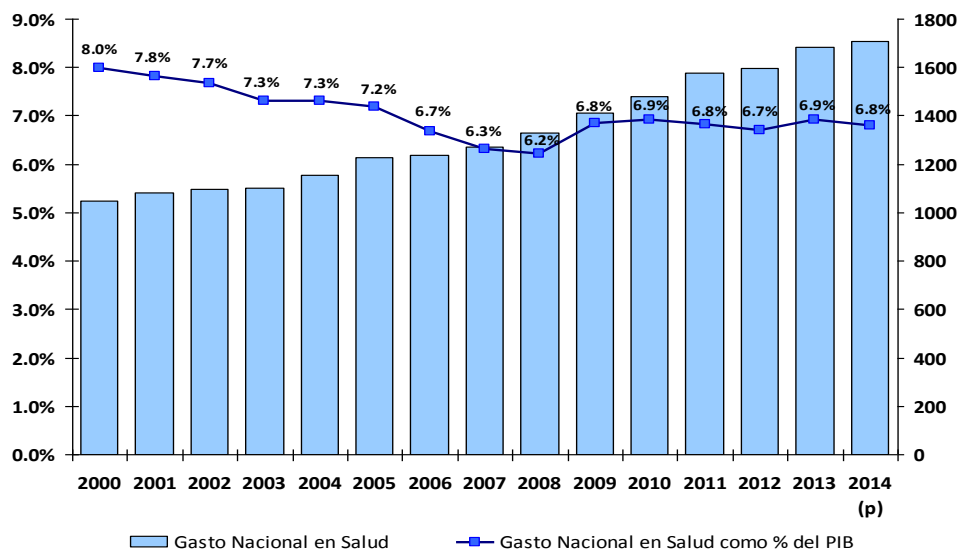
materna a 52.9 por 100.000 n.v. se ha alcanzado antes de 2015 y se mantiene hasta la fecha, se deben incrementar acciones para consolidar dicho logro y reducirlo a su más mínimo nivel.

Gasto Nacional en Salud (GNS)

El Gasto Nacional de Salud (cuyo valor incluye tanto el gasto público como el gasto privado en salud), de acuerdo a las Cuentas en Salud⁶ pasó de US\$ 1,048.7 millones en el año 2000 a US\$ 1,708.4 millones en 2014 (cifras preliminares), es decir que en un periodo de 14 años, se incrementó en un 63%.

En términos del PIB, el GNS de representar el 8.0% en 2000, pasó al 6.8% en 2014. Tal condición se explica por las diferencias en las tasas de crecimiento de ambas variables, lo que afecta el resultado del indicador GNS/PIB.

Gráfico 16. Gasto Nacional en Salud en Millones de Dólares y como porcentaje del PIB (2000 - 2014).



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

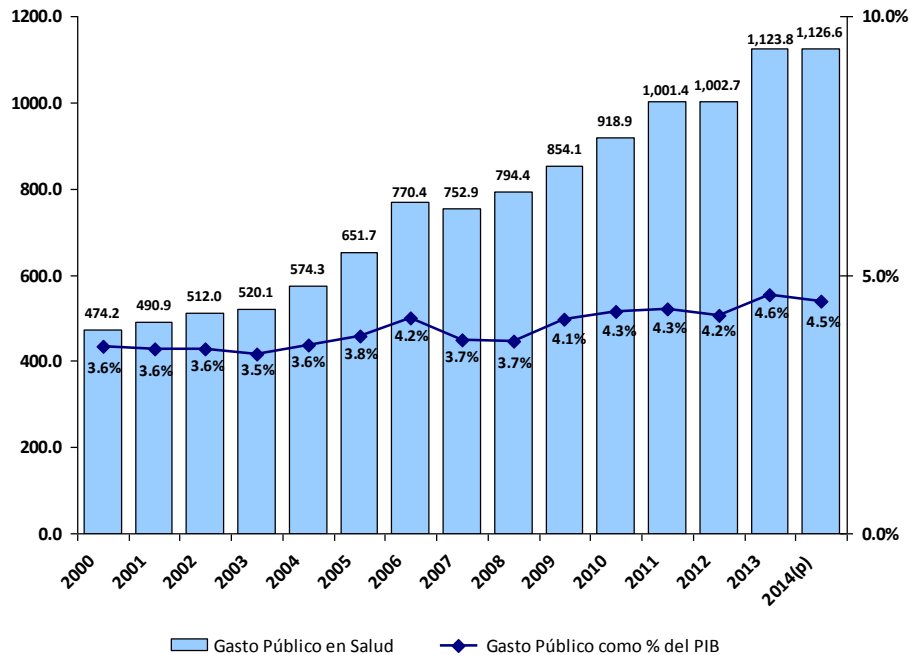
En lo que respecta al Gasto Público en Salud (GPuBS) que es la agregación de las erogaciones en salud ejercidas por las entidades públicas que brindan atenciones de salud y/o regulan las prestaciones⁷, la información disponible indica que éste presenta una tendencia incremental. De hecho durante el período 2000-2014, el GPuBS creció en un 138%, pasando de US\$ 474.2 (2000), a US\$1,126.6 millones

⁶ Las Cuentas en Salud son producidas desde 1996 por el MINSAL, en la Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación. El Salvador es, por tanto, uno de los países con más trayectoria en América Latina y el Caribe de producción regular de dichas estadísticas, cuya estimación se basa en la metodología de OMS/OPS.

⁷ Dentro del Gasto incluye los gastos del MINSAL y entidades adscritas (FOSALUD, HOSPITALES, CRS, ISRI y Hogar de Ancianos), ISSS, ISBM, COSAM, CSSP, CEFAFA; y a partir de 2006 los gastos en salud ejercidos por los gobiernos municipales, otros ministerios y empresas paraestatales.

(2014), representando del PIB, para 2014, el 4.5%, equivalentes a 66% del GNS del país, según cifras preliminares.

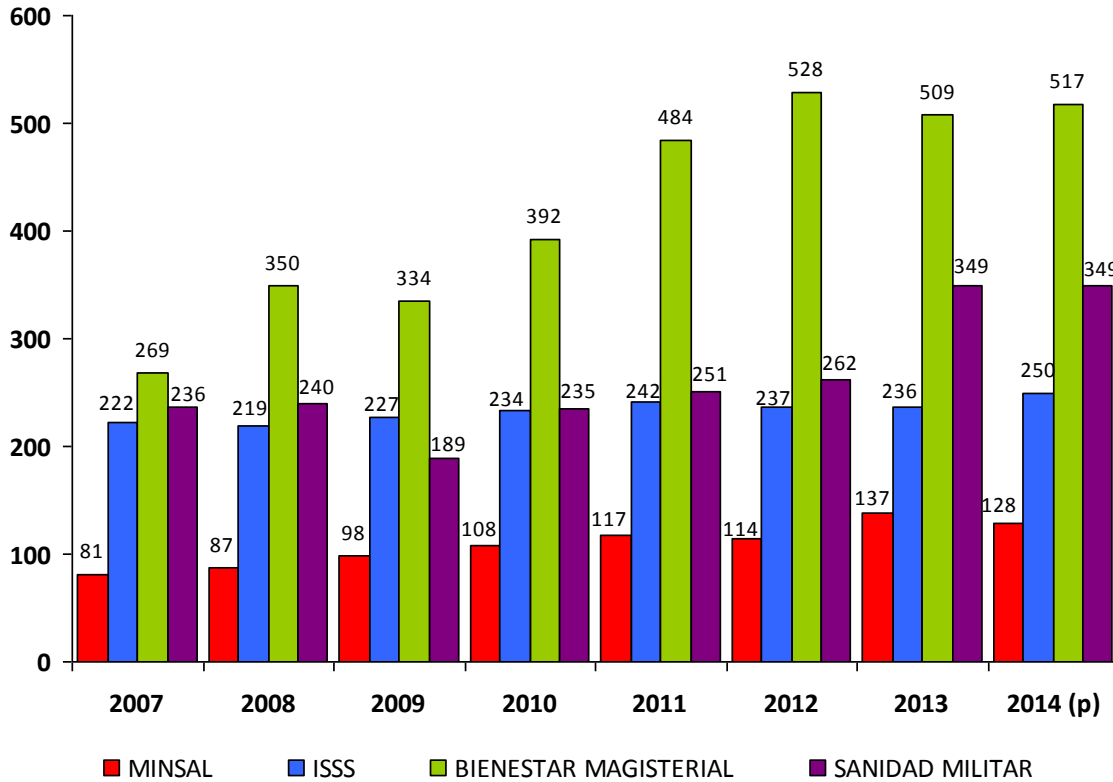
Gráfico 17. Gasto Público en salud a precios corrientes 2000– 2014(En Millones de US \$).



