



MINISTERIO DE SALUD



**INFORME SOBRE DESARROLLO SOSTENIBLE
CAPÍTULO SEXTO DE LA AGENDA 21**

“Protección y Fomento de la Salud Humana”

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, ENERO DE 2012.



CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	LISTADO DE INSTITUCIONES Y PERSONAS PARTICIPANTES.....	2
III.	DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.....	3
	A. Satisfacción de las necesidades de atención primaria de la salud sobre todo en las zonas rurales. ...	4
	B. Lucha contra las enfermedades transmisibles.....	7
	C. Protección de los grupos vulnerables.....	10
	D. Solución del problema de la salubridad urbana.....	15
	E. Reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales...	17
	F. Prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles	20
	G. Mitigación y adaptación a los cambios ambientales en especial al cambio climático.....	24
IV.	LA SALUD EN LA GOBERNANZA DEL DESARROLLO SOSTENIBLE.....	27
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
VI.	BIBLIOGRAFÍA	33
	SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	35



I. INTRODUCCIÓN

El Salvador ha evolucionado en el desarrollo de herramientas diagnósticas para el análisis de la situación de salud y desarrollo tales como los mapas de pobreza rural y urbana, el mapa de vulnerabilidad socio ambiental y otros, que han permitido la identificación geo-poblacional de los grupos más vulnerables y sus condiciones de riesgo, para el desarrollo de los planes de intervención, a fin de enfrentar los principales problemas de la población.

A pesar del constante, aunque pequeño, crecimiento económico que experimentó El Salvador en los últimos 10 años, la situación de las determinantes socio económicas de la salud no gozaron del abordaje requerido para ofrecer a las grandes mayorías de la población pobre y extremadamente pobre del país, una oportunidad de ver mejorada su calidad de vida y, por ende, su salud individual y familiar ya que una familia que a pesar de circunstancias adversas logra tener un buen funcionamiento y adaptarse creativamente con éxito puede considerarse resistente a condiciones adversas¹; por tanto, el empoderamiento que pueda facilitar la promoción para la salud y la educación, son componentes clave de la política nacional de salud; retomando además, el enfoque renovado de la Atención Primaria en Salud Integral.

El presente informe contiene una recopilación de información de diferentes fuentes disponibles desde 1992 hasta la fecha para caracterizar los avances, las brechas y los problemas emergentes en las diferentes áreas relacionadas con “La protección y fomento de la salud humana” de la Agenda 21, así como la identificación de líneas estratégicas de intervención que puedan implementarse con mecanismos efectivos de gobernanza para la articulación intersectorial que la salud y el desarrollo sostenible requieren.

La Política Nacional de Salud 2010-2014 “Construyendo la Esperanza” establece el abordaje integral de la población enfatizando la priorización sobre los grupos más vulnerables, afectados por la pobreza y factores de riesgo propios en los diferentes ciclos de vida, así como, la necesidad de contar con un Sistema Nacional de Salud que defina los mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración intersectorial, el desarrollo de alianzas y un trabajo articulado para el abordaje de la determinación social de la salud, como una estrategia para el enfrentamiento de la pobreza; que contribuya al crecimiento económico, la protección del medio ambiente y el desarrollo social de forma sostenible.

¹ Saucedo García, Maldonado Durán, “La Familia su dinámica y tratamiento”, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Washington DC: 2003.



II. LISTADO DE INSTITUCIONES Y PERSONAS PARTICIPANTES

Ministerio de Salud

1. Dr. Eduardo Espinoza, Viceministro de Políticas de Salud
2. Dr. Julio Armero, Dirección de Vigilancia de la Salud
3. Dra. Nadia Rodríguez, Dirección del Primer Nivel de Atención
4. Dr. Eduardo Suarez, Dirección de Enfermedades Infecciosas
5. Dr. Manuel Beza, Dirección de Planificación
6. Dr. Giovanni F. Guevara, Viceministerio de Políticas de Salud
7. Ing. Arnoldo Cruz, Unidad de Salud Ambiental
8. Dr. Miguel Linares, Dirección de Planificación

Organización Panamericana de la Salud

1. Ing. Eduardo Ortiz, Asesor Internacional en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental
2. Dr. Víctor Mejía, Asesor local de Epidemiología y Gestión
3. Dr. Mario Meléndez, Asesor local de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.



III. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

El Salvador cuenta con una extensión territorial de 21.040 km² y según datos de las Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2050², la población salvadoreña para el 2012 es de 6.1 millones de los cuales el 62.7% residen en el área urbana y el 37.3% en el área rural. El país cuenta con una población eminentemente joven, concentrándose en los menores de 15 años alrededor del 31%³.

Teniendo El Salvador un producto interno bruto (PIB) de US\$ 21,214.7 millones⁴ (2010), se categoriza como un país de renta media. Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2010, El Salvador está en el puesto 90 de un total de 169 países, siendo ubicado entre los países de índice medio. Si bien el IDH del país mejoró de 0.609 en 1996 a 0.761 en el 2010, al comparar el IDH de nuestros departamentos, persisten desigualdades e inequidades en el territorio principalmente en aquellos de alta ruralidad y de limitado desarrollo local. Dichas inequidades se reflejan en un mayor IDH en departamentos como San Salvador con 0.810 en relación con el departamento de Morazán con un IDH de 0.695.

Índices de Desarrollo Humano por Departamento

San Salvador	0.810	San Vicente	0.744
La Libertad	0.788	Chalatenango	0.737
La Paz	0.757	Ahuachapán	0.723
Santa Ana	0.754	Usulután	0.723
Cuscatlán	0.749	Cabañas	0.704
Sonsonate	0.745	La Unión	0.698
San Miguel	0.745	Morazán	0.695
El Salvador	0.761		

Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2010

Aun cuando la pobreza en la población ha disminuido de 64.8% en 1992 a 42.5% en el 2010; de estos el 14.1% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 28.4% están en pobreza relativa. En el área urbana el 38.2% viven en pobreza; el 11.3% están en pobreza extrema y el 26.9% en pobreza relativa. En cambio, en el área rural un 49.6% se encuentran en pobreza, de los cuales el 18.8% están en pobreza extrema y el 30.8% en pobreza relativa⁵.

² Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC. VI Censo Nacional de Población y V de Vivienda, 2007.

³ Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC. Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2050.

⁴ Datos preliminares del Banco Central de Reserva de El Salvador.

⁵ Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2009.



A. Satisfacción de las necesidades de atención primaria de la salud sobre todo en las zonas rurales.

1. AVANCES:

El Ministerio de Salud de El Salvador, desde 1990 cuenta con promotores para brindar atención en salud en el área rural principalmente en el cuidado de las madres, los niños y niñas menores de 5 años, promoviendo el desarrollo de saneamiento básico en los componentes de agua, letrización y manejo apropiado de desechos sólidos. A partir de 1991, se integraron todas las iniciativas de salud comunitaria en el área rural; debido a los resultados favorables se fortalece la contratación gradual de promotores de salud como estrategia básica de atención a la población rural y urbano-marginal.

Entre los años 2000 y 2008, la contratación de Promotores de Salud (conocidos como Ayudantes Rurales de Salud, ARS) se incrementa de 1,020 a 2,100, logrando aproximadamente un 80% de cobertura de los cantones en el área rural a nivel nacional. El Salvador es uno de los pocos países de Latinoamérica que cuenta desde hace más de 30 años, con servicios institucionalizados de Promotores de Salud a nivel rural, sin embargo dado que su perfil es de bachillerato, sus funciones se focalizaron a la vacunación, entrega de métodos de planificación familiar, detección y referencia de casos, sobretodo materno infantiles, así como medidas de saneamiento básico y control anti-vectorial.

El MINSAL con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud como un derecho humano fundamental, bajo los principios de solidaridad, equidad, universalidad, calidad, accesibilidad y oportunidad, en junio 2009 elimina los pagos por servicios y a partir del 1 julio de 2010 inició en los municipios más pobres un nuevo Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario basado en la Atención Primaria en Salud Integral con la instalación gradual de Equipos comunitarios de salud familiar (Ecos F) y Equipos especializados (Ecos F especializados).

El avance de implementación de dicho modelo al resto del territorio nacional se realiza en etapas, con el propósito de cambiar el enfoque medicalizado/mercantilista a un enfoque de promoción y prevención, mejorando las condiciones de salud de la población e incidiendo positivamente sobre sus determinantes; con un abordaje democrático participativo para la gestión, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud.

La organización de los servicios de salud en Redes Integrales e Integradas (RIISS), constituye el primer eje de la reforma y articula el funcionamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención con los hospitales básicos, departamentales, regionales y de referencia nacional de tercer nivel, caracterizándose por accesibilidad y capacidad instalada, proporcionando servicios de salud integrales e integrados y garantizando la continuidad de la atención a lo largo del ciclo de vida de las personas y las familias del territorio bajo su responsabilidad.

Hasta 2012 se han estructurado 74 Microrredes, 16 Redes Departamentales, 5 Redes Regionales conformando una Red Nacional; se cuenta con un total de 153 municipios beneficiados del nuevo modelo de atención integral en salud, siendo 117 con cobertura total y 36 con cobertura parcial del municipio, beneficiando a una población de 1,651,796 que corresponde a 326,921 familias; para lo cual se han instalado 422 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados.



La RIISS en el Primer Nivel de Atención, lo constituyen un total de 624 establecimientos de salud, en el segundo Nivel de atención se cuenta con 11 hospitales básicos, 14 hospitales departamentales, 2 centros de atención de emergencia y 2 hospitales de referencia regional. En el tercer nivel de atención se cuenta con 3 hospitales especializados de referencia nacional.

Los Ecos Familiares están integrados, por medico(a), personal de enfermería, promotores(as) de salud y colaboradores de servicios varios, con responsabilidad nominal de una población promedio de 600 familias para el área rural y aproximadamente 1,800 familias para el área urbana.

Los Ecos Especializados están conformados por especialistas de salud en pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna o medicina familiar, enfermería, nutrición, psicología, fisioterapia, laboratorio clínico, educación en salud y auxiliares de estadística. Con una población promedio de referencia entre 6,000 familias para el área rural y 8,000 familias para el área urbana respectivamente. Estos contarán con capacidad diagnóstica y terapéutica especializada: Laboratorio clínico, Ultrasonografía, Electrocardiograma y equipo de Fisioterapia. Los Ecos Especializados tienen servicios de extensión horaria los fines de semana y días festivos dependiendo de la demanda tienen servicios de 24 horas con apoyo del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).

El modelo incorpora la participación social y el trabajo intersectorial, fomentando la corresponsabilidad y la contraloría social. Este modelo es viabilizado a través de procesos simultáneos de organización social (Foro Nacional de Salud), conformación, desarrollo de capacidades y funcionamiento de los Comités Locales de Salud, quienes participan en la realización de Asambleas comunitarias y Diagnóstico Comunitario Participativo, tornándose gestores de su salud así como de proyectos de desarrollo social de sus comunidades. El Consejo Intersectorial de Microred Municipal/Intermunicipal, se articula efectivamente, para la planificación y Análisis de la Situación de Salud Integral y la toma oportuna de decisiones para incidir en las determinantes de salud. A la fecha, se han conformado 456 Comités Locales de Salud que se encuentran funcionando activamente; además, 136 Consejos Intersectoriales Municipales. Asimismo, se han realizado 496 Asambleas comunitarias para la instalación de los Ecos Familiares y Especializados.

Se han contratado a 2,266 recursos humanos de las diferentes disciplinas, que incluye la contratación de más de mil Promotores de Salud y 188 Supervisores de Promotores, para garantizar la sostenibilidad y atención a la población con los Ecos Familiares y Especializados, a quienes se les ha fortalecido sus capacidades en los temas: trabajo en equipo, calidad de los servicios de salud, Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), dispensarización, determinantes de la salud, discapacidad y rehabilitación entre otros.

Coberturas en Servicios Materno e Infantil

Según datos de la Encuesta FESAL 1993 y FESAL 2008 la mortalidad infantil en el área rural disminuyó de 44 a 18 muertes infantiles por mil nacidos vivos, la tasa global de fecundidad de 4.7 a 3, la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar subió de 46 a 67% respectivamente, destacando sobre estos efectos el hecho de que la entrega de servicios de planificación familiar por promotores de salud se incrementó sustancialmente en el área rural.

Durante el tercer trimestre de 2011, las coberturas de atención preventiva referidas a planificación familiar, atención prenatal, control infantil y vacunación superaron las metas anuales, en las áreas de responsabilidad de



los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS-F) y la tendencia de las estadísticas institucionales del MINSAL de 2005 a 2010 reflejan una reducción de la mortalidad en menores de 5 años⁶.

2. BRECHAS:

De las 624 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF: Básica, Intermedia y Especializada) 189 son sedes comunitarias donde se han instalado los ECOS Familiares con participación intersectorial y comunitaria, pero aún no tienen sede propia. Están en proceso de gestión la construcción de 61 sedes propias.

Actualmente debido a la situación económica del país y a la reducción presupuestaria realizada al MINSAL y específicamente al primer nivel de atención se ha replanteado la cobertura con el nuevo modelo de atención, y su intervención en las zonas urbanas, focalizando sobre todo en las áreas con menor índice de desarrollo humano relacionado con el analfabetismo, hacinamiento, condiciones de saneamiento básico, municipios de pobreza extrema severa rural y urbana, con alta prevalencia en desnutrición, estableciendo que para 2014 se beneficiarán a 3.118,231 habitantes con acceso a la red de servicios de salud del MINSAL y un 1.4 millones adicionales de la población será cubierta por la Seguridad Social.

Adicionalmente existen dificultades con la contratación y sostenibilidad de profesionales de la salud sobre todo para los Ecos Especializados, influido por altos niveles de inseguridad e índice delictual en algunos municipios, falta de incentivos en el área rural y resistencia de los especialistas para alejarse de las ciudades por coexistencia de trabajo privado, así como la falta de congruencia entre las necesidades del país y los perfiles de formación de profesionales tanto en el pre grado como en los post-grados.

Para 2011, de 262 municipios se han beneficiado 153 (58%), quedando una brecha de 109 municipios. En la reducción del alcance del modelo de atención, también se ve afectado la contratación de recurso humano multidisciplinario, la participación ciudadana a través de los comités locales y consejos municipales de salud.

3. TEMAS Y PROBLEMAS EMERGENTES

El incremento del fenómeno de las maras o pandillas, es uno de los problemas más sentidos por la mayoría de salvadoreños, pues además crea un ambiente de inseguridad, pérdida de valor por la vida y estrés sobre todo en las zonas urbanas marginales y semi-rurales. Para el sistema de provisión de servicios de salud es un verdadero reto, ya que la inseguridad genera deserción de personal en los territorios más afectados por situaciones de extorsión y violencia.

Por otra parte es importante destacar la situación de vulnerabilidad creciente ante situaciones de desastre por causas ambientales, principalmente en la población más pobre de las áreas urbano marginales y rurales que además son afectadas en su seguridad alimentaria por pérdidas de la producción agrícola y del patrimonio familiar (vivienda, erosión del suelo, entre otros), lo cual agrava su situación de pobreza, desarrollo y salud.

4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN:

- Promover el reconocimiento, a nivel nacional, de la estrecha relación que tiene la salud en el desarrollo sostenible, económico y socio-cultural de los países, como una condición y producto del desarrollo.

⁶ Ministerio de Salud, Informe de Labores 2010. Disponible en <http://www.salud.gob.sv/index.php/servicios/descargas/documentos>



- Fortalecer el funcionamiento de las RIISS mediante la participación en la elaboración, socialización e implementación del marco regulatorio, así como la participación en las reuniones de los consejos y comité en los diferentes niveles de la red.
- Brindar asesoría técnica, supervisión y monitoreo a los establecimientos de salud, en los diferentes niveles de gestión (subsistema financiero, adquisiciones, contrataciones, provisión y atención a la familia) para fortalecer el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral y mejorar el desempeño del personal para asegurar la provisión de los servicios de salud con calidad y calidez.
- Articular de forma sinérgica la ejecución de proyectos, programas e iniciativas de apoyo a los servicios de salud, provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento (gobierno, cooperación externa) para mejorar la APS integral, principalmente en el área rural.
- Promover la participación comunitaria, en coordinación con el Foro Nacional de Salud, de forma tal que la ciudadanía organizada incida en las determinantes sociales de la salud con abordaje intersectorial.
- Estimular la actividad investigativa y creadora cada vez con mayor calidad y rigor científico en todos los profesionales, para la búsqueda de soluciones innovadoras a los problemas de salud con abordaje intersectorial.
- Contribuir al mejoramiento de los Análisis de la Situación de Salud Integral como herramienta fundamental de gestión en los territorios por parte de la RIISS en todos los niveles de intervención, de acuerdo a las necesidades locales.
- Promover el avance y perfeccionamiento del proceso de dispensarización, y de seguimiento por grupo dispensarial en la población bajo la responsabilidad de los Ecos Familiares.
- Contribuir en la integración del Sistema Único de Información Estratégica en Salud.

B. Lucha contra las enfermedades transmisibles

1. AVANCES

En El Salvador, las enfermedades infecciosas constituyen una de las principales causas de morbi-mortalidad. Tradicionalmente se han hecho muchos esfuerzos para disminuir su prevalencia a través de estrategias de prevención y control en las áreas de salud ambiental y la aplicación de las vacunas para enfermedades específicas. Para efecto de enumerar los avances, brechas y líneas estratégicas de acción, se han clasificado en enfermedades inmunoprevenibles, infecciones adquiridas en la atención sanitaria, infecciones reemergentes y desatendidas.

a) Enfermedades Infecciosas Inmunoprevenibles.

En los últimos 25 años se ha logrado erradicar enfermedades como la viruela y la poliomielitis; otras como el sarampión y la rubeola se encuentran en proceso de certificar su erradicación. La última epidemia de sarampión fue en 1989 con 16,536 casos, a partir de esta fecha se mejoraron las coberturas y el último caso de sarampión



autóctono se reportó en 1996; en 2001 se reportaron dos casos de sarampión que resultaron ser procedentes de España. La vacuna contra la Rubeola se aplica simultáneamente con la vacuna contra el sarampión para prevenir severas malformaciones congénitas cuando afecta a mujeres embarazadas, razón por la cual es importante mencionar la disminución significativa de rubeola congénita en El Salvador. El último caso de rubeola reportado en El Salvador fue en 2006.

Respecto a la poliomielitis en 1987 se reportó el último caso y en cuanto al tétanos neonatal, gracias a la cobertura de inmunización en mujeres en edad fértil, se la logrado reducir la incidencia de casos de más de 150 en 1989 a uno solo en 2005, año en que se reportó el último caso. La tosferina, como enfermedad responsable de neumonías en la etapa infantil, ha presentado una disminución a partir de la década de los 90 cuando aún se contaban más de 150 casos al año. Para 2011 los casos de tosferina reportados por Sistema de Vigilancia fueron 8 y correspondieron a niños menores de 6 meses de edad que presentaban esquemas incompletos de vacunación.

En relación con la oferta de los servicios de inmunización, en 2012 se cuadruplico el presupuesto asignado en el 2009, siendo actualmente de \$ 20,223,190.94; y se han agregado nuevas vacunas como la multivalente contra el neumococo para proteger población infantil y adulta. Se ha incrementado la cobertura de protección para adolescentes, adultos mayores, mujeres embarazadas y trabajadores de salud. Para el control de las enfermedades respiratorias, se están ofreciendo 7 tipos de vacunas diferentes aplicadas no solamente a los niños menores de 5 años de edad, sino que también a grupos familiares con especial énfasis en grupos prioritarios como son personas de la tercera edad, mujeres embarazadas, personas inmunodeprimidas y personal de salud, con esta acción se pretende disminuir el impacto que tienen las infecciones respiratorias en la morbilidad y mortalidad de la población salvadoreña.

Para el control de la enfermedad diarreica, se introdujo la vacuna contra el rotavirus con coberturas de vacunación superiores al 90% de niños menores de 1 año de edad; se tiene una disminución importante de los casos de rabia humana y así tenemos que en el año 2001, se reportaron 4 muertos y a partir de 2009, no se reportan casos de rabia humana en El Salvador. Este importante logro se debe a las campañas de vacunación masiva diseñadas para perros y gatos y la aplicación de vacuna y suero antirrábico a todas aquellas personas que presentan un riesgo importante a través de la mordedura por animales transmisores de rabia. A partir del año 2010, las coberturas de vacunación humana son alrededor del 92%⁷.

b) Infecciones adquiridas en la asistencia sanitaria

Los avances en este rubro se refieren a la Conformación de los Comités de Control de Infecciones en los 30 hospitales de la red nacional, los cuales establecen una vigilancia activa de estos casos y desarrollan acciones tendientes a su disminución como son el lavado adecuado de manos. Además se han implementado procesos de elaboración, actualización y socialización de las normas y lineamientos de atención de las infecciones adquiridas en la asistencia sanitaria con participación intersectorial y se ha fortalecido la capacidad diagnóstica de los laboratorios de bacteriología para realizar una vigilancia activa del comportamiento de la resistencia bacteriana.

c) Enfermedades Infecciosas Transmitidas por Vectores

En El Salvador se reportan una baja tasa de incidencia y mortalidad por malaria, así tenemos que en el año 1992, se reportaron 4,539 casos con cero muertes y para el año 2011, los pacientes reportados ascendieron a 13

⁷ UNICEF. Immunization summary. A statistical reference containing data through 2010.



casos. Estos logros se deben a un esfuerzo sostenido de los equipos de salud (promotores de salud, inspectores de saneamiento y otro personal de salud del MINSAL) que identifica tempranamente a las personas enfermas y la aplicación oportuna del tratamiento; además la elaboración de normas y lineamientos diseñados para el control de la malaria con participación intersectorial para el abordaje de las enfermedades infecciosas.

d) Enfermedades Infecciosas Reemergentes

A partir del año 2000, en El Salvador, el dengue se comporta de una manera epidémica. El avance importante en esta enfermedad, es la disminución significativa de la mortalidad, debido al diagnóstico temprano y la aplicación oportuna del tratamiento. En relación con el año 2000 para 2011 el número de muertes por dengue disminuyó de 30 a 7 respectivamente.

En relación a la pandemia por VIH/sida, las primeras evidencias de infección en El Salvador se obtienen en la década de los ochenta y desde esa época hasta la fecha, se inician una serie de esfuerzos dirigidos a controlar esta enfermedad. En El Salvador éstos esfuerzos han conducido a mejorar el diagnóstico de la enfermedad y aplicar los tratamientos de una manera oportuna. Es de mencionar que en El Salvador el avance más importante es la disminución de la transmisión vertical, en donde se tienen reportados 142 niños en el año 2001 a 9 niños en el año 2010, representando una disminución de la transmisión vertical en el 93.6% de los casos

e) Infecciones desatendidas

En este grupo de enfermedades se encuentran la toxoplasmosis, geohelmintiasis, leptospirosis, leishmaniasis y lepra. Al momento se están haciendo esfuerzos importantes para establecer la línea de base de toxoplasmosis en mujeres embarazadas y geohelmintiasis en escolares. Uno de los principales avances ha sido la organización de un área administrativa dedicada a la elaboración de las normas y los lineamientos para el control de estas infecciones.