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

En cuanto al indicador del gasto per cápita institucional en salud (inversión por persona al año, según cada institución), se evidencian desigualdades en la distribución de los recursos del componente público (Gráfico 18).

Gráfico 18. Gasto Per Cápita Institucional en Salud 2007 - 2014 (En US \$).



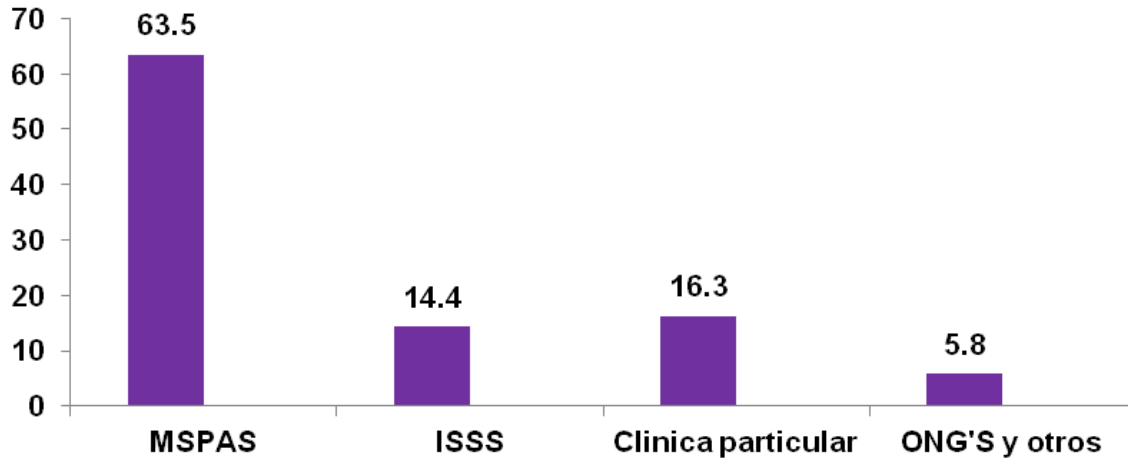
Fuente: Estimación de Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL

Como puede observarse, el gasto per cápita para el MINSAL, continua siendo el más bajo de todas las instituciones del sector salud, esto a pesar que en el último quinquenio el presupuesto del MINSAL ha ido progresivamente en aumento, lo cual no ha influenciado sustancialmente el gasto per cápita debido a una mayor demanda de la población al MINSAL, a raíz de la gratuidad de los servicio a partir del 2009.

Se requiere un gasto per cápita para cada institución más equilibrado (progresivamente), acorde al tamaño de la población atendida.

En el gráfico 19, podemos constatar que de las instituciones del sector, es el MINSAL el que mayoritariamente atiende a la población. En términos de la demanda atendida de la población que se enfermó o accidentó, por tipo de entidad, se presenta el porcentaje atendido en el MINSAL, ISSS, clínicas particulares y organizaciones no gubernamentales, para 2013. La información revela que el MINSAL atendió al 63.5% de la población que se enfermó o accidentó ese año; siendo las clínicas particulares las que atendieron al 16.3%. Entre el ISSS y las ONG's, atendieron al restante 22%.

Gráfico 19. El Salvador: Población que se enfermó, porcentaje según el lugar donde pasó consulta. EHPM – 2013.



Fuente: Encuesta Hogares de Propósitos Múltiples 2013

Pensamiento estratégico

Misión

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

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

Valores

- Ética
- Transparencia
- Compromiso
- Calidez
- Solidaridad
- Equidad
- Probidad
- Inclusión

Enfoques

- Derechos Humanos y protección social
- Equidad de género
- Inclusión Social (interculturalidad, pueblos indígenas, inmigrantes, diversidad sexual)
- Curso de vida
- Continuo de la Atención
- Territorio y población
- Estratificación
- Gratuidad
- Progresividad y gradualidad

Enfoques transversales

- Derechos humanos
- Curso de vida
- Género

Poblaciones prioritarias a atender

- Primera Infancia
- Niñez y adolescencia
- Mujeres
- Personas adultas mayores
- Personas de Pueblos indígenas
- Personas con discapacidad

Objetivos estratégicos

OE.1 Profundizar el proceso de reforma de salud iniciado durante el quinquenio 2009-2014, con el objetivo de continuar avanzando hacia la cobertura y acceso universal de los servicios de salud.

OE.2 Avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con enfoque de derechos.

OE.3 Ampliar progresivamente, a través de la red integrada e integral del sistema de salud (RIISS), la cobertura de salud a toda la población, así como la prestación integral de los servicios de salud en forma oportuna, haciéndolos accesibles, asequibles, eficaces y de calidad y asegurar a la población medicamentos de calidad en forma oportuna.

OE.4 Fortalecer las capacidades del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos.

OE.5. Desarrollar en el MINSAL capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos.

OE.6. Fortalecer el Instituto Nacional de Salud (INS), para que ejerza la rectoría de la investigación científica en salud y de la formación continua del talento humano en salud.

OE. 7. Promover y realizar investigación científica en salud de acuerdo al perfil epidemiológico del país.

OE.8. Fortalecer la formación/educación continua del personal de salud, a través de la Escuela de Gobierno en Salud.

OE.9. Fortalecer la capacidad normativa, de investigación y vigilancia en salud y de control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia.

OE.10. Consolidar el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud.

OE.11 Contar con información que permita georeferenciar las inequidades en salud.

OE.12. Fortalecer la participación y contraloría de la ciudadanía para asegurar la calidad y la calidez de los servicios de salud.

O.E.13. Fortalecer al MINSAL para ejercer las Funciones de la Salud Pública.

Metas estratégicas

El MINSAL asume como metas estratégicas, las metas que para el sector se plantean en el PQD 2014-2019, para el quinquenio:

- Lograr una razón de mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos.
- Mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por mil nacidos vivos.
- Mantener la cobertura de vacunación del programa nacional de inmunizaciones entre el 90 y el 95%.
- 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 permitan alcanzar las metas quinquenales

Programación estratégica

En la Programación estratégica serán alineados (integrados), las estrategias y lineamientos del PQD, las proyecciones y brechas identificadas en la implementación de los ejes de la Reforma de salud, los atributos de la RISS y los avances del proceso de la formulación del “Presupuesto por Resultados” (Ministerio de Hacienda).

Ejes, objetivos, resultados y acciones estratégicas

Eje Estratégico 1, Reforma de salud

O.E.1.1. Profundizar el proceso de Reforma de Salud, iniciado el quinquenio 2009-2014 con el objetivo de continuar avanzando hacia la cobertura universal de los servicios de salud (PQD).

R.E.1.1.1. El marco político/jurídico que sustenta el proceso de reforma y viabiliza la rectoría del MINSAL establecido y aplicándose.

A.E.1.1.1.1. Formulación e implementación del marco político/jurídico de la reforma de salud.

R.E.1.1.2. Sostenibilidad financiera del proceso de reforma, garantizado.

A.E.1.1.2.1. Gestión a nivel nacional e internacional del incremento progresivo del presupuesto del MINSAL para fortalecer la reforma de salud.

R.E.1.1.3. La población a nivel nacional beneficiándose del modelo de provisión de servicios (RISS), que se está implementando en el proceso de reforma.

A.E.1.1.3.1. Revisión/actualización e implantación progresiva del modelo de prestación de servicios (80% de los municipios).

A.E.1.1.3.2. Gestión del involucramiento de las instituciones del sector salud, en el desarrollo del modelo de prestación de servicios. Integración en las RISS.

Eje Estratégico 2, Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

O.E.2.1. Avanzar en la Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con enfoque de derechos.

R.2.1.1. El marco político/ jurídico que viabiliza la integración del SNIS y el ejercicio del MINSAL como su ente rector, ha sido establecido y está operando.

A.E.2.1.1.1. Revisión del marco jurídico de las instituciones del sector salud para la formulación e implementación del marco político/jurídico del Sistema Nacional Integrado de Salud.

R.2.1.2. El marco normativo y de procedimientos para la atención a la persona en el curso de vida a ser implementado en el SNIS, armonizado y operando.

A.E.2.1.2.1. Formulación del marco de normas y procedimientos a ser aplicados en las diversas instituciones del SNIS.

R.2.1.3. Sistema Único de Información de Salud (SUIS), estandarizado, integrado y operando.

A.2.1.3.1. Estandarización e integración del Sistema único de Información en Salud en las entidades del sector, mediante la conformación de una subcomisión del Consejo Directivo del SNIS.

R.2.1.4. Instituciones del sector contribuyendo conjuntamente (de acuerdo a su capacidad instalada), a la formación de médicos(as) especialistas y sub especialistas (Residencias conjuntas).

A.2.1.4.1. Ejecución de proyectos pilotos de formación conjunta de médicos(as) especialistas y sub especialistas, mediante convenios entre el MINSAL e ISSS.

R.2.1.5. Instituciones del sector (ISSS), contribuyendo con el MINSAL a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo pacientes con ERC, de acuerdo a su capacidad instalada

A.2.1.5.1. Ejecución de proyectos pilotos conjuntos entre MINSAL e ISSS para la atención integral a personas con enfermedad renal crónica, mediante convenios.

Eje Estratégico 3, Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RISS

O.E 3.1. Ampliar progresivamente, a través de la RISS la cobertura de salud a toda la población, así como la prestación integral de los servicios de salud en forma oportuna, haciéndolos accesibles, asequibles, eficaces y de calidad.

R.3.1.1. Inversión en infraestructura, talento humano y equipamiento de las RISS departamentales (incluyendo todos los niveles de atención), ha sido gradualmente incrementada de acuerdo al perfil epidemiológico del departamento, a la capacidad instalada de las RISS y a las brechas establecidas.

A.E.3.1.1.1. Remodelación, construcción, ampliación y reparación de infraestructura; y, equipamiento de diversos establecimientos de las RISS.

A.E.3.1.1.2. Mejoramiento de la dotación y distribución de los recursos humanos en hospitales, regiones de salud y Secretaría de Estado.

R.3.1.2. Acciones de salud pública para reducir la morbi mortalidad de la persona en el curso de vida, fortalecidas, incluyendo la reducción de la morbi mortalidad a causa de enfermedades crónico trasmisibles y no trasmisibles.

A.E.3.1.2.1. Mejorar la salud materna perinatal.

A.E.3.1.2.2. Mejorar la salud de la niñez y la adolescencia.

A.E.3.1.2.3. Reducción de la morbi mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

A.E.3.1.2.4. Reducción de la morbi mortalidad y discapacidad por lesiones de causa externa.

A.E.3.1.2.5. Protección a las personas contra las enfermedades prevenibles por vacunas.

A.E.3.1.2.6. Reducción de la morbi mortalidad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores.

A.E.3.1.2.7. Reducción de la morbi mortalidad por enfermedades crónicas transmisibles.

A.E.3.1.2.8. Incrementar el índice de seguridad de los establecimientos de salud ante situaciones de emergencias y desastres.

A.E.3.1.2.9. Extensión del Sistema de Emergencias Medicas (SEM), con énfasis en los departamentos con alta prevalencia de violencia en todas sus formas.

A.E.3.1.2.10. Creación del Registro Nacional de cáncer y de la Unidad Nacional de Atención Integral a la persona con cáncer.

A. E.3.1.2.11. Gestión de la formulación e implementación del modelo de salud urbana; y fortalecimiento del modelo de salud comunitaria en las RIISS.

A.E.3.1.2.12. Promoción e implementación de un acuerdo regional con Guatemala y Honduras para brindar atención medica a las y los connacionales en los respectivos sistemas de salud.

R.3.1.3. Población atendida recibiendo medicamentos de calidad y oportunamente

A.E.3.1.3.1. Gestión del Incremento progresivo de la inversión en la compra de medicamentos

R.3.1.4. Personas víctimas de violencia en todas sus formas, atendidas en las RIISS con calidad y calidez

A.E.3.1.4.1. Mejorar la atención en salud a las personas víctimas de violencia

Eje Estratégico 4, Farmacovigilancia y tecnologías de calidad

O.E.4.1. Fortalecer las capacidades del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos.

R.E. 4.1.1. Capacidad del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos, fortalecida

A.E.4.1.1.1. Actualización la Política Nacional de Medicamentos y formulación de un programa de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias (URMoTS)

A.E.4.1.1.2. Incorporar el URMOTS en la legislación sobre medicamentos vigente y hacerla cumplir.

A.E.4.1.1.3. Fortalecer la red nacional de farmacovigilancia.

R.4.1.2. Capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías sanitarias, así como insumos y equipos médicos, desarrolladas.

A.E.4.1.2.1. Crear y fortalecer la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

A.E.4.1.2.2. Fortalecer el conocimiento sobre los medicamentos e impulsar la investigación sobre los mismos.

Eje Estratégico 5, Investigación científica en salud y formación continua del talento humano

O.E.5.1. Fortalecer el Instituto Nacional de la Salud (INS), para que ejerza la rectoría de la investigación científica en salud y de la formación continua del talento humano en salud.

R.5.1.1. INS fortalecido, ejerciendo la rectoría de la investigación y la formación continua del talento humano en salud.

A.E.5.1.1.1. Gestión, diseño e implementación del marco político/jurídico de creación del INS para el ejercicio de sus funciones, la rectoría en la investigación y acreditación en la formación de recursos humanos, garantizando su asignación presupuestaria.

A.E.5.1.1.2. Dotación progresiva, al INS, de recursos humanos calificados para el ejercicio de sus funciones, garantizando su formación continua.

A.E.5.1.1.3 Adquisición de la infraestructura para el funcionamiento del INS.

O.E.5.2. Promover y realizar investigación científica en salud de acuerdo al perfil epidemiológico del país.

R.E.5.2.1. El MINSAL y el sector salud cuentan con información científica pertinente, oportuna y oficializada, para la toma de decisiones en materia de salud pública.

A.E.5.2.1.1. Realización de investigaciones y encuestas nacionales periódicas relacionadas con el sector salud, en función de las necesidades del SNS.

O.E.5.3. Fortalecer la formación/educación continua del personal de salud, a través de la escuela de Gobierno en salud.

R.E.5.3.1. Una masa crítica de profesionales de la salud que den respuesta al sistema integrado de salud y a los desafíos de la reforma, ha sido formada.

A.E.5.3.1.1. Establecimiento de Programas de formación continua para el personal de salud, laborando en las diferentes instituciones del sector, a través de la Escuela de Gobierno en Salud.

O.E.5.4. Fortalecer la capacidad normativa, de vigilancia en salud y control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia.

R.E.5.4.1. Laboratorio Nacional de referencia del MINSAL, fortalecido para ejercer sus funciones normativas, de vigilancia y control de calidad.

A.E.5.4.1.1. Garantizar el Funcionamiento y equipamiento del Laboratorio Nacional de Referencia del INS/MINSAL.

Eje Estratégico 6, Intersectorialidad

O.E.6.1. Consolidar el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud.

R.E.6.1.1 Determinación social de la salud, abordada desde la intersectorialidad, tanto en el ámbito nacional como en el local.

A.E.6.1.1.4. Gestión del fortalecimiento y profundización de las alianzas institucionales para diseñar y ejecutar un plan de abordaje de los determinantes ambientales de la salud relacionados con la contaminación atmosférica, del agua, de los suelos y de los alimentos, a través de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD).

A.E.6.1.1.5. Mejoramiento de sistemas de aguas residuales, manejo de desechos bioinfecciosos y otras acciones encaminadas a fortalecer el manejo adecuado de factores ambientales en las RIIS.

O.E.6.2. Georeferenciar las inequidades en salud, la distribución de estas y de las enfermedades.

R.E.6.2.1. Inequidades en salud y la distribución de estas y de las enfermedades georeferenciadas.

A.E.6.2.1.1. Recolección de datos para construcción de indicadores poblacionales, socioeconómicos y demográficos relacionados con salud.

A.E.6.2.1.2. Realización y desarrollo de la vigilancia intersectorial e interinstitucional de las desigualdades en salud.

Eje Estratégico 7, Participación y Contraloría Social

O.E.7.1. Fortalecer la participación y contraloría de la ciudadanía para asegurar la calidad y la calidez de los servicios.

R.E.7.1.1. Ciudadanía participando activamente en la defensa del derecho a la salud y ejerciendo contraloría social de la calidad de los servicios prestados por el MINSAL.

A.E.7.1.1.1. Fortalecimiento de la Oficina del Derecho a la Salud y establecer mecanismos de participación y contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud.

A.E.7.1.1.2. Gestión de la divulgación de la política de participación social en salud.