2. BRECHAS

- No se cuenta con una ley de vacunas para asegurar la sostenibilidad de la oferta de servicios de inmunización.
- Insuficiencia presupuestaria para el control de las infecciones adquiridas en la atención sanitaria.
- La prevalencia de VIH/sida en jóvenes de 15 a 24 años se ha incrementado de 7 a 26 casos por 1,000 entre 1991 y 2009⁸.
- Las infecciones adquiridas en la asistencia sanitaria no se reportan adecuadamente en el sistema único de información, lo cual significa dificultades de acceso, retroalimentación clínica y uso adecuado de los medicamentos.
- No se utilizan los datos de sensibilidad bacteriana para fortalecer el cuadro básico de medicamentos del Ministerio de Salud.
- No se cuenta con lineamientos actualizados para el uso adecuado de los antimicrobianos.
- Limitantes en las acciones comunitarias para el control de la transmisión del VIH.
- Limitada articulación de esfuerzos entre el sector educativo y salud sobre educación en salud sexual y reproductiva para incrementar el control de enfermedades de transmisión sexual.
- Limitantes en la vigilancia y reporte de otras infecciones de transmisión sexual como sífilis y gonorrea.

⁸ Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Estadísticas Sanitarias 1991, 2009.

3. LÍNEAS DE ACCIÓN

- Garantizar presupuestos anuales que permitan la continuidad en la aplicación de los esquemas regulares de vacunación.
- Promover la aprobación de la Ley de Vacunas.
- Elaboración y divulgación de las normas y lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones.
- Elaboración y divulgación de las normas y lineamientos del programa ampliado de vacunas (PAI)
- Vigilar el cumplimiento a los lineamientos de “vacunación segura”
- Mantener capacidad de almacenamiento de vacunas a través del mantenimiento de cuartos fríos y frigoríficos.
- Realizar estudios de costo efectividad que permitan evaluar la introducción de nuevas vacunas en el esquema nacional de inmunizaciones.
- Mantener coberturas de vacunación superiores al 95%.
- Vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación (ESAVI)
- Disminuir la incidencia de infecciones respiratorias en niños menores de 6 meses de edad, incluyendo prematuros de bajo peso al nacer.
- Mantener una adecuada vigilancia activa de los casos de malaria autóctonos.
- Mantener una vigilancia activa para identificar casos importados de malaria resistentes a los antimaláricos.
- Vigilancia activa de infecciones adquiridas en la asistencia sanitaria
- Monitorizar los reportes bacteriológicos para identificar tempranamente el apareamiento de resistencias bacterianas
- Elaborar lineamientos para el uso adecuado de los antimicrobianos en los diferentes niveles de atención.
- Disminuir los casos de dengue interviniendo en los tres eslabones de la cadena de transmisión: identificación temprana de los enfermos de dengue, acciones antivectoriales y medidas de salud ambiental.
- Mantener una vigilancia activa en todos los grupos para la detección de los casos de VIH/sida, para garantizar la atención integral.
- Establecer la línea base de las infecciones desatendidas para elaborar políticas de acción enfocadas en la identificación del enfermo y aplicación temprana de los tratamientos
- Elaborar lineamientos para la prevención y control de enfermedades desatendidas, especialmente en la identificación y focalización de intervenciones en grupos prioritarios como personas hospitalizadas en servicios quirúrgicos y de cuidados intensivos, niños y niñas, embarazadas y adultos mayores.
- Detección temprana de las mujeres embarazadas infectadas por toxoplasmosis para disminuir la transmisión vertical.

C. Protección de los grupos vulnerables

1. AVANCES

En lo relacionado a la mujer, la mortalidad materna se ha reducido de 158 a 56 muertes por 100,000 nacidos vivos entre 1993 y 2010 respectivamente. Ha habido un incremento del porcentaje de embarazadas con al menos



5 controles, de 31.4% en 1993 a 69.9% en 2008; la proporción de partos atendidos intrahospitalariamente aumentó, de 51% en 1993 a 83.7% según encuesta FESAL 2008.

El control postparto, creció de 30.3% en 1993 a 52.8% en 2008. Por otro lado, la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres de 15 a 44 años, casadas o unidas alguna vez en su vida ha aumentado desde 52.3% en 1993 a 72.5% en 2008, lo que ha impactado en la tasa global de fecundidad que se ha disminuido de 3.8 hijos por mujer en 1993 a 2.5, por mujer en edad fértil para 2008

La tasa de mortalidad del menor de cinco años, en los últimos quince años ha descendido de 52 a 19 muertes por 1,000 nacidos vivos en 1993 y 2008 respectivamente (33 puntos). En tanto, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 41 a 16 muertes por mil nacidos vivos (25 puntos). La mortalidad perinatal bajó de 26 a 19 muertes por mil embarazos viables entre 1998 y 2008, mientras que la neonatal bajó de 23 a 9 por mil nacidos vivos entre 1993 y 2008 debido a mejoras en la atención de la madre y del recién nacido.

Dentro de los programas preventivos, el incremento de las coberturas de vacunación a nivel nacional ha impactado en la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles en la niñez; el porcentaje de menores de 1 año con esquema completo de vacunación⁹ aumentó del 75% en 1993 a 90.4% en 2008. Según las estadísticas institucionales del MINSAL, a 2010, la cobertura de atención en salud ha mejorado sustancialmente desde 2008; la cobertura de atención infantil subió de 80% a 83%; la atención prenatal de 53% a 86%; la atención del parto institucional de 68% a 90% y el control post natal de 49 a 80%. Por otra parte en lo relacionado a la producción de servicios de hospitalización la tasa de egreso por mil habitantes subió de 68 en 2008 a 90 durante 2010¹⁰.

Las tasas de prevalencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años se han reducido de 24.4% a 13.8% y de 59.4% a 28%, de 1993 para 2008¹¹, respectivamente. La prevalencia de neumonía, como complicación más frecuente de las infecciones respiratorias agudas, se ha visto reducida de 25.9% en 1998 a 13.9% en 2008. La desnutrición en menores de 5 años en El Salvador como determinante de complicaciones en la niñez, ha tendido a la disminución, desde un porcentaje de baja talla para la edad de 22.8% en 1993 a 14.5%¹². El porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva aumentó de 20.4% en 1993 a 31.4% en 2008.

En cuanto a la población adolescente, en el tema de salud sexual y reproductiva, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años ha disminuido de 120 a 89 hijos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años entre 1993 y 2008; la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas de 15 a 19 años de edad, subió de 22.5% en 1993 a 54.8% en 2008.

Respecto a la población de adultos mayores, se ha dado una cobertura de vacunación contra la influenza mayor del 95% en 4 campañas implementadas en los últimos dos años a nivel nacional. Para 2008, se fortaleció técnicamente a 1,370 recursos de salud, de diferentes disciplinas, capacitados en la atención primaria en salud para la persona adulta mayor, en el Primer Nivel de Atención.

⁹ Esquema completo de vacunación incluye una dosis de BCG, la tercera dosis de DPT/Pentavalente, la tercera dosis de antipolio oral y una dosis de antisarampionosa/SPR

¹⁰ Ministerio de Salud, Informe de Labores 2010-2011

¹¹ Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud Familia FESAL 1993, 2008.

¹² Usando NCHS/CDC/OMS como referencia internacional para ambas mediciones.

2. BRECHAS

Respecto a los grupos vulnerables, la exclusión social en salud está caracterizada principalmente por variables relacionadas con la pobreza, el bajo ingreso económico, el acceso a la seguridad social y al empleo pero también por la inaccesibilidad geográfica y económica al sistema de salud, el analfabetismo, la no disponibilidad de infraestructura sanitaria; así como, la inequidad en la distribución de los recursos humanos en salud.

El 90% de todas las muertes maternas en 2009 ocurrieron en el nivel socioeconómico bajo, el 60% fueron clasificadas como prevenibles si hubiesen tenido recursos materiales y humanos para el manejo adecuado durante la atención en los servicios de obstetricia¹³.

La mortalidad por cáncer cervico-uterino en El Salvador, sigue siendo un problema de salud pública principalmente para las mujeres entre los 30 y 59 años de nivel socio-económico bajo, que residen en el área rural y que nunca se han tomado una citología.

Para El Salvador la incidencia de nuevos casos se ha mantenido relativamente constante según datos de GLOBOCAN para los años 2000 y 2002 (40.56 y 45.6 por 100, 000 habitantes) en cambio la mortalidad reportó un incremento del 50% en el mismo periodo (15.75 y 23.5 por 100,00 habitantes.), lo cual denota limitantes en el acceso a los servicios de tratamiento oportuno¹⁴.

En lo referente a la niñez a pesar de los avances en los últimos 15 años, aún hay brechas importantes en la calidad de los procesos de atención materna e infantil. La mayor carga de la mortalidad infantil está representada en el 56% de la mortalidad neonatal y de ésta, la mortalidad neonatal temprana (durante los primeros 7 días de vida) representa el 86%. La tasa de mortalidad perinatal de El Salvador es de 19 por mil embarazos viables, y son los mortinatos quienes representan el 63% de dicha estimación, lo cual señala una brecha importante en la calidad de la atención a la mujer desde la etapa preconcepcional, durante el embarazo y el parto. Es importante destacar que la mortalidad perinatal está mayormente asociada con madres de menor escolaridad, menor nivel de ingreso y la edad de la madre al momento del parto¹⁵.

En el tema de salud sexual y reproductiva, en jóvenes de 15 a 24 años la percepción de riesgo personal de infectarse del VIH ha retrocedido de 28.2% en 1998 a 20.3% en 2008 y respecto al conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) solamente el VIH fue reconocido como tal por el 98% de las mujeres de 15 a 19 años y de las otras ITS, solamente la sífilis y la gonorrea alcanzaron un reconocimiento entre el 50 y 60% y otras como el herpes genital se menciona en el 47%, la tricomoniasis en el 11% y el 24% reconocen al papiloma humano como una ITS, a pesar de que se considera como la causa más frecuente del cáncer uterino. En cuanto al uso de anticonceptivos no se reportó incremento entre las mujeres sin educación formal, la oferta de métodos modernos de planificación familiar en establecimientos públicos de salud aún es limitada y la educación sobre salud sexual y reproductiva en el hogar y en el ambiente escolar es aún bastante escasa para la población adolescente.

¹³ Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal 2011-2014

¹⁴ Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en El Salvador, 2005-2009

¹⁵ Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2008)



Las adolescentes con experiencia sexual que tuvieron un embarazo están concentradas en el grupo de 15 a 19 años, con menor nivel educativo, residentes en el área rural y con menores ingresos económicos¹⁶. Del total de atenciones registradas a causa de abortos en el año 2009, el 31.4 % correspondió a población adolescente. Del total de muertes maternas registradas para el año 2009, el 27.7% correspondieron a adolescentes, siendo sus principales causas las intoxicaciones por plaguicidas, hemorragias post parto, shock séptico, hipertensión inducida por el embarazo, entre otras.

La población adolescente es actualmente la más vulnerable a las lesiones de causa externa por violencia y accidentes. Durante 2008 según estadísticas del MINSAL, del total de casos de heridas por arma de fuego, por arma blanca y accidentes por vehículo, el 21.7%, el 23.1% y 18%, respectivamente, correspondió a población adolescente. El 41.7% de los casos de violaciones sexuales por familiares o no familiares se presentó en adolescentes predominando en el sexo femenino, y 20.6% de los casos de maltrato físico y psicológico ocurrió en población adolescente, predominando en el sexo masculino. En el mismo año, del total de intentos de suicidio, 33.6% se dieron en adolescentes, predominando en el sexo femenino. Entre las principales causas de muerte hospitalarias en adolescentes de 10 a 19 años de edad, en el grupo de hombres fueron los traumatismos, intoxicación por plaguicidas, y en las mujeres fueron las intoxicaciones por plaguicidas asociadas a intentos de suicidio en primer lugar, septicemias y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En el tema del trabajo infantil, los resultados obtenidos para el año 2010, indican que existen 177,070 infantes entre la edad de 5 a 17 años, que se encuentran desarrollando alguna actividad que representa un ingreso para el hogar. Del total de ocupados en el rango de edad de 5 a 17 años, el 72.6%, corresponde al género masculino y un 27.4% al género femenino; en el rango de 5 a 9 años de edad, trabaja el 3.0%; en el grupo de 10 a 14 años, lo hace el 40.0% y para la población de 15 a 17 años, este porcentaje es del 57.1%¹⁷.