Eje Estratégico 8, Fortalecimiento Institucional

O.E.8.1. Fortalecer al MINSAL a fin de mejorar sus competencias para ejercer las funciones esenciales de salud pública.

R.E.8.1.1. El MINSAL fortalecido para ejercer las funciones esenciales de salud pública.

A.E.8.1.1.1. Construcción del Observatorio de la Reforma de Salud de El Salvador.

A.E.8.1.1.2. Fortalecimiento de las capacidades para la planificación y programación en red.

A.E.8.1.1.3. Fortalecimiento de las capacidades para la mejora de la gestión financiera.

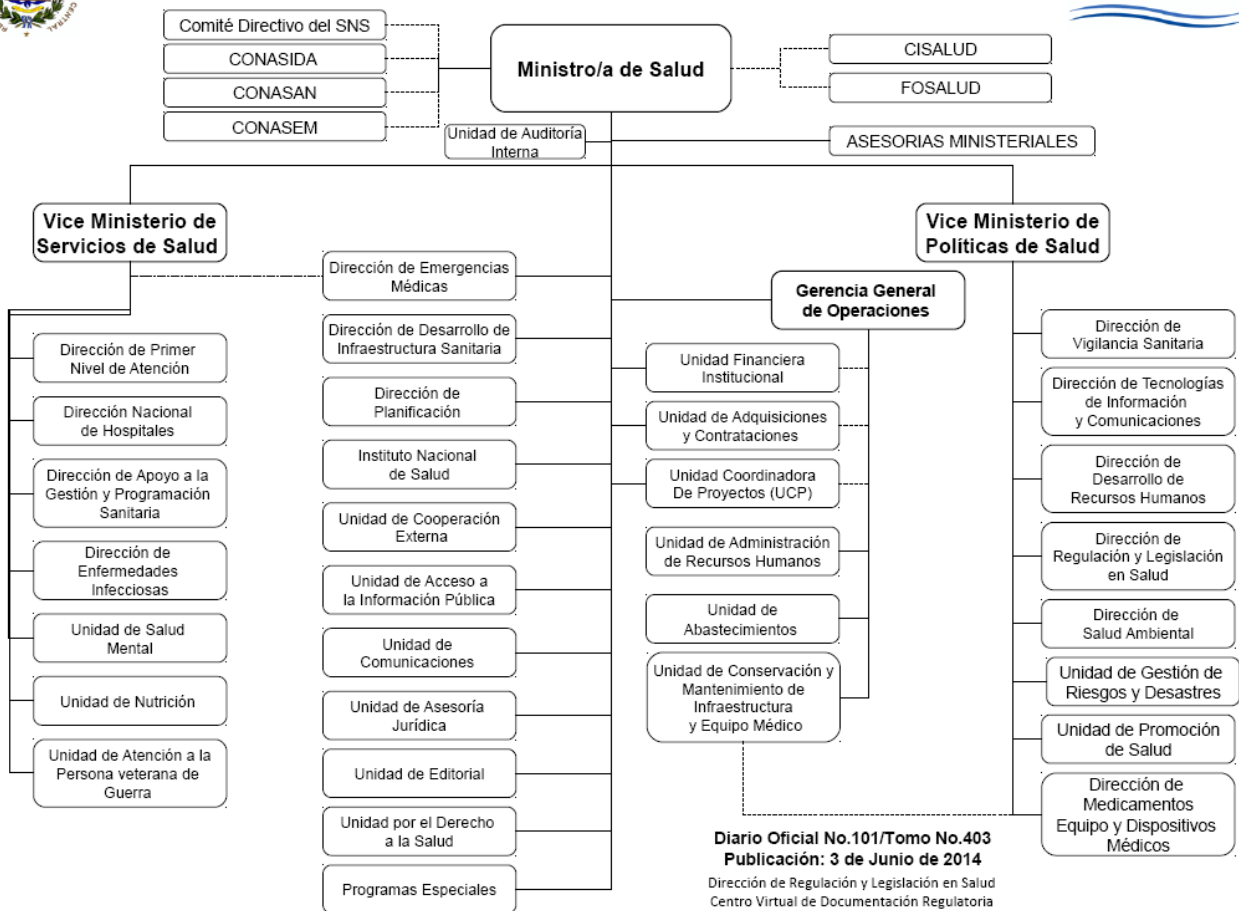
A.E.8.1.1.4. Fortalecimiento de la gestión de la calidad.

Estructura, procesos y capacidades institucionales

Estructura Organizativa



Estructura Organizativa del Ministerio de Salud (MINSAL)



Fuente: Diario Oficial No. 101/Tomo 403,

Publicación: 3 de junio de 2014

Procesos y capacidades institucionales claves a desarrollar para el cumplimiento del PEI

Existe un conjunto de procesos y acciones claves a fortalecer/definir:

- Avanzar en el proceso de desconcentración hacia los niveles locales o hacia otros entes de algunas actividades concentradas en el nivel central: compras, construcción de Infra estructura, distribución de medicamentos para enfermedades crónicas y otras.
- Avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
- Avanzar en extender progresivamente en el territorio, el modelo de provisión de servicios (RIISS), de la reforma de salud.
- Definir una gestión única de la provisión de los servicios de salud (gestión única de las RIISS).
- Definir oficialmente al departamento como la unidad administrativa territorial de la provisión de los servicios integrales de salud.
- Avanzar en la planificación operativa territorial (departamental), por resultados, integrando a todos los proveedores de servicios de salud presentes en el departamento.
- Fortalecer la gestión financiera.

Para lo cual se requiere fortalecer las capacidades institucionales referentes a:

- La rectoría del MINSAL.
- Los procesos de planificación por resultados, el seguimiento y evaluación.
- Los procesos de desconcentración/ descentralización.
- Manejo de la Gestión Única de las RIISS.
- Cooperación nacional e internacional.

Sistema de seguimiento y evaluación

El sistema de seguimiento y evaluación, asegurará:

- Tener como unidad de seguimiento y evaluación las RIISS departamentales, a través de los planes operativos y los indicadores establecidos.
- Generar información consistente, objetiva, oportuna y pertinente en forma periódica que permita la toma de decisiones oportunas, haga posible la identificación del riesgo y permita realizar los ajustes necesarios oportunamente.
- Que la ejecución del PEI sea medida sistemáticamente, a través del monitoreo mensual de la ejecución de las actividades programadas en los planes operativos.
- Que la evaluación sea realizada cada 3 meses.
- Que se cuente con instrumentos unificados a ser aplicados por las instituciones del sector y por las RIISS departamentales; estos instrumentos deberán estar armonizados y alineados con las

herramientas, procedimientos y criterios de seguimiento y evaluación del PQD establecidos por la STPP, así como con las herramientas, procedimientos y criterios establecidos por el MINSAL para el seguimiento a los avances de los 10 ejes de la Reforma de Salud en marcha.

- La formulación de un informe trimestral de los avances a ser enviado a la STPP.

Sistema de información

El Ministerio de Salud cuenta con un amplio sistema de información conformado por varios subsistemas, entre los más importantes: el sistema de información de morbi-mortalidad en línea, (SIMMOW); el sistema estadístico de producción en salud (SEPS); el sistema de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES); el sistema de información de la ficha familiar(SIFF); el Sistema de Abastecimientos(SINAB), Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA, (SUMEVE); Sistema Nacional de Registro de Vacunas (VACUNAS), Sistema de Control de Actividades contra el Dengue (Dengue); el Sistema Web de información geográfica (Geo MINSAL), los cuales posibilitan obtener información diaria/mensual/ anual para la aplicación de los indicadores de proceso y de resultados.

Se requiere que el MINSAL como ente rector del sector salud, cuente con datos no solo institucionales si no de alcance nacional, razón por la cual se ha conformado una Comisión interinstitucional para armonizar los sistemas de información de las diferentes instituciones, retomándose en el PEI, como una de las acciones estratégicas hacia la construcción del Sistema Único de Información en Salud (SUIS).

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, debe proporcionar la información precisa que permita aplicar los indicadores establecidos a nivel nacional y no solo institucional.

Uno de los grandes retos en materia de información en salud, es la implantación del Sistema Integral de Atención a la Persona (SIAP), en el cual se contempla el expediente único en línea a ser utilizado por todos los proveedores de servicios de salud, el cual permitiría que independientemente de la institución en la cual la persona consulte, se conozca su record de consultas, evitando así duplicación de procedimientos y abastecimiento de medicamentos

Ámbito de aplicación

El presente Plan es de aplicación nacional y de estricto cumplimiento tanto a nivel central del Ministerio de Salud, así como en los diferentes niveles de atención de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), deberá ser aplicado por todas las instituciones públicas del sector salud, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 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.

Bibliografía

Atención Primaria Ambiental. Organización Panamericana de la Salud, División de salud y ambiente, Programa de calidad ambiental, Washington, D.C., Septiembre 1998.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S13-S27.

Bonnefoy, Juan Cristóbal y Marianela Armijo. Indicadores de desempeño en el sector público. ILPES-CEPAL, 2005.

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). Plan estratégico de promoción de la salud para Centroamérica y República Dominicana 2014-2018, Costa Rica, 2013.

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y otras instancias del SICA. Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana (PSAN), 2012-2013.

Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2015, San Salvador, El Salvador, 2011.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

¿Cuánto cuesta la violencia en El Salvador? Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, San Salvador, El Salvador, 2005.

Evaluación Internacional. Programa nacional de tuberculosis y enfermedades respiratorias, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud (MINSAL). 1ª. ed. San Salvador, El Salvador. OPS, 2011.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada. Resumen ejecutivo, New York, 2014.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Informe sobre los progresos de 2014. New York, 2014.

Fondo Solidario para la Salud [FOSALUD] y Ministerio de Economía [MINEC] por medio de la Dirección General de Estadísticas y Censos [DIGESTYC]. “Encuesta Nacional de Alcohol y Tabaco”, San Salvador, El Salvador, Octubre de 2014.

FUNDAUNGO (2013). Atlas de la violencia en El Salvador (2009-2012). San Salvador, El Salvador.

Herrera R, Orantes CM, Almaguer M, Alfonso P, Bayarre HD, Leiva IM, et al. Características clínicas de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en las comunidades agrícolas salvadoreñas. Traducido de MEDICC Rev. 2014 Apr; 16 (2): 39–48. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?lang=es&id=353>

Instituto Nacional de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Encuesta MICS (Multiple Indicators Cluster Survey). Resultados preliminares. San Salvador, El Salvador, mayo 2015.

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU). Política Nacional para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. San Salvador, El Salvador, 2013.

La enfermedad de Chagas en El Salvador, evolución histórica y desafíos para el control, Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1ª. ed. – San Salvador, El Salvador. OPS, 2010.

Magaña Sáenz, Rebeca. Resumen Ambiental Nacional, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, San Salvador, El Salvador, 2010.

Mecanismo de Coordinación Regional (MCR). Plan estratégico regional de VIH y Sida de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015. Centroamérica, 2010.

Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud, Acuerdo Ejecutivo No. 126, D. O. 33, Tomo No. 386, del 17 de febrero de 2010. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. Plan intersectorial de prevención y atención de la violencia en todas sus formas en el ciclo de vida. San Salvador, El Salvador, 2012.

Ministerio de Salud. Política de Salud Sexual y Reproductiva. San Salvador, 2011.

Ministerio de Salud, Política Nacional de medicamentos. San Salvador, 2011.

Ministerio de Salud. Encuesta mundial de salud escolar. Resultados. El Salvador 2013.

Ministerio de Salud. Plan Intersectorial de prevención y atención de violencia en todas sus formas en el ciclo de vida, 2012. 1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

Ministerio de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Informe nacional de progreso en la lucha contra el SIDA. Seguimiento a la Declaración Política Sobre el VIH 2013. San Salvador, El Salvador, 2014.

Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en El Salvador 2012 y “Prevención y control de la tuberculosis en poblaciones vulnerables de 30 municipios priorizados en El Salvador” Ronda 9 Tuberculosis Fondo Mundial (Segunda Fase 2012 - 2015) El Salvador, 2012.

Organización de Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la Asamblea General. 2011.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza, 2008.

Organización Mundial de la Salud. Urban HEART Instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad en salud en los medios urbanos. Manual del usuario. Centro OMS para el Desarrollo Sanitario, I.H.D. Kobe City, Hyogo Prefecture. Japón, 2010.

Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005): 2ª edición. Ginebra Suiza. 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. OD345 (Esp.). Washington, 2013.

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, D.C., OPS, 2007.

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. CD47/17 Rev. 1 (Spa), Washington D.C., 2006.

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de acción para la reducción de la Desnutrición Crónica. CD50/13. (Spa). Washington, 2010.

Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C. 2006.

Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro. CE138/16 (Esp.), Washington DC, 2006.

Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas. CD53/10, Rev. 1. Washington, 2014.

Organización Panamericana de Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, 2010.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013, apoyo al Decenio de Acción. Génova, Suiza.

Pineault, Raynauld y Carole Daveluy. Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Segunda edición, Editorial Masson, 1995.

Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-Sida e ITS 2011-2015, Ministerio de Salud, San Salvador, El Salvador, 2011.

Plan El Salvador Seguro. Resumen Ejecutivo. Consejo Nacional de Seguridad Ciudadana y Convivencia, El Salvador, 2014.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2014, Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Informe mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. "ONUSIDA/JC2502/1/S".

Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2012.

Save the Children. Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013. United Kingdom, 2014.

Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia. Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia República de El Salvador. San Salvador, El Salvador, 2012.

Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia. Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD) 2014-2019, El Salvador productivo, educado y seguro. San Salvador, El Salvador, enero de 2015.

Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia. Lineamientos para la planificación estratégica en las instituciones del Órgano Ejecutivo. San Salvador, El Salvador, febrero de 2015.

Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia. Guía de aplicación de los lineamientos para la incorporación de los enfoques transversales del PQD 2014-2019 en las políticas públicas. San Salvador, El Salvador, marzo de 2015.

Tercer Informe de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Gobierno de la República de El Salvador, Sistema de las Naciones Unidas en El Salvador, San Salvador, El Salvador, 2014.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, Switzerland, 2011.

World Health Organization. Health in all policies: training manual. Geneva, Switzerland, 2015.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. Geneva, Switzerland, 2014.

World Health Organization. Preventing chronic diseases : a vital investment: WHO global report.

Anexos

Anexo 2A: “Matriz inicial para la alineación de la institución al PQD”

Anexo 2B: “Matriz de Planeación Estratégica Institucional”, 1ra. parte

Anexo 2B: “Matriz de Planeación Estratégica Institucional”, 2da. parte

Anexo 2C: “Matriz para presupuesto indicativo plurianual”

Presupuesto Indicativo plurianual

Anexo 2A: “Matriz inicial para la alineación de la institución al PQD”

| OBJETIVO | ESTRATEGIA | LINEAS DE ACCIÓN | ACTORES | |
|---|---|---|--|---|
| | | | LIDER | PARTICIPANTE(S) |
| 4. Asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal a servicios de salud de calidad | E4.1. Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con enfoque de derechos | LA4.1.1. Armonizar y actualizar el marco normativo y jurídico de las instituciones que integran el sistema nacional de salud, con el fin de ampliar la cobertura y garantizar el funcionamiento integrado del sistema. | Ministra de Salud (Unidad Jurídica) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, ISRI, CSSP, DNM, STPP (Unidades Jurídicas) y la Asamblea Legislativa. |
| | | LA4.1.2. Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud para el ejercicio de su función rectora del sistema nacional de salud. | Ministra de Salud (VMPS) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, ISRI, CSSP, DNM, STPP |
| | | LA4.1.3. Estandarizar e integrar el sistema de información de salud. | Ministra de Salud (VMPS, DVS-DTIC) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, ISRI, CONAIPD, CONNA, ISDEMU, Medicina Legal (Corte Suprema de Justicia), CSSP, DNM, STPP, DIGESTYC, RNPN, MINED, MINEC, MAG, MARN, VMT, FISDL, CNR, OPS, Dirección de Protección Civil. |
| | E4.2. Ampliación progresiva de la cobertura de salud a toda la población y prestación integral de servicios de salud oportunos, accesibles, asequibles, eficaces y de calidad | LA4.2.1. Fortalecer y ampliar progresivamente la cobertura territorial de los servicios de salud, a través de la Red Integral e Integrada de los Servicios de Salud. | Ministra de Salud (VMSS) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, ISRI |
| | | LA4.2.2. Fortalecer y articular gradualmente el sistema de emergencias médicas. | Ministra de Salud (VMSS y Dirección del SEM) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, Cuerpos de Socorro, Bomberos Nacionales, Fuerza Aérea |
| | | LA4.2.3. Incrementar gradualmente la inversión en infraestructura, talento humano y equipamiento del sistema nacional de salud. | Ministra de Salud (Consejo Directivo de Salud) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, ISRI. |
| | | LA4.2.4. Fortalecer la capacidad resolutoria de los hospitales básicos, departamentales y regionales para desconcentrar los hospitales nacionales de especialidades, con énfasis en salud mental y salud sexual y reproductiva. | Ministra de Salud (VMSS) | CISALUD (Seguridad Pública) |
| | | LA4.2.5. Fortalecer las acciones de salud pública para reducir la morbilidad de la persona en el curso de vida, en función del perfil epidemiológico del país. | Ministra de Salud (VMSS) | CISALUD (Todas las instituciones representantes); ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, ISRI, CSSP, DNM, STPP |