Respecto a la población adulta mayor, a raíz del aumento en la esperanza de vida, se han visto incrementadas las enfermedades crónicas no transmisibles, y destaca un incremento en los casos de ITS y VIH en este grupo de edad a predominio del sexo masculino y aún no se ha logrado consolidar la atención integral al climaterio y la andropausia.

3. PROBLEMAS EMERGENTES

Las enfermedades metabólicas como la diabetes y cardíacas se han constituido en causa de morbilidad discapacidad y muerte en las mujeres desde los 25 años de edad, lo cual además ha incrementado el riesgo preconcepcional para una maternidad segura y por otra parte, la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y 2002 ocupó el segundo lugar con 12% respecto a otros tipos de cáncer, en el 2002 la incidencia de esta enfermedad en las mujeres salvadoreñas obtuvo el tercer lugar después del cáncer cérvico uterino y de estómago.

En la niñez, las malformaciones congénitas han cobrado mayor relevancia como una de las principales causas de muerte infantil, lo cual está asociado a incrementos en los partos prematuros, deficiencias de micronutrientes en la mujer y otros factores ambientales aún pendientes de estudio.

¹⁶ Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal, MINSAL 2011-2014

¹⁷ Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). Encuesta de Hogares para Propósitos Múltiples, 2010.

El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública, principalmente en adolescentes en el quintil de menor ingreso cuya tasa específica de fecundidad triplica la estimada para el mismo grupo de edad perteneciente al quintil de mayor ingreso (131 en relación a 43 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes, respectivamente)¹⁸.

A partir de los 5 años, los traumatismos, envenenamientos y otras lesiones de causa externa en su mayoría asociadas a la violencia social y los accidentes de tráfico han significado un problema emergente de múltiple causalidad siendo la población masculina de 25 a 59 años la más afectada, con el doble de hospitalizaciones y 5 veces más muertes en relación a la mujeres.

Respecto a los adultos mayores se tiene un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales representan más del 70% de toda la morbilidad para este grupo etario.

4. LINEAS ESTRATEGICAS DE ACCIÓN

- Establecimiento de alianzas entre las instituciones del SNS y otros sectores, para la aplicación de políticas públicas y cumplimiento del marco regulatorio en los procesos de atención integral en salud.
- Fortalecimiento e integración de los sistemas de información institucionales del SNS y otros sectores para disponer de datos nacionales de la salud en los diferentes ciclos de vida y con perspectiva de género.
- Fortalecimiento de acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de la provisión de servicios de salud integral en las instituciones del SNS y otros sectores para la toma informada y oportuna de decisiones.
- Desarrollo de competencias técnicas y habilidades en los equipos multidisciplinarios técnicos y administrativos para la atención integral con enfoque de derecho y perspectiva de género.
- La atención hospitalaria especializada del parto y de los recién nacidos debe mejorarse sustancialmente para brindar cuidados obstétricos y neonatales las 24 horas los 365 días del año en todos los hospitales; así como la calidad de la atención integral en salud sexual y reproductiva, especialmente el control prenatal desde el primer nivel de atención.
- Los servicios de cirugía y ortopedia ameritan fortalecimiento para la atención especializada con mejoras en la dotación de insumos médicos de osteosíntesis y otros servicios complementarios de apoyo.
- Incorporación de los temas de la salud integral en los planes de estudio de educación básica, media, pre y post grado en las instituciones formadoras de recursos humanos
- Organización de redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) para la atención diferenciada por ciclos de vida en el marco de la salud familiar y comunitaria.
- Articular los recursos y regulaciones de los programas de atención a los grupos vulnerables (mujeres, niñez, jóvenes, trabajadores, adultos mayores y discapacitados) en los diferentes ciclos de vida.
- Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de la población, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica.

¹⁸ Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL).



D. Solución del problema de la salubridad urbana

1. AVANCES

En El Salvador, de los 5.7 millones de habitantes censados en 2007, el 55% se concentra en 4 de los 14 departamentos del país y el 27.3% se ubica en el departamento de San Salvador, el cual tiene una densidad poblacional de 1,737 habitantes por km². Comparando los Censos de Población y Vivienda de 1992 y 2007 la población urbana ha aumentado de 50.4% a 62.7% y la rural ha disminuido de 49.6% a 37.3%.

Se considera una ciudad saludable aquella que involucra a grupos de población en espacios definidos con equidad en salud. Estos espacios existen cuando las condiciones de vida son favorables en términos de oportunidades, para el desarrollo individual y colectivo dentro de un entorno físico, social, ambiental y cultural adecuado.

En el área de salud ambiental, el MINSAL ha tenido un avance considerable en la elaboración de documentos regulatorios que han permitido fortalecer un proceso sistemático en la vigilancia de los factores ambientales que repercuten en la salud humana.

DISPOSICIÓN SANITARIA DE EXCRETAS Y AGUAS RESIDUALES.

Las coberturas de disposición sanitaria de excretas se han visto incrementadas en el área urbana en un 18% desde el período 1992 al año 2007, asimismo, a partir del año 1998 al 2005 se mantiene una tendencia lineal, de lo cual se deduce que la inversión realizada en ese período solamente cubrió la demanda inmediata del crecimiento poblacional de ese período¹⁹.

El MINSAL realizó entre 2000 y 2002 el primer estudio de seguridad microbiológica, en el cual se concluyó que los sólidos almacenados en los sistemas de saneamiento pueden ser peligrosos aun después del tiempo de almacenamiento mínimo de seis meses, siendo necesario un periodo mínimo de un año ya que los huevos de *Ascaris*, pueden persistir por períodos mayores de un año, y que más muestras de sólidos de letrinas aboneras tenían huevos viables.

CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO

A nivel nacional, en el año 1992, la cobertura de acceso a agua potable, era del 47%, incrementándose en el 2007 al 78%. Sin embargo, de acuerdo a datos de cobertura del MINSAL, en el año 2010, el acceso de la población a fuentes mejoradas de agua en área urbana, fue de 88.08% y de 61.03% en área rural, con un promedio nacional de 74.55%.

A pesar de tener emergencias naturales como terremotos, inundaciones no se han presentado epidemias de enfermedades de origen hídrico, como resultado de la estrategia de desinfección del agua a nivel suburbana en forma domiciliar con el Hipoclorito de sodio al 0.5 % (PURIAGUA), producido en los establecimientos de salud y distribuido gratuitamente a la población. La efectividad de esta estrategia se evidenció durante la epidemia del cólera en 1991 el cual presentó 11,739 casos; en los años posteriores, el cólera disminuyó rápidamente llegando al año 1999 a 154 casos y en el año 2000 con 631. A partir de entonces no se registran casos de cólera en el país.

¹⁹ DIGESTYC, 2007 y MINSAL 2005



A partir de 1997 el MINSAL realiza vigilancia sanitaria para el cumplimiento de la Norma Salvadoreña Obligatoria de la Calidad de agua para consumo humano, aumentando el cumplimiento de parámetros bacteriológicos contenidos en la norma de 87% en 1997 a un 95% para 2010.

DESECHOS BIOINFECCIOSOS

A partir del año 1992 a través del proyecto ALA/91 de la cooperación europea se ha fortalecido al país con las bases para la implementación del programa de manejo seguro de desechos bioinfecciosos. Actualmente el MINSAL implementa un modelo de manejo que incluye la separación en el origen, recolección, tratamiento y disposición final de los mismos, cumpliendo con los estándares ambientales y sanitarios.

Actualmente la generación de desechos bioinfecciosos alcanza un promedio de 7.58 toneladas/día, de los cuales 85% provienen de la generación de los establecimientos de Salud del Sistema Público de Salud y el restante 15% de establecimientos privados.

2. BRECHAS

- No existe un ordenamiento territorial, que proteja el medio ambiente y un uso adecuado del suelo y los recursos hídricos, para la protección de la salud humana y el ambiente.
- La inversión en abastecimiento de agua y saneamiento básico no han sido suficientes para cubrir la demanda del área suburbana y rural.
- Los proyectos de introducción y mejoramiento de agua potable no integran el componente de manejo integral de aguas residuales.
- El 78% de los municipios no tienen acceso a sistema de alcantarillado sanitario, y el 22% que lo tiene sólo colecta las aguas residuales, pero éstas no son tratadas.
- No existe seguimiento y control de los desechos bioinfecciosos generados por el sector privado (hospitales privados, clínicas médicas y odontológicas, laboratorios, otros).

3. PROBLEMAS EMERGENTES

De acuerdo a diversas fuentes, entre 1950 y 2008, la población que vive en zonas urbanas creció del 26% al 60% y para 2009, seis de cada diez salvadoreños vivían en las grandes ciudades, generando presión de la demanda al acceso de servicios básicos, a lo cual se suman los riesgos ambientales, terremotos, ubicación de asentamientos urbanos en zonas de riesgos, estilos de vida en ambientes no saludables, y riesgos sociales como la violencia, así como los de salud (epidemiológicos). Debido a que la población salvadoreña se vuelve cada vez más vulnerable a enfermedades tanto agudas como crónicas, las cuales están relacionadas con factores climáticos y epidemias ocasionadas por vectores y zoonosis.

4. LINEAS DE ACCION.

- Promover una mayor cobertura y calidad de agua potable para 2015, tanto en el área urbana como rural.
- Promover acciones de abogacía conjunta entre el sector gubernamental y no gubernamental, para el incremento del presupuesto nacional para el área de saneamiento.
- Incrementar las coberturas de disposición de excretas a 87% para 2015 en coordinación con las municipalidades y otros actores sociales.
- Incrementar la participación activa de los establecimientos de salud privado en el modelo de manejo de los desechos bioinfecciosos.

E. Reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales

1. AVANCES.

A inicios de los 90's, se estructura un departamento de Saneamiento Ambiental dentro del MINSAL, que para esa fecha fungía como la única estructura ambiental de país para dar respuesta a temas como aire, excretas, aguas residuales, desechos sólidos, sustancias peligrosas (plaguicidas) entre otros, en el marco del Código de Salud; actualmente esta área se identifica como Unidad de Salud Ambiental.

Es a partir del año 1998 que se crea la ley del medio ambiente dando la base legal para la conformación del ente rector ambiental para El Salvador, estableciendo un marco regulatorio para el control y vigilancia de factores de riesgo ambiental como son efectos de aguas residuales, contaminación del aire, desechos sólidos y peligrosos entre otros.

a) Aguas Residuales

El país cuenta desde el año 2009 con una normativa nacional para el control de las aguas residuales especiales "Norma Salvadoreña Obligatoria de Aguas Residuales descargada a Cuerpos Receptores".

En el año 2007 el MINSAL aprueba la guía técnica sanitaria para instalación y funcionamiento de sistemas de tratamientos individuales de aguas negras y grises para la vigilancia de las descargas domiciliarias al subsuelo.

Para el año 2010 del total de municipios el 22% cuenta con sistema de alcantarillado sanitario administrado por ANDA, y el 10% cuenta con sistemas descentralizados, administrados por municipalidades o entes privados²⁰.

b) Desechos Sólidos

En el año 2007 se estableció por decreto legislativo la clausura botaderos de desechos a cielo abierto habilitándose por el MARN 14 rellenos sanitarios.