| OBJETIVO | ESTRATEGIA | LINEAS DE ACCIÓN | ACTORES | |
|----------|--|--|---|--|
| | | | LIDER | PARTICIPANTE(S) |
| | | LA4.2.6. Establecer mecanismos de participación y contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud, así como garantizarles sus derechos y un trato digno y cálido. | Ministra de Salud (VMPS/ VMSS) | FNS, Salud Comunitaria, comités locales de gestión, ADESCO. |
| | | LA4.2.7. Fortalecer la oferta de servicios de salud para la prevención y atención a las víctimas de accidentes y violencia en todas sus formas. | Ministra de Salud (VMSS) | CISALUD (VMT, Seguridad Pública), Fiscalía General de la República y Corte Suprema de Justicia |
| | | LA4.2.8. Ejecutar un plan de abordaje interinstitucional e intersectorial de los determinantes ambientales de la salud relacionados con la contaminación atmosférica, del agua, de los suelos y de los alimentos. | Ministra de Salud (VMPS / Dirección de Salud Ambiental) | CISALUD (MARN, MAG, COMURES, ANDA, FISDL) |
| | | LA4.2.9. Establecer un sistema efectivo de atención integral en salud en la Red Integral e Integrada de los Servicios de Salud, para las enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión y otras) y sus complicaciones en el curso de vida. | Ministra de Salud (VMSS y VMPS) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, DNM; CISALUD (Todos los representantes) |
| | | LA4.2.10. Fortalecer la atención especializada y diferenciada para las personas con discapacidad, diversidad sexual y personas adultas mayores. | Ministra de Salud (VMSS y VMPS) | ISRI, CONAIPD, SIS, ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, DNM, Secretaría de Inclusión Sexual (Dirección de Diversidad Sexual y Adultos mayores) |
| | | LA4.2.11. Promover un acuerdo regional con Guatemala y Honduras para brindar atención médica a los y las connacionales en los respectivos sistemas de salud. | Ministra de Salud (VMSS y VMPS) | STPP, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Gobernación |
| | E.4.3. Aseguramiento a la población de medicamentos y tecnologías de calidad de forma oportuna | LA4.3.1. Fortalecer las capacidades del sistema de salud para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos. | Ministra de Salud (VMSS y VMPS) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, ISRI, CSSP, DNM, SE-COMISCA |
| | | LA4.3.2. Implementar mecanismos de mejora en los procesos de compra, abastecimiento y distribución de los medicamentos. | Ministra de Salud (VMSS y GGO) | ISSS, FOSALUD, ISBM, COSAM, PNC, ISRI, CSSP, DNM, SE-COMISCA |

| OBJETIVO | ESTRATEGIA | LINEAS DE ACCIÓN | ACTORES | |
|---|--|---|--|--------------------------------------|
| | | | LIDER | PARTICIPANTE(S) |
| | | LA4.3.3. Aumentar progresivamente en el Ministerio de Salud, el número de farmacias que se especializan en la entrega de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas. | Ministra de Salud (VMSS y VMPS) | DNM |
| | | LA4.3.4. Ampliar el programa de entrega domiciliar de medicamentos para quienes cotizan al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, lo cual incluiría la entrega de medicamentos para tratar enfermedades crónicas. | ISSS | MINSAL, DNM |
| | | LA4.3.5. Desarrollar capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos en el Sistema Nacional de Salud. | Ministra de Salud (INS, VMPS) | ISSS, ISRI, DNM, SE-COMISCA |
| | E.4.4. Fortalecimiento de la investigación científica en salud y formación continua del talento humano | LA4.4.1. Fortalecer la rectoría del Instituto Nacional de la Salud en la investigación y la formación continua del talento humano. | Ministra de Salud (INS, VMPS, VMSS) | MINED, Universidades (UES; AUPRIDES) |
| LA4.4.2. Promover la investigación en salud en función de la situación de salud pública del país. | | Ministra de Salud (INS, VMPS, VMSS) | MINED, Universidades (UES; AUPRIDES), FOSALUD, FNS | |
| LA4.4.3. Fortalecer la educación continua del personal de salud a través de la Escuela de Gobierno en Salud. | | Ministra de Salud (INS, VMPS, VMSS) | | |
| LA4.4.4. Fortalecer la capacidad normativa, de vigilancia en salud y control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia. | | Ministra de Salud (INS, VMPS, VMSS) | FOSALUD, ISSS, ISBM, COSAM, CSSP, DNM | |

Anexo 2B: “Matriz de Planeación Estratégica Institucional”, 1ra. parte

| ANEXO 2B. MATRIZ DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL | | | |
|--|--|-----------------------------|-----------|
| INSTITUCIÓN | MINISTERIO DE SALUD | FECHA DE ELABORACIÓN | MAYO 2015 |
| 1. PENSAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| 1.1 VISIÓN | 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. | | |
| 1.2 MISIÓN | 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. | | |
| 1.3 VALORES | | | |
| Ética | Calidez | Probidad | |
| Trasparencia | Solidaridad | | |
| Compromiso | Equidad | | |
| 1.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | | | |
| OE.1. Profundizar el proceso de reforma de salud iniciado durante el quinquenio 2009-2014, con el objetivo de continuar avanzando hacia la cobertura universal de los servicios de salud. | | | |
| OE.2. Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con enfoque de derechos. | | | |
| OE.3. Ampliar progresivamente, a través de las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS), la cobertura de salud a toda la población, así como la prestación integral de los servicios de salud en forma oportuna, haciéndolos accesibles, asequibles, eficaces y de calidad y asegurar a la población medicamentos de calidad en forma oportuna. | | | |
| OE.4. Fortalecer las capacidades del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos. | | | |
| OE.5. Desarrollar en el MINSAL capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos. | | | |
| OE.6. Fortalecer el Instituto Nacional de Salud (INS), para que ejerza la rectoría de la investigación científica en salud y de la formación continua del talento humano en salud. | | | |
| OE.7. Promover y realizar investigación científica en salud de acuerdo al perfil epidemiológico del país. | | | |
| OE.8. Fortalecer la formación/educación continua del personal de salud, a través de la Escuela de Gobierno en Salud. | | | |
| OE.9. Fortalecer la capacidad normativa, de investigación y vigilancia en salud; y control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia. | | | |
| OE.10. Consolidar el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud. | | | |
| OE.11. Contar con la información que permita georeferenciar las inequidades en salud. | | | |
| OE.12. Fortalecer la participación y contraloría de la ciudadanía para asegurar la calidad y la calidez de los servicios de salud. | | | |
| OE.13. Fortalecer al MINSAL para ejercer las Funciones de la Salud Pública | | | |

Anexo 2B: “Matriz de Planeación Estratégica Institucional”, 2da. parte

| 2.1 EJES | 2.2 RESULTADOS | 2.3 INDICADORES |
|---|---|--|
| EJE2.1.1.-LA REFORMA DE SECTOR SALUD | R.1.1.1. El marco político/jurídico que sustenta el proceso de reforma y viabiliza la rectoría del MINSAL establecido y aplicándose. | 1. Política Nacional de Salud se ha actualizado, aprobado y se aplica. 2. Ley de la Reforma del sector salud está aprobada y se aplica. |
| | R.1.1.2. Sostenibilidad financiera del proceso de reforma, garantizado. | 3. Porcentaje del PIB derivado anualmente al sector salud. % del PIB derivado al sector salud al final del quinquenio. |
| | R.1.1.3. La población a nivel nacional progresivamente beneficiándose de modelo de provisión de servicios de la reforma. | 4. Porcentaje de municipios que cada año se benefician con el modelo de provisión de servicios de la reforma, en relación al número programado. 5. Porcentaje de municipios que al final del quinquenio se han beneficiado con el modelo de provisión de servicios de la reforma. |
| EJE 2. EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS) | R.2.1.1. El marco político/jurídico que viabiliza la integración del SNIS y el ejercicio del MINSAL como su ente rector, ha sido establecido y está operando. | 6. Ley de la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud, se ha aprobado y se aplica. |
| | R.2.1.2. El marco normativo y de procedimientos para la atención a la persona en el curso de vida a ser implementado en el SNIS, armonizado y operando. | 7. Porcentaje de instituciones aplicando las diferentes normas y protocolos para la atención de la persona en el ciclo de vida que se han armonizado. |
| | R.1.3. Sistema Único de Información de Salud (SUIS), estandarizado, unificado y operando. | 8. Porcentaje de instituciones del sector que están reportando mensualmente al MINSAL. |
| | R.2.1.4. Instituciones del sector contribuyendo conjuntamente (de acuerdo a su capacidad instalada), a la formación de médicos(as) especialistas y sub especialistas (residencias conjuntas). | 9. Porcentaje de médicos(as) formados(as) de acuerdo a lo programado. |

| 2.1 EJES | 2.2 RESULTADOS | 2.3 INDICADORES |
|--|--|--|
| | R.2.1.5. Instituciones del sector, contribuyendo con el MINSAL a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo pacientes con enfermedad renal crónica, de acuerdo a su capacidad instalada. | 10. Porcentaje de pacientes atendidos de acuerdo a la programación establecida conjuntamente. |
| EJE 3. COBERTURA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS) | R.3.1.1. Inversión en infraestructura, talento humano y equipamiento de las RIISS departamentales (incluyendo todos los niveles de atención), gradualmente incrementada de acuerdo al perfil epidemiológico del departamento, a la capacidad instalada de la RIISS y a las brechas establecidas. | 10. Porcentaje de financiamiento que se ha incrementado anualmente. 11. Porcentaje de financiamiento Incrementado en el quinquenio. |
| | R.3.1.2. Acciones de salud pública para reducir la morbi mortalidad de la persona en el curso de vida, fortalecidas, incluyendo la reducción de la morbi mortalidad a causa de enfermedades crónico transmisibles y no transmisibles. | 12-17. Tasa de mortalidad general, Razón de mortalidad materna, Tasa de mortalidad del menor de 5 años, Tasa de mortalidad infantil, Cobertura de vacunación, Prevalencia de enfermedades crónicas. |
| | R.3.1.3. Población, recibiendo medicamentos de calidad y oportunamente. | 18. Porcentaje de medicamentos (de acuerdo a listados establecidos), que están siendo abastecidos oportunamente en cada nivel de la RIISS |
| | R.3.1.4.-Personas víctimas de violencia en todas sus formas, atendidas en la RIISS, con calidad y calidez. | 19. Porcentaje de hospitales que cuentan con áreas de atención a personas víctimas de violencia sexual 20. Porcentaje de ECSF que han conformado grupos de auto ayuda a personas que han sido víctimas de violencia en relación a lo programado |
| EJE 4.-FARMACO VIGILANCIA Y TECNOLOGIAS DE CALIDAD EN SALUD | R.4.1.2. Capacidades del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos, fortalecida. | 21. Marco político/jurídico está establecido, Funciona un Programa Nacional del uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias está funcionando |

| 2.1 EJES | 2.2 RESULTADOS | 2.3 INDICADORES |
|---|--|--|
| | R.4.1.3. MINSAL fortalecido para ejercer la función de evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos. | 22. Funciona la Unidad de Evaluación de Tecnología Sanitaria y los RRHH están capacitados. |
| EJE 5. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD Y FORMACIÓN CONTÍNUA DEL TALENTO HUMANO | R.5.1.1. INS fortalecido, ejerciendo la rectoría de la investigación y la formación continua del talento humano en salud. | 23. Existe una Ley Nacional de investigación y se ejecuta. |
| | R.5.1.2. El MINSAL y el sector salud cuentan con información científica pertinente, oportuna y oficializada, para la toma de decisiones en materia de salud pública. | 24. Porcentaje de investigaciones realizadas en relación a las programadas y su pertinencia. |
| | R.5.1.3. Una masa crítica de profesionales de la salud que den respuesta al sistema integrado de salud y a los desafíos de la reforma, ha sido formada. | 25. Porcentaje de RRHH formados anualmente por la Escuela de Gobierno, en relación a lo programado. |
| | RE.5.1.4. Laboratorio Nacional de referencia del MINSAL, fortalecido para ejercer sus funciones normativas, de investigación, vigilancia de laboratorio en salud y control de calidad. | 26. Acreditación del Laboratorio Central para la ejecución de todos los procedimientos técnicos establecidos. |
| EJE 6. INTERSECTORIALIDAD | RE.6.1.1. Determinación social de la salud, abordada desde la intersectorialidad, tanto en el ámbito nacional como en el local. | 27. Porcentaje de Políticas Públicas abordadas desde la intersectorialidad en relación a las programadas Funciona un Programa Nacional (intersectorial) para el abordaje de la determinación de los factores ambientales de la salud. |
| | R.E.6.2.1. Georeferenciación de las inequidades en salud. | 28. Funciona un sistema de información para la georeferenciación de las inequidades en salud. |

| 2.1 EJES | 2.2 RESULTADOS | 2.3 INDICADORES |
|--|---|--|
| EJE 7. PARTICIPACIÓN Y CONTROLARÍA SOCIAL | R.E.7.1.1. Ciudadanía participando activamente en la defensa del derecho a la salud y ejerciendo contraloría social de la calidad de los servicios prestados por el MINSAL. | 29. Porcentaje de Ecos Familiares que cuentan con el apoyo de un Comité Comunitario de Salud Integral. 30. Porcentaje de quejas, denuncias, solicitudes a las cuales, la UDS les ha proporcionado respuesta, en relación con las recibidas. 31. Porcentaje de casos presentados por el FNS a los Consejos de Gestión que obtuvieron respuesta. |
| EJE 8.FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL | R.E.8.1. MINSAL, fortalecido para el cumplimiento de las acciones esenciales de la salud pública y para el cumplimiento de su misión y visión. | 32. Estructura organizativa respondiendo a la ejecución del PEI. 33. Direcciones y Unidades en el nivel central identificadas como prioritarias, fortalecidas (Planificación, Cooperación internacional). 34. Porcentaje de establecimientos que han mejorado la calidad de la atención. |

| 2.4 ACCIONES ESTRATÉGICAS POR RESULTADO | 2.5 UNIDAD ORGANIZATIVA LÍDER DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS/APOYOS | | 2.6. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|------|------|------|------|
| | UNIDAD ORGANIZATIVA LIDER | APOYO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| A.E.1.1.1.1. Formulación e implementación del marco político/jurídico de la reforma de salud. | VMPP/DRL | | | | | | |
| A.E.1.1.2.1. Gestión a nivel nacional e internacional del incremento progresivo del presupuesto del MINSAL para fortalecer la reforma de salud. | Unidad de cooperación internacional | Direcciones Nacionales | | | | | |
| A.E.1.1.3.1. Revisión/actualización e implantación progresiva del modelo de prestación de servicios en el 80% de municipios del territorio nacional. | VMSS | Direcciones del VMSS | | | | | |
| A.E.1.1.3.2. Gestión del involucramiento de las instituciones del sector salud, en el desarrollo del modelo de prestación de servicios en cada departamento. | VMSS | Direcciones Regionales/SIBASI | | | | | |
| A.E.2.1.1.1. Revisión del marco jurídico de las instituciones del sector salud, para la formulación e implementación del marco político/jurídico del Sistema Nacional Integrado de Salud. | VMPP/DRL | Direcciones ISSS,BM,SM | | | | | |
| A.E.2.1.2.1. Formulación del marco de normas y procedimientos a ser aplicados en las diversas instituciones del SNIS. | VMSS/VMPP | Direcciones del VMSS/DRL | | | | | |
| A.2.1.3.1. Estandarización e integración del Sistema único de Información en Salud en las entidades del sector, mediante la conformación de una subcomisión del Consejo Directivo del SNIS. | VMPP | DVS/DITYC | | | | | |
| A.2.1.4.1. Ejecución de proyectos pilotos de formación conjunta de médicos(as) especialistas y sub especialistas, mediante convenios entre el MINSAL e ISSS y con las otras instituciones del sector. | VMPP/DDRH | Dirección del ISSS,BM,SN | | | | | |
| A.2.1.5.1. Ejecución de proyectos pilotos conjuntos entre MINSAL e ISSS para la atención integral a personas con enfermedad renal crónica, mediante convenios. | VMSS/Gab. M | Dirección del ISSS,BM,SN | | | | | |
| A.E.3.1.1.1. Remodelación, construcción, ampliación y reparación de infraestructura; y, equipamiento de diversos establecimientos de la RISS. | VMSS/ Gerencia de operaciones | DNPNA, DNH,UP,UI | | | | | |