Desde el año 2007 el Ministerio de Salud implementa la estrategia de recuperación de los desechos sólidos comunes reciclables en cumplimiento a la Política de Salud vigente.

c) Calidad del Aire

En el país se inició el monitoreo de la Calidad del Aire en 1996, con el apoyo técnico y financiero de la Fundación Suiza de Cooperación Técnica (Swisscontact) a través del Laboratorio de Calidad Integral de FUSADES quien continuó realizándolo en el gran San Salvador hasta 2001, tarea que ha sido retomada por el Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN) hasta la fecha.

La identificación de fuentes emisoras a la atmósfera, en la zona central en el departamento de San Salvador en los municipios de Soyapango y San Salvador, son: Nejapa Power Plant, Duke Energy Soyapango y Planta Termoeléctrica Textufil. Estas tres plantas descargan en conjunto el 9% de las emisiones totales del AMSS.

²⁰ Boletín Informativo ANDA, 2010.



El monitoreo de la Calidad del aire incluye la medición de parámetros tales como el dióxido de nitrógeno, ozono y partículas totales suspendidas.

Para el año 2011 El Salvador cuenta con una ley nacional de control del tabaco, promoviendo los ambientes libres de humo de tabaco en lugares públicos y privados con acceso al público.

d) Capacidad nacional en el manejo de sustancias químicas y peligrosas.

En el país se ha fortalecido la vigilancia del ciclo de vida de las sustancias químicas peligrosas a partir de la entrada en vigencia en el año 2008 de la norma de almacenamiento de sustancias químicas peligrosas por parte del MINSAL la cual tiene como fin el resguardo de la salud y el ambiente a través de una mejor gestión del riesgo de las sustancias químicas en los sectores industriales y comerciales del país.

Durante los años 2008-2009 el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales en cumplimiento de los convenios internacionales ratificados en materia de sustancias peligrosas como son Basilea, Estocolmo y Rotterdam elabora la política de seguridad química, el plan nacional de gestión de Compuestos Orgánicos Persistentes (COPS) y el perfil nacional de sustancias químicas.

Ante el decreto de emergencia ambiental del área dentro del perímetro de 1500 metros alrededor de las instalaciones de la ex fábrica Baterías de El Salvador, S.A. de C.V., el MINSAL elaboró un plan con el objeto de agilizar el tratamiento especializado de los casos diagnosticados de intoxicación crónica por plomo, así como la búsqueda de nuevos casos en la población residente en la zona de emergencia ambiental.

La firma de este decreto pone en evidencia la emergencia ambiental justificada en los resultados del reciente análisis de suelo realizada por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA) y las muestras en pozos de agua y suelo que tomó el MARN y ANDA, los cuales determinan contaminación ambiental por plomo en niveles que representan peligro para la salud.

En seguimiento a dicha emergencia ambiental, la asamblea legislativa propone y aprueba una ley especial transitoria, que fue oficializada el 12 de septiembre de 2011, Diario oficial, tomo 302, N° 170. Dicha ley, se denomina: Ley especial transitoria para la remediación de la contaminación por plomo en Cantón Sitio del Niño, Jurisdicción de San Juan Opico, Depto. La Libertad.

Dicha ley, tiene por objeto facultar al MARN para que realice y coordine las acciones para remediar la contaminación ambiental por plomo en el Cantón Sitio del Niño.

Algunas acciones realizadas por el gobierno ante la situación de emergencia por el proceso de contaminación por plomo, son:

- Atención en salud de tipo especializada a la población afectada y expuesta
- Abastecimiento de agua segura para el consumo humano
- Restricción de acceso y de uso de suelos donde se presentan concentraciones de plomo por encima de los niveles permitidos
- Declaratoria de inhabilitación en viviendas donde los suelos muestran una concentración de plomo, en niveles peligrosos para la salud.



- Cierre de pozos artesanales en los que la concentración de plomo superen el límite máximo permisible por la norma salvadoreña obligatoria de agua potable (0.01 mg/L)

e) Aguas Superficiales

El MARN inicia a finales de los años 90, la vigilancia de las aguas superficiales por medio del laboratorio de calidad del agua de lagunas, ríos y lagos, determinando contaminantes químicos y microbiológicos. El MINSAL en 2002 retoma a través del laboratorio de seguridad microbiológica ambiental el monitoreo de agua de ríos, lagos y lagunas, con el objetivo de identificar contaminantes microbiológicos por descargas domiciliarias y agroindustriales, que generen riesgos y amenazas a la salud y dificulten el desarrollo económico afectando fuentes de ingreso en las que la actividad económica está basada en el manejo y utilización del agua.

Por su parte, el Servicio Nacional de Estudios Territoriales (SNET) monitorea y controla las tres subcuencas más contaminadas del país.

El muestreo en aguas superficiales, permite aislar microorganismos que puedan ser agentes de transmisión de enfermedades gastrointestinales, respiratorias o de la piel, a través del agua, lo que establece necesidades en la intensificación de acciones preventivas en las poblaciones cercanas o abastecidas por dichas fuentes superficiales, debido al uso del agua para fines domésticos, o de consumo. Se incrementa la promoción de uso de puriagua, para la desinfección de agua para consumo y vegetales.

2. BRECHAS.

- Si bien existen ordenanzas sobre el manejo de desechos sólidos, estas no se aplican.
- Del total de plantas de tratamiento de aguas residuales de tipo ordinario construidas y operando, el 98% no cumple con normativa respectiva.
- Limitada capacidad instalada para el análisis microbiológico de muestras de agua superficial.
- El 98% del agua superficial en El Salvador tiene calidad inaceptable.
- Existe duplicidad de acción y poca coordinación entre las instituciones responsables que ejercen el control y vigilancia de calidad de las aguas residuales.
- Limitada implementación del marco legal que regule y prevenga las descargas y contaminación en cuerpos de agua superficiales.
- Falta de articulación entre los sectores productivos y sociales para disminuir impactos negativos al ambiente y la salud, ocasionados por descargas de aguas residuales sin tratamiento, disposición final de desechos sólidos en lugares no autorizados, y otros factores de calidad ambiental.
- La exposición a sustancias químicas tóxicas y peligrosas representa un problema de salud pública en el país.

3. PROBLEMAS EMERGENTES

Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar en las causas más frecuentes de morbilidad. Morbilidad y mortalidad por intoxicaciones agudas y crónicas en la población por manejo inadecuado de pesticidas y otras sustancias tóxicas.

4. LINEAS DE ACCION

- Mejorar al 2015 la gestión de riesgos en el manejo de sustancias químicas peligrosas, en todos los sectores, con la participación activa de la población y los actores públicos y privados.
- Que las municipalidades incluyan en sus ordenanzas el manejo integral de los desechos sólidos con énfasis en la reducción y separación en la fuente.
- Incrementar la cobertura de recolección de desechos sólidos, del 60% en 2008, al 77% en 2015
- Fortalecer la capacidad técnica para la administración y/o operación de plantas de tratamiento
- Normar y regular la construcción de plantas de tratamiento para complejos habitacionales y establecer mecanismos para la administración y operación de nuevas plantas de tratamiento
- Mejorar coberturas de alcantarillado sanitario, de 58% en 2008 a 60% en 2015
- Fortalecer la legislación, el registro riguroso de los productos químicos, la prevención del tráfico ilícito de productos tóxicos y peligrosos, la participación de la sociedad civil en los mecanismos de vigilancia y control de sustancias químicas, la adopción de la seguridad química como parte de las políticas de desarrollo sostenible y la ampliación de las opciones frente al uso de plaguicidas, como son el manejo integrado de las plagas y la agricultura orgánica.
- Coordinar con los sectores productivos y sociales para asegurar la vigilancia de desechos y sustancias peligrosas, la calidad del agua para consumo y saneamiento, así como vigilar la calidad del agua de piscinas.

F. Prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles

En armonía con la Declaratoria Política de las Naciones Unidas por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), El Consejo de Ministros de Salud de Centro América COMISCA estableció en su 35° reunión la importancia de la lucha contra estas enfermedades, priorizándose cinco grupos de ellas: las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales crónicas, diabetes mellitus y cáncer y cinco grupos de factores de riesgo: el consumo de tabaco, alcohol, inactividad física, dietas malsanas y los riesgos ambientales y ocupacionales. Las ECNT representaron en el 2010 la principal causa de muerte prematura en personas entre los 20 y 60 años de edad en El Salvador.

En forma particular la enfermedad renal crónica (ERC) constituyó en el 2010, la principal causa de muerte hospitalaria en el grupo de 20 a 59 años en forma general, con una tasa de mortalidad de 10.28 por 100,000 habitantes y una tasa de letalidad de 2.89²¹. Según datos focalizados en zonas rurales como en el departamento de Usulután en el área del Bajo Lempa, la prevalencia de ERC e Insuficiencia Renal Crónica (con necesidad de diálisis) es de 17.9% y 9.2% respectivamente²².

Para el año 2010 las enfermedades cerebro-vasculares constituyeron la segunda causa de muerte con una tasa de mortalidad de 9.27, las enfermedades isquémicas cardíacas la 6° causa con una tasa de mortalidad de 6.76, la insuficiencia cardíaca la 10° causa (5.76) y enfermedades hipertensivas la 19° causa (2.38).

²¹ Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web, SIMMOW [Base de datos en internet], Ministerio de Salud de El Salvador [citado de consulta hecha el 12 dic de 2011] 2010, Ministerio de Salud, El Salvador. Disponible en: www.siiis.salud.gob.sv

²² Orantes C, Herrera R, Almaguer M, Díaz E, Hernández C, et al, MEDICC Rev. 2011 Oct;13(4):14-22, PMID: 22143603 [PubMed - in process]

A pesar que no se cuentan con datos de prevalencia nacional en el año 2007 se realizó la encuesta del estudio de la Iniciativa Centroamericana para la Diabetes (Siglas en inglés: CADMI) en la zona urbana de la ciudad de Santa Tecla en la cual se reportó una prevalencia de hipertensión arterial de 21.5%²³ comparable a 16.9% en el bajo Lempa en el año 2010, en ambos estudios la proporción de hombres es mayor que las mujeres.

Para el 2010 las muertes hospitalarias por diabetes mellitus se consideraron la cuarta causa con una tasa de mortalidad de 7.11 (por 100,000 habitantes), con una relación de hombre-mujer de casi 1:1.8²⁴. Se logró conocer prevalencias parciales en zona urbana el 2007 registrándose en Santa Tecla una prevalencia de 7.4% y de alteraciones de glicemia en ayunas de 24.9% y en el 2010 en el Bajo Lempa con una prevalencia de 10.3% con un predominio poco significativo del sexo femenino.

Las enfermedades respiratorias obstructivas crónicas constituyeron para el 2010 la 13° causa de mortalidad hospitalaria con una tasa de 2.18 con una relación de hombres y mujeres de 2:1.

Las muertes hospitalarias por todo los tipos de neoplasias malignas significaron la 20° causa de muerte, reportándose las siguientes tasas de mortalidad: cáncer cérvico-uterino 1.47 (con una tasa de letalidad de 10.57 en mujeres) leucemias 1.21, cáncer gástrico 1.20, cáncer de pulmón 0.82, tumor maligno de sistema nervioso central 0.82, cáncer de colon 0.78 y cáncer de mama 0.68.