| 2.4 ACCIONES ESTRATÉGICAS POR RESULTADO | 2.5 UNIDAD ORGANIZATIVA LÍDER DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS/APOYOS | | 2.6. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES | | | | |
|--|---|---|---|------|------|------|------|
| | UNIDAD ORGANIZATIVA LIDER | APOYO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| A.E.3.1.1.2. Mejorar la dotación y distribución del personal de salud en hospitales, regiones de salud y Secretaría de Estado. | VMSS/VMPP | DNPNA/DNH /DDRH | | | | | |
| A.E.3.1.2.1. Mejorar la salud materno perinatal. | VMSS | Direcciones del VMSS | | | | | |
| A.E.3.1.2.2. Mejorar la salud de la niñez y la adolescencia. | VMSS | Direcciones del VMSS | | | | | |
| A.E.3.1.2.3. Reducir la morbi mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas no transmisibles. | VMSS | ISSS BM CONASAM ONG's | | | | | |
| A.E.3.1.2.4. Reducir la morbi mortalidad y discapacidad por lesiones de causa externa. | VMSS | VM Transporte | | | | | |
| A.E.3.1.2.5. Proteger a las personas de las enfermedades prevenibles por vacunas. | VMSS/ DNEI | DNPA, DNH ISSS BM CONASAM ONG's | | | | | |
| A.E.3.1.2.6. Reducir la morbi mortalidad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores. | VMSS/VMPP | ISSS BM CONASAM ONG's | | | | | |
| A.E.3.1.2.7. Reducir la morbi mortalidad por enfermedades crónicas transmisibles. | VMSS | ISSS BM CONASAM ONG's | | | | | |
| A.E.3.1.2.8. Incrementar el índice de seguridad de los establecimientos de salud ante situaciones de emergencias y desastres. | VMSS | Despacho Ministerial | | | | | |
| A.E.3.1.2.9. Extensión del sistema de Emergencias Medicas (SEM), a nivel nacional, con énfasis en los departamentos con alta prevalencia de violencia en todas sus formas. | VMSS | Cooperación Internacional | | | | | |
| A.E.3.1.2.10. Creación del Registro Nacional de cáncer y de la Unidad Nacional de Atención Integral a la persona con cáncer (Unidad de Radioterapia). | VMSS | Cooperación Internacional | | | | | |
| A.E.3.1.2.11. Gestión de la formulación e implementación del modelo de salud urbana; y fortalecimiento del modelo de salud comunitaria en la RISS. | VMSS | OPS | | | | | |

| 2.4 ACCIONES ESTRATÉGICAS POR RESULTADO | 2.5 UNIDAD ORGANIZATIVA LÍDER DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS/APOYOS | | 2.6. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|------|------|------|------|
| | UNIDAD ORGANIZATIVA LIDER | APOYO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| A.E.3.1.2.12. Promoción e implementación de un acuerdo regional con Guatemala y Honduras para brindar atención medica a las y los connacionales en los respectivos sistemas de salud. | Ministra de Salud | Ministerio de Relaciones Exteriores | | | | | |
| A.E.3.1.3.1. Gestión del incremento progresivo de la inversión en la compra de medicamentos. | VMSS | Gerencia General de Operaciones | | | | | |
| A.E.3.1.3.2. Mejora de la atención en salud a las personas víctimas de violencia en todas sus formas. | VMSS | Dirección de Apoyo a la Gestión | | | | | |
| A.E.4.1.1.1. Actualización de la política nacional de medicamentos y otras tecnologías; y formulación del programa de URMoTS. | VMPP | Dirección Nacional de Medicamentos | | | | | |
| A.E.4.1.1.2. Incorporación de la URMoTS en la legislación vigente sobre medicamentos. | VMPP | DM/ DNM | | | | | |
| A.E.4.1.1.3. Fortalecimiento de la red nacional de farmacovigilancia. | VMPP | DM DEL MINSAL | | | | | |
| A.E.4.1.2.1 Crear y fortalecer la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias | VMPP | DM DEL MINSAL | | | | | |
| A.E.4.1.2.2. Fortalecimiento del conocimiento sobre los medicamentos y promover la investigación sobre los mismos. | VMPP | DM DEL MINSAL | | | | | |
| A.E.5.1.1.1. Formulación, gestión e implementación de los instrumentos político/jurídico de creación del INS para el ejercicio de sus funciones: la rectoría en la investigación y acreditación en la formación de recursos humanos, garantizando su asignación presupuestaria. | Ministra de Salud | INS/VMPP/ DRL, Asesor Jurídico | | | | | |
| A.E.5.1.1.2. Dotación progresiva al INS de recursos humanos calificados para el ejercicio de sus funciones, garantizando su formación continua. | Ministra de Salud | INS | | | | | |
| A.E.5.1.1.3. Adquisición de la infraestructura para el funcionamiento del INS. | Ministra de Salud | INS | | | | | |
| A.E.5.1.2.1. Realización de investigaciones y encuestas nacionales periódicas relacionadas con el sector salud, en función de las necesidades del SNS. | INS | Direcciones Nacionales | | | | | |

| 2.4 ACCIONES ESTRATÉGICAS POR RESULTADO | 2.5 UNIDAD ORGANIZATIVA LÍDER DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS/APOYOS | | 2.6. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|------|------|------|------|
| | UNIDAD ORGANIZATIVA LIDER | APOYO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| A.E.5.1.3.1. Formulación y ejecución de un Programas de formación continua para el personal de salud, laborando en las diferentes instituciones del sector, a través de la Escuela de Gobierno en Salud. | INS | VMPP/DDRH | | | | | |
| A.E.5.1.4.1. Funcionamiento y equipamiento del Laboratorio Nacional de Referencia del INS/MINSAL. | INS | Jefatura Laboratorio Central | | | | | |
| A.E.6.1.1.1. Gestión del fortalecimiento y profundización de las alianzas institucionales para diseñar y ejecutar un plan de abordaje de los determinantes ambientales de la salud relacionados con la contaminación atmosférica, del agua, de los suelos y de los alimentos, a través de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD). | VMPP | Ministerio del Medio Ambiente | | | | | |
| A.E.6.1.1.2. Mejoramiento de sistemas de aguas residuales, manejo de desechos bioinfecciosos y otras acciones encaminadas a fortalecer el manejo adecuado de factores ambientales en la red de establecimientos de salud del MINSAL. | VMPP/DISAM | SIBASIS | | | | | |
| A.E.6.2.1.1. Recolección de datos para construcción de indicadores poblacionales, socioeconómicos y demográficos relacionados con salud. | VMPP | Dirección de Vigilancia Sanitaria | | | | | |
| A.E.6.2.1.2. Realización y desarrollo de la vigilancia intersectorial e interinstitucional de las desigualdades en salud. | VMPP | CISALUD | | | | | |
| A.E.7.1.1.1. Fortalecimiento la Oficina del Derecho a la Salud; y establecer mecanismos de participación y contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud. | DESPACHO MINISTERIAL | Oficina del Derecho a la Salud | | | | | |
| A.E.7.1.1.2. Gestionar la divulgación de la política de participación social en salud. | VMPP | Unidad de Cooperación | | | | | |
| A.E.8.1.1.1. Construcción y puesta en marcha del Observatorio de la Reforma de Salud de El Salvador. | MINISTRA/DIRPLAN | Direcciones y Unidades Nacionales | | | | | |
| A.E.8.1.1.2. Fortalecimiento de las capacidades para la planificación y programación en red. | DIRPLAN | Direcciones y Unidades Nacionales | | | | | |

| 2.4 ACCIONES ESTRATÉGICAS POR RESULTADO | 2.5 UNIDAD ORGANIZATIVA LÍDER DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS/APOYOS | | 2.6. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|------|------|------|------|
| | UNIDAD ORGANIZATIVA LIDER | APOYO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| A.E.8.1.1.3. Fortalecimiento de las capacidades para la gestión financiera. | UFI / DIRPLAN | Gerencia General de Operaciones | | | | | |
| A.E.8.1.1.4. Fortalecimiento de la gestión de la calidad. | UNIDAD DE CALIDAD | Direcciones y Unidades Nacionales | | | | | |