1. AVANCES

Pueden mencionarse como los principales avances en el Control y Prevención de las ECNT en el país los siguientes:

- Se ha logrado conjuntar una comisión intersectorial para hacer un abordaje integral de los determinantes de las ECNT, haciendo énfasis en la prevención de sus principales factores de riesgo tradicionales: consumo de tabaco, alcohol, inactividad física y dietas malsanas; así como aquellos no tradicionales en los cuales se presumen los riesgos ocupacionales y la contaminación ambiental.
- Se cuenta con un plan estratégico intersectorial para la atención integral de las ECNT que aborda las prioridades sobre las cuales se puede construir un programa nacional que pueda trabajar en la prevención los factores de riesgo más comunes y la atención primaria en salud.
- El país ha logrado la aprobación de una ley nacional para el control del tabaco que reúne gran parte de los principios del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS: conservar ambientes libres de humo, advertencias sanitarias, prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, prohibición de venta a menores y por menores de edad, así como los procedimientos sancionatorios, los servicios de cesación de consumo entre otros. Aun así, falta que el país logre la ratificación de este CMCT.
- Se ha formulado un programa asistencial, investigativo y formativo para el abordaje integral de la ERC en zonas rurales de alta prevalencia de éste problema de salud pública.

²³ Palomo et. al Encuesta CAMDI, Santa Tecla, La Libertad, El salvador, 2007, Ministerio de Salud de El Salvador y Organización Panamericana de la Salud [Reporte técnico no publicado].

²⁴ Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web, SIMMOW [Base de datos en internet], Ministerio de Salud de El Salvador [citado de consulta hecha el 12 dic de 2011] 2010, Ministerio de Salud, El Salvador. Disponible en: www.siiis.salud.gob.sv



- El país cuenta con una Política Nacional de Salud Mental que se enfoca en aspectos de participación social, descentralización de los servicios de salud mental, atención integral a las adicciones entre otras.
- Se cuenta con un Sistema Único de Información de estructura modular que, entre otros, registra indicadores de mortalidad hospitalaria, morbilidad y algunos factores de riesgo de las principales ECNT.
- Como parte del proceso de Reforma de Salud, el país se encuentra implementando un nuevo modelo de atención integral que permite un enfoque familiar y comunitario de determinantes sociales, riesgos e intervenciones basadas en la atención primaria en salud.

2. BRECHAS

Una de las necesidades más grandes que se han destacado en lo que respecta a la atención de las ECNT en el país es la insuficiente cantidad y calidad de información que permita conocer este problema de salud pública. Hasta el momento no se conocen tasas de prevalencia, ocurrencia de sus factores de riesgo y costos al sistema, que son necesarios para diseñar una estrategia de intervención intersectorial de promoción de la salud, vigilancia sanitaria y la atención de las personas que las sufren en los servicios de salud.

En cuanto a la prestación de servicios a través de las redes integrales e integradas se ha iniciado la implementación de estrategias específicas de abordaje de la promoción de la salud, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, en los diferentes niveles de las personas que sufren de las ECNT y sus complicaciones. No obstante hace falta generalizar estas medidas a nivel nacional.

No se ha desarrollado un marco regulatorio que sea consistente y suficiente para controlar la producción, comercialización, consumo y promoción de productos nocivos para la salud como es el caso del alcohol, las comidas de bajo valor energético con alto contenido de grasas trans y saturadas, carbohidratos simples y sal o bebidas carbonatadas, automedicación y prescripción inadecuado de medicamentos.

Falta la formulación de una política de promoción de la salud que centre esfuerzos en la promoción de estilos de vida saludables como la promoción de la actividad física, el transporte activo, regulación de la publicidad de dietas malsanas, consumo de alcohol y tabaco, entre otros.

3. TEMAS Y PROBLEMAS EMERGENTES

Enfermedad Renal Crónica de Causa Desconocida (ERCd).

En América Central y el sur de México se ha reportado un incremento de la ERC, los resultados de estudios epidemiológicos son variables reportándose una alta prevalencia en hombres agricultores, menores de 60 años, expuestos a riesgos ocupacionales de la actividad agrícola, a la variabilidad de alteraciones del cambio climático y la contaminación ambiental principalmente de las zonas costeras²⁵.

Es de hacer notar que se está enfrentando un problema nuevo que en casi la mitad de los casos no corresponde a los patrones internacionalmente reportados, se ha logrado caracterizar un problema de Salud Renal de tipo no

²⁵ Orantes C, Herrera R, Almaguer M, Díaz E, Hernández C, et al, *MEDICC Rev.* 2011 Oct;13(4):14-22, PMID: 22143603 [PubMed - in process]

diabético (86.3%), no asociado a hipertensión arterial como causa (54.7%), con factores de riesgo como el sexo 4:1 entre hombres y mujeres de 20 a 60 años de edad y determinado por la ocupación agrícola, condiciones laborales precarias, uso inadecuado de plaguicidas y medicamentos.

Sobrepeso y Obesidad

Otro problema emergente es el de sobrepeso y obesidad, para el año 2002/03 el 5% de los niños y niñas menores de 5 años estaban con sobrepeso y el 6% para el año 2008. El Salvador está al inicio de lo que podría ser una epidemia de sobrepeso en las nuevas generaciones para el año 2008 la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL revelaba que la prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años en el área urbana era de 7.1% y en zonas rurales de 5.1%²⁶.

En la población adulta, en la mujeres en edades de 15 a 49 años el sobrepeso significó un 37 % de prevalencia a nivel nacional y la obesidad el 23 %, es de gran preocupación dado que la emergencia de este problema de salud es una condicionante de riesgo de todas las ECNT y como un factor que indica el valor nutricional y las prácticas de alimentación que se llevan a cabo a nivel nacional.

Adicciones a Tabaco Alcohol y Otras sustancias Psicoactivas.

Prevalencia de consumo de tabaco reportada en población adulta en general en El Salvador para el 2009 fue de 21.6 y 3.4% de hombres y mujeres respectivamente,²⁷ mientras que en adolescentes se reportó una prevalencia global de 27%, 32.6% para hombres y 21.3% para mujeres, en el mismo año²⁸ es importante comparar el aumento en la prevalencia en adolescentes con respecto a los adultos por la implicación que tiene a futuro esta epidemia. Otra información sobresaliente es que casi la mitad de estos adolescentes estudiados probaron su primer cigarrillo antes de los 10 años. [25]

La prevalencia estimada de consumo de riesgo de alcohol, para el año 2010 es de 8.9%²⁹ a nivel nacional, sin embargo preocupa que el consumo de esta sustancia aumenta cada vez más a edades tempranas, para el año 2008 se determinó que al menos el 32.5% de los adolescentes en centros escolares había consumido alcohol alguna vez en la vida 34.6% del sexo masculino y 30.7% las del sexo femenino). No obstante, sólo el 11.5% se consideran como consumidores actuales, es decir que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 30 días previo al estudio (12.7% para el sexo masculino frente al 10.6% del sexo femenino). La edad promedio de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas es a los 13 años y una mediana que se reporta a los 14 años de edad³⁰.

En cuanto a adicciones a sustancias psicoactivas ilícitas según la CNA (Comisión Nacional Antidrogas) la Marihuana es la droga ilegal con la que más experimentan los estudiantes, un 5.5% de los estudiantes reportó

²⁶ Consejo Multi-institucional, Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, Republica de El Salvador [Informe final publicado en octubre de 2009]

²⁷ Caixeta R, Blanco A, Atehortua N, et al, Informe sobre Control del Tabaco para la región de las Américas, 2010, OPS/OMS – CDC [Informe técnico publicado] www.paho.org/tabaco

²⁸ Soriano M, Warren W, Lea V, Lee J, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes de 13-15 años (EMTJ-GYTS), El Salvador 2009, Ministerio de Salud, OPS/OMS – CDC [Investigación no Publicada] El Salvador 2009.

²⁹ Gonzalez et al, Relación entre Depresión y bebedores de riesgo en Municipios priorizados de El salvador noviembre de 2010 a enero de 2011, FOSALUD, El Salvador. [Investigación no Publicada]

³⁰ Comisión Nacional Antidrogas, Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas, Organización de Estados Americanos, Segundo Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de El salvador. 2008 [Informe Publicado] <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/2010>

que la han usado alguna vez en la vida (8.3% del sexo masculino y el 3.1% del sexo femenino); y casi el 2% lo hizo en los últimos 30 días antes del estudio. El consumo de drogas tipo cocaína (clorhidrato de cocaína y crack), ocupan el segundo lugar en las drogas ilegales más consumidas por los estudiantes. Casi el 2% de la población estudiada ha consumido cocaína alguna vez en la vida. Los inhalables es otra sustancia psicoactiva con la que experimentan los estudiantes con mayor proporción los del sexo masculino. El 2.8% de los estudiantes ha consumido inhalables alguna vez en la vida.

4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN

- Elevar la prioridad de las enfermedades no transmisibles en la agenda pública a nivel nacional, e integrar la prevención y control de éstas en las políticas de los sectores del gobierno a través de la articulación de esfuerzos multisectoriales y la priorización en los diferentes dependencias gubernamentales que tienen que aportar en los determinantes de la salud para las ECNT.
- Promover la investigación para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y la vigilancia sanitaria de la morbi-mortalidad, factores de riesgo, inequidades entre grupos poblacionales y sus determinantes sociales a través de modelos de vigilancia de base poblacional.
- Establecer y fortalecer la prevención y control de las enfermedades no transmisibles a través de políticas públicas y promover las intervenciones necesarias para reducir los principales factores de riesgo, comunes y modificables: el uso del tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y la exposición a tóxicos ambientales y riesgos ocupacionales.
- Sistematización y generalización de las intervenciones para prevenir y controlar las ECNT a través del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.
- Promover alianzas intersectoriales para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades no transmisibles, sus factores de riesgo y determinantes sociales, así como sistematizar la evaluación de los avances en el plano nacional.
- Fortalecimiento del marco regulatorio del MINSAL para proteger a la población de los efectos globalizadores de factores de riesgo como consumo de tabaco, alcohol, dietas malsanas y contaminantes ambientales.

G. Mitigación y adaptación a los cambios ambientales en especial al cambio climático.

El Informe Final de Evaluación de la Capacidad de El Salvador para la Respuesta a Desastres presentado por el Equipo de Naciones Unidas de Evaluación y Coordinación en casos de Desastres (UNDAC), elaborado en 2011, estima que el 88.7% del territorio nacional es vulnerable a desastres naturales y que el 95% de la población salvadoreña es vulnerable a sufrir las consecuencias de estos. De igual forma, la Organización alemana Germanwatch colocó a El Salvador en el primer lugar de Índice de Riesgo Climático en 2009³¹.

Los daños causados al sector salud por desastres, inundaciones y otros eventos desencadenados por las lluvias han afectado al país en las últimas décadas. Las epidemias, plagas e incendios forestales relacionados a la variabilidad de clima son eventos que han impactado grandemente en la población de Centro América y en particular de El Salvador.

³¹ Boletín de consulta pública MARN, 2011



Los casos de diarrea, muestran un incremento significativo, por influencia de los eventos naturales adversos (huracanes y tormentas tropicales) que afectan la infraestructura sanitaria (en su mayor parte rural), a través de la destrucción de pozos artesanales, red intradomiciliar de agua potable y letrinas, que son de importancia básica para el saneamiento familiar y comunitario. De esta manera, se incrementan los riesgos para la salud, por la afectación en la calidad del agua para consumo, así como la contaminación de cuerpos superficiales por letrinas inundadas, creando condiciones de contaminación fecal, que originan enfermedades de tipo diarreico.

Por otra parte, las infecciones respiratorias agudas, se incrementaron de 1,817,961 en 2005 a 2,598,377 casos en 2011, lo cual puede estar relacionado con cambios en las condiciones ambientales, que pueden favorecer el transporte de partículas y agentes microbianos, así como emisiones atmosféricas que afectan las vías respiratorias.

Los brotes de dengue tradicionalmente se presentan en la época de lluvias, pero esto se ha modificado en los últimos años, debido al cambio y variabilidad en el clima, provocando periodos de lluvias en la época seca incrementándose los brotes de dengue en meses donde por tradición no se daban. En el año 2000 se registraron 2,838 casos por dengue, y en el año 2005, 7,941 casos de dengue. El cambio de las condiciones climáticas tiene influencia en el vector transmisor de la enfermedad, y la aceleración de su ciclo de vida.

Durante la Depresión 12E, octubre de 2011. Gracias a los logros del modelo de atención implementado desde el 2010 a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, por primera vez, no se requirió de personal adicional contratado ad hoc para atenderla. Se logró actuar en:

- 638 Albergues atendidos durante las 24 horas
- Más de 100,000 atenciones de salud (41,006 consultas médicas y 67,593 en salud mental)
- 54, 496 acciones de saneamiento ambiental.

En el marco de rehabilitación y reconstrucción de infraestructura sanitaria afectada por la Depresión Tropical 12E, ocurrida en octubre de 2011; el MINSAL desarrolló actividades de limpieza, desinfección y rehabilitación de 319 pozos artesanales en zonas costeras y bajas de los Departamentos de Usulután, La Paz, Sonsonate y Ahuachapán, reduciendo los riesgos a la salud de la población beneficiada.

1. AVANCES

El Salvador con la ratificación de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (diciembre 1995) y del Protocolo de Kyoto (noviembre 1998), se sumó a los esfuerzos mundiales para enfrentar la problemática del cambio climático global y asumió el compromiso de preparación de la “Primera Comunicación Nacional de Cambio Climático de El Salvador” bajo la coordinación del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN).

El país conformó en 2011 un grupo consultivo de Cambio Climático con miembros representantes de los siguientes sectores: gobierno central (Ministros del Medio Ambiente, Economía, Salud, Educación y Agricultura y Ganadería), gobierno local (Presidenta de la Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador COMURES), UES (Universidad de El Salvador), UCA (Universidad Centroamericana José Simeón Cañas), UTLA (Universidad Técnica Latinoamericana), la empresa privada, Organizaciones No Gubernamentales ambientalistas.



El país se encuentra en proceso de elaboración de la Política Nacional de Cambio Climático, y existen esfuerzos para un Plan Nacional de Cambio climático, con el objetivo de transferir recursos tecnológicos para la mitigación y adaptación al cambio climático. En 2010, el país desarrolló la Segunda Comunicación de Cambio Climático, en la cual participó cada uno de los sectores dentro del grupo consultivo brindando sus aportes de acuerdo a sus áreas de intervención.

El Salvador, en las últimas décadas, ha tenido avances en la capacidad de atención y respuesta ante eventos naturales de origen climático, posiblemente asociados al efecto cambio climático.

El Ministerio de Gobernación y la Dirección General de Protección Civil, han venido asumiendo el liderazgo en el proceso de elevar el nivel de seguridad del país frente a los desastres; para tal efecto se han creado comisiones interinstitucionales conformadas por técnicos especialistas del aparato Estatal, así como de Organizaciones no Gubernamentales relacionadas a la temática. Entre estas Comisiones, se encuentra la Comisión Nacional de Protección Civil integrada por Instituciones tales como Relaciones Exteriores, Ministerio de Salud, Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Obras Públicas, Defensa Nacional, Sector Privado.

A partir de 2009 se fortalece la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), como un espacio que aglutina a diferentes actores clave e instancias importantes del Gobierno, con el propósito de dar abordar los problemas de salud emergencias y desastres.

Se cuenta con un inventario de gases de efecto invernadero con información base de 1994, el cual formo parte de su Primera Comunicación Nacional sobre el Cambio Climático. Para la preparación de la segunda Comunicación Nacional se tomó como base los datos de 2000. Existe un inventario nacional de emisiones de gases de efecto invernadero elaborado por el MARN, que identifica y cuantifica las principales fuentes de contaminación atmosférica.

2. BRECHAS

- El Salvador muestra una clara vulnerabilidad a los efectos del calentamiento global. En las últimas décadas, se han incrementado los efectos del fenómeno El Niño en sequías o inundaciones con sus consecuencias negativas en la salud, la seguridad alimentaria, nutricional y la economía nacional, obligando a la población afectada a desplazarse de su zona de origen, como una medida de adaptación a estos fenómenos adversos.
- Existe limitada articulación del trabajo intersectorial en los niveles locales.
- Limitada coordinación del Equipo de trabajo de Agua y Saneamiento.
- No se cuenta con infraestructura permanente y exclusiva para atención a personas afectadas por desastres, lo que limita las acciones en agua y saneamiento por ser instalaciones improvisadas durante las emergencias.
- Falta de integración de la Sociedad Civil representada por Organismos No Gubernamentales, Asociaciones de Desarrollo Comunitario (ADESCOS) y Gobiernos Municipales, al Sistema de Respuesta y Emergencia ante Desastres Naturales.



- No hay investigación sobre tecnologías sanitarias adaptadas al Cambio Climático.
- El país cuenta con poca evidencia de la carga de problemas de salud relacionadas al cambio climático.

3. LINEAS DE ACCION

- Elaboración, implementación y evaluación de la ejecución de los planes de contingencia para el abordaje de los desastres.
- Creación de un instituto de investigación en salud, que vincule las causas de impactos en la salud, con los factores ambientales, climáticos y antropogénicos.
- Calcular los costos humanos y materiales del impacto en salud del cambio climático.
- Incorporar a los programas de promoción en salud, de los diferentes sectores, la estrategia de Atención Primaria Ambiental, enfocada a fomentar el cambio de cultura y actitud del ciudadano hacia ser parte activa de la prevención y solución de las problemáticas ambientales a nivel local.
- Contar con un Plan de Emergencia para enfrentar el cambio climático con la incorporación de acciones encaminadas a prevenir las enfermedades emergentes.

IV. LA SALUD EN LA GOBERNANZA DEL DESARROLLO SOSTENIBLE

Siendo la salud a la vez un componente y un resultado del desarrollo, la gobernanza de ambos está íntimamente ligada al éxito en los esfuerzos por erradicar la pobreza y reducir sostenidamente las desigualdades sociales. Sin embargo estos esfuerzos se dan en el período actual en medio de procesos complicados, dinámicos y muy tensos, estimulados por una sociedad civil que es cada vez más exigente con el desempeño de sus gobiernos, en medio de frecuentes crisis de gobernabilidad secundarias a las enormes brechas sociales y la crisis del modelo económico.

Para entender la complejidad de la gobernabilidad del país es necesario remitirse a la historia inmediata caracterizada por una democracia relativamente reciente, gestada en una guerra civil de 20 años desatada para derrocar una tiranía militar que prevaleció durante los 50 años que precedieron al conflicto. Así, no es casualidad que El Salvador sea a la vez el país más densamente poblado del continente americano, el más vulnerable del mundo y uno de los más inequitativos en el subcontinente más inequitativo del planeta.

El diagnóstico presentado en el presente informe, revela como en un país tan pequeño haya una diferencia de más de una década en la esperanza de vida en el municipio de Jutiapa del departamento de Cabañas con un IDH de 0.588 y otro municipio como Antiguo Cuscatlán de La Libertad con un IDH de 0.878; la misma situación de desigualdad se observa en un tugurio de San Salvador comparado con su vecindario residencial aledaño. Son estas inequidades seculares precisamente las que confieren inestabilidad y fragilidad al actual período de transición hacia esquemas políticos más maduros y estables.

De este modo la gobernanza tiene sentido en este contexto cuando la equidad en la salud y el desarrollo se constituye en la meta a lograr, al igual que se conforma como la característica fundamental de los procesos de toma de decisiones. Por ello es que la gobernanza tiene un contenido profundamente político y resulta mandatorio profundizar en los mecanismos que regulan las relaciones entre los actores tradicionalmente excluidos, que pugnan por participar en la toma de decisiones, y los detentadores del poder, que tratan de reproducir las asimetrías que les favorecen a través de procesos de gobernanza aparentemente legítimos.

El actual proceso de Reforma de Salud en El Salvador intenta interrumpir este círculo vicioso tendiente a concentrar y perpetuar la toma de decisiones en estrechos círculos profesionales que reivindican el monopolio de la ciencia y la técnica por un lado; y por otro, círculos igualmente estrechos que concentran el poder político y económico combinándose ambos para perpetuar la exclusión, la insalubridad y el subdesarrollo. Este proceso de Reforma se consigna en la Política de Salud “Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendaciones en Salud, 2009 – 2014”, la cual reafirma el reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental de rango constitucional, delineando las estrategias y recomendaciones para lograrlo, superando la concepción biomédica centrada en una reacción limitada a la enfermedad y el daño.

De esta manera, el proceso de Reforma señala el camino hacia la buena gobernanza a través de:

- 1) El estímulo al desarrollo de una fuerte y amplia organización comunitaria cohesionada en torno al Foro Nacional de Salud, capaz de identificar liderazgo local desarrollar capacidades de participación social en la población (formulación de políticas públicas, planificación participativa, evaluación del desempeño de los servicios), de identificar problemas, riesgos y determinantes, así como las habilidades para incidir en ellos y controlarlos.
- 2) La Integración interinstitucional e intersectorial, para conformar una verdadera red de actores sociales cuya fuerza de trabajo permita el desarrollo sostenible a través del trabajo técnico interinstitucional, integrado y sinérgico para impulsar políticas que generen ambientes saludables, formas de vida, trabajo, seguridad alimentaria y nutricional, estudio, recreación y prácticas deportivas que sean fuente de salud para la población, principalmente la más pobre, aplicando el enfoque de género y de derechos humanos.
- 3) La abogacía para vincular y armonizar los planes de desarrollo social y los recursos de las diferentes carteras del Estado y de diferentes sectores en los diferentes niveles: comunitario, municipal, departamental regional y nacional para dinamizar el crecimiento económico, desarrollo social y la protección del medio ambiente como determinantes del estado de salud.
- 4) El involucramiento de los gobiernos locales dinamizando las redes sociales, para la promoción de territorios saludables e intervenciones eficaces en los grupos poblacionales más vulnerables, especialmente en hogares a cargo de madres solteras y población discapacitada.
- 5) La innovación tecnológica para mejorar la vigilancia en salud a partir de determinantes de la salud y factores de riesgo, que permitan fortalecer la promoción y la prevención, incluyendo la vigilancia internacional de posibles pandemias y cambio climático como determinante de vulnerabilidad ambiental y desastres naturales.
- 6) Gestionar permanentemente ante el gobierno de la república un incremento sostenido de la inversión en salud, educación, capacitación laboral, seguridad alimentaria y nutricional, conocimiento e innovación y reducción de las desigualdades de género. En esta misma línea asume el compromiso de hacer todos los esfuerzos que sean necesarios para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- 7) Ejercer las funciones clave de una rectoría corporativa, participativa y coordinada por el MINSAL. Este modelo de rectoría, deberá ser un referente para la conducción de la actividad sanitaria no solamente del sector, sino también para desarrollar liderazgo en todos los actores ligados al desarrollo; desde los niveles comunitarios, locales, municipales, departamentales y regionales en íntima relación con el Foro Nacional de Salud como eje estratégico de la reforma, garantizando las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios en función de la equidad y la calidad. Esto supone entre otros elementos, cerrar la brecha generada por la ausencia de leyes, políticas, reglamentos y normativas que garanticen el marco legal necesario para ejercer la rectoría.
- 8) El MINSAL como rector del sector, velará especialmente por el desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud que sea garantía de información veraz y confiable, transparencia en la gestión y transferencia de poder real a la población. Ello pasa en este momento por compatibilizar las proyecciones poblacionales derivadas del reciente censo poblacional y las incompatibilidades detectadas con la población real, que se van haciendo evidentes a medida que el nuevo modelo de adscripción familiar se va implementando en la red de servicios del MINSAL.

No obstante los esfuerzos anteriormente descritos y otros también incluidos en la Política Nacional de Salud, todos los cuales están ya en marcha, no es posible que por sí solos conduzcan a una *buena gobernanza* de la salud y el desarrollo sostenible, si no se acompañan de un esfuerzo concertado con otros países de la región y del mundo para cambiar el actual orden mundial.

Es imposible enfrentar nuestra vulnerabilidad ambiental desarrollando únicamente **estrategias de adaptación** al cambio climático. Resulta igualmente importante o más aún que en contrapartida a este esfuerzo de los países subdesarrollados, los países desarrollados construyan y apliquen paralelamente **estrategias de reversión** del cambio climático. Igualmente, temas delicados y marginados del debate internacional que atentan contra el desarrollo, como Propiedad Intelectual y Patentes, minería y explotación de otros recursos no renovables, deben abordarse sin complejos con el objetivo de modificar las reglas hasta hoy dictadas por los países hegemónicos y poderosos grupos económicos, que hacen que el costo de la explotación desmedida de los recursos naturales, el cambio climático consecuente y las crisis financieras recurrentes sean absorbidas fundamentalmente por los países más débiles y vulnerables, lo que se traduce en millones de personas marginadas.

La inequidad del orden mundial es la que se reproduce al interior de los países, por ello lo descrito para los grupos excluidos al interior del país y la necesidad de transferirles poder y recursos, es también válido para el orden internacional, ya que *"...la existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como al interior de los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente..."* (Declaración de Alma Ata).

No existe otro camino para una auténtica gobernanza ambiental, del desarrollo sostenible y de la salud, ya que la conservación de la naturaleza y el desarrollo sostenible pierden prioridad frente a las urgencias que enfrentamos como consecuencia del entorno político y macroeconómico, que determinan igualmente nuestro nivel de salud y las inequidades en salud.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En términos generales, existen importantes segmentos de la población salvadoreña excluidas en salud, considerando este tema desde una perspectiva más integral que el simple acceso a servicios. Así tenemos que los indicadores donde se observa una mayor exclusión son: población sin acceso a los servicios de salud, población sin seguro de salud, población en condiciones de pobreza extrema y relativa, población sin acceso a servicios básicos en la vivienda.

La exclusión está fuertemente caracterizada por la incidencia de la pobreza, la disponibilidad del seguro de salud, el empleo y el ingreso³². Un segundo conjunto de factores se relaciona con el sistema de salud: la distribución de médicos, la falta de personal de enfermería, el acceso a los servicios como la atención de partos a nivel institucional, y en el caso del personal de salud acceso a tecnologías de comunicación e informática y formación continua. El tercer componente se refiere a servicios básicos como disposición adecuada de los desechos sólidos, agua segura para el consumo humano y letrinas conectadas a desagüe.

Con respecto a la estructura del sistema de salud del país, en los últimos dos años han existido importantes avances en la atención a poblaciones pobres, rurales, tradicionalmente excluidos del sistema de salud, pero se continúan presentado problemas de concentración urbana de recursos como personal médico y enfermeras, al igual que recursos físicos como la disponibilidad de camas hospitalarias.

Con respecto a las estrategias implementadas para mejorar la situación de salud de la población salvadoreña, éstas se han enfocado en mejorar el acceso a los servicios que implementan un nuevo modelo de atención basado en la APSI que funciona en redes integradas e integrales de servicios con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cual se ha iniciado su implementación en los municipios con mayor grado de población en situación de exclusión social.

A la fecha, El Salvador cuenta con un amplio marco normativo en salud que aunque sigue en formulación, es todavía insuficiente para garantizar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Si bien se han realizado esfuerzos por reducir la mortalidad perinatal, la mortalidad infantil y sus principales causas, incluyendo factores demográficos tales como la fecundidad específica en adolescentes, se debe reconocer que aún se aprecian significativas brechas relacionadas con las personas más pobres tanto del área rural como el área urbana.

Así también, las coberturas de inscripción prenatal, de atención del parto por personal calificado y de control post parto y el porcentaje de mujeres que se realizan la prueba del cáncer de cérvix han tenido pequeños pero sostenidos incrementos. Sin embargo, la falta de enfoque sobre el cáncer de cérvix, así como problemas de presupuesto y de administración pública, no permite que dicho mal, que es la principal causa de muerte entre las mujeres salvadoreñas, tenga un abordaje contundente para mitigarlo.

³² Estudio de caracterización y análisis de la exclusión social en salud en El Salvador, Diciembre 2011. MINSAL



Por otro lado, los aspectos de salud laboral y medio ambiente presentan serios rezagos, lo que ha generado una carga extra al sistema de salud debido al aumento de accidentes laborales y de tránsito y enfermedades respiratorias relacionadas con la polución del ambiente, así como enfermedades renales, cuyas causas específicas no han podido identificarse, pero que se han asociado a la contaminación del agua y al uso indiscriminado de plaguicidas.

La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole, ha presentado un particular avance en lo que se refiere a la Tuberculosis, VIH, infecciones de transmisión sexual, dengue y las relacionadas a la niñez (desnutrición, diarrea y neumonía), la diabetes y la hipertensión arterial, entre otras crónicas en adultos. Para algunas de ellas, como la diarrea provocada por el rotavirus, se ha incluido la respectiva vacuna para su prevención en el esquema nacional de vacunación y se ha garantizado su existencia en los establecimientos de salud. Para otras, incluidas las crónicas, se han elaborado guías y protocolos de atención, se buscan activamente a nivel comunitario por equipos comunitarios de salud familiar y promotores de salud.

Las carencias presupuestarias y problemas de administración, principalmente relacionadas a medicamentos e insumos médicos, han complicado la atención oportuna de dichas enfermedades. Así mismo, a pesar de esfuerzos como la extensión de cobertura con equipos móviles de salud en el área rural, la ampliación de horarios en establecimientos de salud ubicados en zonas urbanas de gran concentración poblacional, equipamiento de laboratorios clínicos y otras importantes acciones, no se ha conseguido crear las condiciones suficientes que aseguren —a todos los habitantes del país— asistencia médica.

Adicionalmente, se debe reconocer que la salud mental y la prevención y control de los trastornos mentales, que cuenta con una política nacional para su implementación, ha sido uno de los aspectos menos favorecidos dentro del sistema público y privado de salud, a pesar de las causas y efectos relacionados con la violencia social, la migración —principalmente hacia Estados Unidos de América—, que han traído consigo la destrucción del tejido familiar y social con las graves consecuencias traducidas en violencia intrafamiliar, cuyas principales víctimas son las mujeres y los niños y niñas.

Un punto muy importante de rezago en el tema del derecho a la salud es el tratamiento de las enfermedades catastróficas, que tienen serios problemas para su resolución entre los más pobres, desempleados y subempleados, que no cuentan con acceso a la seguridad social.

La identificación de los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud, así como el peso específico de cada uno de estos determinantes en el panorama descrito anteriormente constituye aún un reto a vencer por el país, fundamental para incidir y tomar control sobre estos determinantes. La organización de la población como una estrategia para transferirle poder y recursos a fin de que pueda ejercer su derecho a la salud y tener un protagonismo más sustancial en su desarrollo, es un objetivo declarado de la Reforma de Salud en marcha para avanzar hacia una *buena gobernanza* de la salud y el desarrollo sostenible, situación que debe extrapolarse al ámbito internacional en asociación con otros países para revertir las inequidades entre países.



RECOMENDACIONES

Desarrollo de estrategias intersectoriales para la promoción de la salud, por medio de la formulación e implementación de políticas saludables articuladas en el marco del desarrollo sostenible y protección del medio ambiente.

El trabajo que ya actualmente se realiza con la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), debe ser fortalecido y orientado a atender no solamente las dimensiones específicas de la salud, sino además incidir en los determinantes sociales.

Estimular, ampliar y consolidar el trabajo organizativo desarrollado por el Foro Nacional de Salud tendiente a desarrollar capacidades de participación social en la población que le permitan el ejercicio pleno de su derecho humano a la salud.

Desarrollar e implementar políticas de recursos humanos de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en el sistema de salud y esto supone, entre otros elementos: ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados para lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de las poblaciones. Otra acción clave es distribuir equitativamente los recursos humanos en todo el sistema nacional de salud.

Incidir en los foros internacionales activamente para promover estrategias que conlleven a un orden internacional más justo y equitativo.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Central de Reserva de El Salvador. <http://www.bcr.gob.sv/?lang=es>
2. Caixeta R, Blanco A, Atehortua N, et al, Informe sobre Control del Tabaco para la región de las Américas, 2010, OPS/OMS – CDC [Informe técnico publicado] www.paho.org/tabaco
3. Comisión Nacional Antidrogas, Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas, Organización de Estados Americanos, Segundo Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de El salvador. 2008 [Informe Publicado]
<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/2010>
4. Estudio de caracterización y análisis de la exclusión social en salud en El Salvador, Diciembre 2011. MINSAL
5. Gonzalez et al, Relación entre Depresión y bebedores de riesgo en Municipios priorizados de El salvador noviembre de 2010 a enero de 2011, FOSALUD, El Salvador. [Investigación no Publicada]
6. Informe de Labores MINSAL 2010-2011
7. Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC. “Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2050”.
8. Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos, DIGESTYC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2010.
9. Ministerio de Economía, Dirección Nacional de Estadística y Censo, DIGESTYC. IV Censo Nacional de Población y Vivienda, 2007.
10. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1993 (FESAL).
11. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998 (FESAL).
12. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2003 (FESAL).
13. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL).
14. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 1993 - 2008.
15. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, Republica de El Salvador [Informe final publicado en octubre de 2009]
16. Ministerio de Salud. Estadísticas del Sistema de Vigilancia 1991 - 2009
17. Ministerio de Salud. Informe de Labores 2010
18. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal 2011-2014
19. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en El Salvador, 2005-2009



20. Ministerio de Salud. Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web, SIMMOW, [citado de consulta hecha el 12 dic de 2011] 2010, Ministerio de Salud, El Salvador. Disponible en: www.siiis.salud.gob.sv
21. Orantes C, Herrera R, Almaguer M, Díaz E, Hernández C, et al, MEDICC Rev. 2011 Oct;13(4):14-22, PMID: 22143603 [PubMed - in process]
22. Palomo et. al Encuesta CAMDI, Santa Tecla, La Libertad, El salvador, 2007, Ministerio de Salud de
23. PNUD. Almanaque Estado del desarrollo humano en los municipios de El Salvador. Almanaque 262. 2009.
24. Saucedo G., Maldonado D., "La Familia su dinámica y tratamiento", Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Washington DC: 2003
25. Soriano M, Warren W, Lea V, Lee J, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes de 13-15 años (EMTJ-GYTS), El Salvador 2009, Ministerio de Salud, OPS/OMS – CDC [Investigación no Publicada] El Salvador 2009.
26. UNICEF. Immunization summary: A statistical reference containing data through 2010.



SIGLAS Y ABREVIATURAS

ADESCOS	Asociaciones de Desarrollo Comunal
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMSS	Area Metropolitana de San Salvador
ANDA	Agencia Nacional de Acueductos y Alcantarillados
CISALUD	Consejo Intersectorial de Salud
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CNA	Consejo Nacional Antidrogas
COMURES	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Ecos	Equipos Comunitarios de Salud
EPA	Environmental Protection Agency
ERC	Enfermedad renal Crónica
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FOSALUD	Fondo Salvadoreño para la Salud
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
GLOBOCAN 2008	Incidencia, Prevalencia y Mortalidad por Cáncer en el mundo 2008
IDH	Índice de Desarrollo Humano
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MARN	Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales
MINSAL	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo
PURIAGUA	Solución de hipoclorito de sodio
RIISS	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
SNET	Servicio Nacional de Estudios Territoriales
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCA	Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”
UES	Universidad de El Salvador
UNDAC	United Nations Disaster Assessment and Coordination
UTLA	Universidad Técnica Latinoamericana
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana