

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

GOBIERNO DE EL SALVADOR
MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
VICEMINISTERIO DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO



Estrategia de Cooperación con el País El Salvador 2012 -2015

SAN SALVADOR, EL SALVADOR
Abril de 2012

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

GOBIERNO DE EL SALVADOR
MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
VICEMINISTERIO DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO

Estrategia de Cooperación con el País El Salvador 2012 -2015

SAN SALVADOR, EL SALVADOR
Abril de 2012

**Equipo de coordinación para la formulación de la
Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con El Salvador 2012-2015**

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud

Dr. José Ruales
Representante OPS/OMS en El Salvador

Dra. Laura Nervi
Asesora unidad de cooperación externa
Ministerio de Salud

Dr. Rodolfo Peña
Asesor en desarrollo de políticas y análisis de situación de salud
OPS/OMS El Salvador

Dr. Guillermo Mendoza
Analista de programa de país para Centroamérica, Oficina de atención centrada en los países,
Oficina de la Directora, OPS/OMS, Washington D.C.

Licda. Alejandra Castillo, Directora
Licdo. Eduardo Colindres, Técnico
Dirección de cooperación multilateral, regional y organismos financieros internacionales
Dirección general de cooperación para el desarrollo
Ministerio de Relaciones Exteriores

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	1
SECCIÓN 1 INTRODUCCIÓN	3
SECCIÓN 2 LOS DESAFÍOS DE LA SALUD Y EL DESARROLLO, LOS ATRIBUTOS DE LA POLÍTICA, ESTRATEGIA Y PLAN NACIONAL DE SALUD Y OTRAS RESPUESTAS	5
Introducción	
2.1.- Contexto socio económico	3
• Macroeconomía	
• Violencia e Inseguridad ciudadana	
2.2.- Otros factores determinantes de la salud	7
• Determinantes económicos	
• Determinantes Sociales	
• Determinantes Ambientales	
• Exclusión social en salud	
• Exclusión en salud en la población indígena	
• Gasto y financiamiento del sector salud	
2.3.- Estado de la salud de la población	12
• Mortalidad	
• Salud en el curso de vida	
• Nutrición	
• Programa Ampliado de Inmunización	
• Enfermedades prevenibles por vacunación	
• Carga de las enfermedades transmisibles	
• Enfermedades desatendidas y otras relacionadas con la pobreza	
• Carga de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
• Factores de riesgo y de protección: Tabaquismo, Alcoholismo, Drogas ilegales	
• Medio ambiente	
2.4.- Respuestas Nacionales a la superación de los problemas de salud	22
• Política Nacional de Salud de El Salvador	
• Principales Metas del MINSAL para el Quinquenio 2009-2014	
• Las Prioridades de la Reforma de Salud	
• Principales Factores Restrictivos para el Desarrollo Integral de la Reforma de Salud	
2.5.- Respuesta de otros sectores sobre los sistemas de salud y servicios	28
2.6.- Contribuciones del país a la agenda sanitaria mundial	28
2.7.- Similitudes con otros países	29
2.8.- Resumen Sección 2	30
SECCIÓN 3 COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y SOCIOS ESTRATÉGICOS	31
3.1.- El contexto de la cooperación internacional en el país	31
3.2.- Análisis de Actores o redes de relacionamiento estratégico	31

3.3.- Estrategias Prioritarias	33
• Fortalecimiento institucional y Rectoría	
• Fortalecimiento del acceso a servicios (RISS - APS) y reducción de la exclusión social en salud	
• Gestión del conocimiento, vigilancia, investigación y desarrollo de los RHUS	
• Gestión ambiental y de riesgos	
• Coordinación y efectividad de la Cooperación en el país	
3.4.- Estado de la reforma de las Naciones Unidas y el proceso de evaluación común para los países y el marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo	38
3.5.- Resumen Sección 3	40
 SECCIÓN 4	
REVISIÓN DE LA COOPERACIÓN ANTERIOR DE OPS/OMS EN EL CICLO DEL CCS 2006-2011	41
4.1.- Examen de la cooperación de la OPS/OMS con los interesados directos	41
• Reuniones con partes interesadas	
• Marco para la recopilación y el análisis de las percepciones asociadas	
4.2.- Síntesis de los resultados clave	45
 SECCIÓN 5	
AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERACIÓN DE OPS/OMS	47
5.1.- Definición de la Agenda Estratégica	47
5.2.- Agenda Estratégica	49
5.3.- Prioridades estratégicas y su validación con las prioridades del Plan Quinquenal de Desarrollo para el período 2010-2014 y de la Reforma de Salud de El Salvador	56
5.4.- Prioridades Estratégicas y su validación con los efectos directos e indicadores del UNDAF de El Salvador	59
5.5.- Validación del programa estratégico de la ECP con los objetivos estratégicos del Plan estratégico a Medio Plazo OPS/OMS	63
 SECCIÓN 6	
IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA: IMPLICACIONES PARA TODA LA SECRETARÍA	64
6.1.- El rol y presencia de la OPS/OMS de acuerdo con la Agenda Estratégica	65
• Rol de OPS/OMS	
• Presencia de OPS/OMS	
6.2.- Uso de la CCS	66
6.3.- Monitoreo y Evaluación de la CCS	66
 ANEXO 1	
ORGANIZACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA 2012-2013	68
 ANEXO 2	
ORGANIGRAMA DE LA OFICINA DE OPS/OMS EN EL SALVADOR	74
 ANEXO 1	
LISTA DE INVITADOS A LOS TALLERES DE PREPARACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON EL PAÍS	75
 GLOSARIO	82

RESUMEN EJECUTIVO

Estrategia de Cooperación Técnica de OPS/OMS con El Salvador 2012-2015

La estrategia de cooperación centrada en el país, es una propuesta de la Organización Mundial de la Salud que permite construir una visión a mediano y largo plazo de la cooperación técnica con el país, en el contexto de las prioridades nacionales y de la contribución de los países a los compromisos regionales y globales, que reorienta y fortalece la cooperación de la OPS/OMS.

La OPS/OMS en El Salvador junto con el Ministerio de Salud (MINSAL), en coordinación con el Vice Ministerio de Cooperación para el Desarrollo y a través de un proceso participativo y de consulta con los principales actores nacionales del sector salud, construyeron la Estrategia de Cooperación de País (ECP) para el período 2012-2015.

A la fecha las experiencias acumuladas en el desarrollo de la cooperación técnica de la OPS/OMS con la República de El Salvador, han permitido un fructífero intercambio con beneficios mutuos, que sitúan a ésta nueva estrategia de cooperación en una fértil plataforma que contribuirá alcanzar los objetivos que en materia de salud y desarrollo se plantea el país.

La estrategia de cooperación centrada en el país se articula alrededor de cinco prioridades estratégicas y catorce áreas de interés, las cuales se encuentran alineadas con el Plan Quinquenal 2010-2014 del Gobierno de El Salvador, con la Política y Estrategia Nacional de Salud expresada en los ejes de la Reforma de Salud y con el marco de asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF), para período 2012-2015.

Prioridades de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS con El Salvador

1. Contribuir al fortalecimiento de la gobernanza, su estrategia intersectorial y la cooperación internacional en salud para el desarrollo nacional de la Salud, con 3 áreas de interés:

- a. Fortalecer de la Autoridad Sanitaria Nacional para la adecuada conducción y regulación sectorial y el desempeño óptimo de las Funciones esenciales de Salud Pública.
- b. Fortalecer el marco jurídico y las estrategias intersectoriales y de participación social para el abordaje de los determinantes de la salud.
- c. Fortalecer las capacidades nacionales de cooperación internacional en salud en función de las prioridades nacionales y la participación del país en foros e iniciativas a nivel subregional, regional y global.

2. Apoyar la organización de redes integradas e integrales de servicios de salud centrados en las personas, las familias y las comunidades basados en la atención primaria y en los derechos humanos, con 2 áreas de interés:

- a. Fortalecer la atención y acceso universal a los servicios de salud con calidad.
- b. Apoyar el acceso a servicios integrales e integrados de salud y nutrición dirigidos durante el curso de vida, con enfoque de género y de derechos.

3. Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos en salud, la investigación y desarrollo del conocimiento, con 2 áreas de interés:

- a. Contribuir al desarrollo de recursos humanos de salud suficientes, competentes y valorados para responder a las necesidades de salud de la población.
- b. Apoyar el desarrollo y funcionamiento del Instituto Nacional de salud, que fomente la investigación científica en políticas, sistemas y servicios de salud y promueva la gestión del conocimiento para la toma de decisiones informadas y con base en datos probatorios.

4. Fortalecer las intervenciones en salud ambiental, gestión de riesgos y seguridad humana, con 2 áreas de interés:

- a. Fortalecer las capacidades de abordaje de los determinantes de la salud.
- b. El desarrollo de instrumentos técnicos y jurídicos que promuevan estilos de vida saludable, vigilancia ambiental, prevención de la violencia y la gestión de riesgos.

5. Contribuir al mantenimiento y avance en los logros de los resultados en Salud, con énfasis en población vulnerable y en la equidad, con 5 áreas de interés:

- a. Sistema único integrado de vigilancia en salud pública, enfermedades, riesgos y determinantes sociales y ambientales de la salud.
- b. Prevención y control de enfermedades transmisibles y en aquellas de potencial eliminación o potencial pandémico.
- c. Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en Enfermedad Renal de causa desconocida.
- d. Abordaje de la atención integral de la salud de la madre y el niño y la salud sexual y reproductiva.

- e. Contribuir al logro de las metas de vacunación, la garantía de una vacunación segura que conduzca a la eliminación o erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.
- f. Acompañar al sector salud y a la sociedad civil en la respuesta nacional a ITS, VIH/Sida.

Modalidades de Cooperación

1. Gestión de políticas públicas saludables y marcos regulatorios en derecho a la salud y promoción de salud, con participación intersectorial.
2. Asistencia técnica y difusión de herramientas y conocimientos sobre gestión de servicios de salud y redes.
3. Capacitación y educación permanente de recursos humanos, que respondan a las prioridades y necesidades del Sector Salud.
4. Gestión de la información y el conocimiento para la preparación de los recursos humanos y cuadros directivos de salud, a través de la Unidad de Gestión del Conocimiento tripartita (UES-MINSAL-OPS) que incluya redes de información, la Biblioteca Virtual de Salud, la enseñanza Virtual y la difusión.
5. Desarrollo de la calidad de los sistemas de información y de vigilancia en salud del sector a través de la gestión y transferencia de conocimientos en las áreas prioritarias y de investigaciones sobre determinantes del estado de salud de la población, en particular con la perspectiva de igualdad de género y las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad.
6. Facilitación de la cooperación internacional, la cooperación Sur-Sur, la triangulación de la cooperación en salud y el Intercambio de experiencias, de buenas prácticas, capacidades e información y la movilización de recursos y expertos de la región.

SECCIÓN I

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Cooperación de País (ECP), es el instrumento clave de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), para guiar su trabajo en los países. La ECP es un marco estratégico con una visión de medio término para la cooperación técnica de la OPS/OMS con un determinado estado miembro para apoyar políticas nacionales de salud, estrategia o plan. Además armoniza la cooperación de OPS/OMS con las actividades de los diferentes organismos de las Naciones Unidas y otros socios en favor de la salud y el desarrollo.¹

La estrategia de cooperación en el país se basa en los valores fundamentales de las Naciones Unidas, que a su vez son el fundamento de las constituciones de la OPS y la OMS, y en las aportaciones de estas organizaciones para mejorar la salud de la población del mundo. Entre ellas figuran los derechos relacionados con la salud humana, la equidad y la igualdad de género.

En el ámbito nacional, se articula con los instrumentos de política y planificación nacional en salud incluidos en el Plan Quinquenal de Desarrollo y principalmente con la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”, la estrategia de Reforma de salud del MINSAL y el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo 2012-2015 (MANUD).

Los principios fundamentales por los que se rige la cooperación de la OPS/OMS en el país y que son la base de ésta son los siguientes:

- Apropiación del propio país en el proceso de desarrollo;
- Concordancia con las prioridades nacionales y fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud para apoyar la política, estrategia o plan nacional de salud;

- Armonización con la labor de los organismos hermanos de las Naciones Unidas y otros aliados en el país, con miras a conseguir que la ayuda sea más eficaz;
- Colaboración recíproca para fomentar las aportaciones de los Estados Miembros al programa de acción sanitaria mundial.

Con arreglo a estos principios, se espera que la ECP sea una referencia institucional para el trabajo en el país que orienta las alianzas, la planificación, el presupuesto y la asignación de los recursos.

La ECP, basada en las prioridades expresadas en la política, estrategia y plan nacional de salud, ayuda a incorporar las prioridades sanitarias nacionales en la labor de la OPS/OMS. El Plan Estratégico a Medio Plazo de la OMS y el plan estratégico de la OPS son los marcos para la gestión orientada a la consecución de resultados y traducen en objetivos estratégicos la visión a largo plazo del Programa General de Trabajo para la salud y la Agenda de Salud para las Américas.

La vinculación del programa estratégico (que incluye todas las estrategias) de cooperación en el país con los objetivos estratégicos y los resultados previstos regionales del plan estratégico de la OPS y la OMS, permite que la ECP sea la base de las actividades en los países, garantizando la preparación de programas y presupuestos y la elaboración del siguiente plan estratégico de la OMS y el Plan Estratégico de Mediano Plazo de la OMS

Adicionalmente, el documento de la ECP y el plan de trabajo bienal de la OPS/OMS se pueden usar eficazmente para configurar las dimensiones sanitarias del MANUD (Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo) y otras plataformas de colaboración en el país, lo que brinda una gran oportunidad para poner en práctica un enfoque multisectorial para atender los problemas de salud prioritarios.

¹ OMS/OPS. Estrategias OPS/OMS de cooperación en los países: Guía para 2010. 2011. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/WHO-CSS_Guide2010_Eng_intranet_24sep10.pdf

La elaboración de esta Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con El Salvador ha estado orientada por los siguientes requisitos esenciales:

- Adoptar un criterio analítico para percibir las necesidades y prioridades de salud en el país;
- Propiciar la apropiación mediante consultas y el diálogo estratégico con las autoridades nacionales y otros interesados directos en el país;
- Ser flexible, teniendo en cuenta el carácter y las características singulares del país, como la vulnerabilidad a las crisis, las peculiaridades de su situación geográfica y su grado de desarrollo;
- Tomar decisiones estratégicas sobre lo que

la OPS/OMS hará y lo que no hará, centrándose en lo que mejor puede hacer y en sus funciones esenciales;

- Priorizar las actividades dirigidas a fortalecer la capacidad nacional e institucional;
- Considerar la posibilidad de complementar y establecer sinergia con las aportaciones de otros aliados;
- Aprovechar o usar como punto de partida los análisis existentes, en particular la evaluación común para el país;
- Propugnar y apoyar el uso de la ECP para configurar la dimensión sanitaria de la evaluación común para el país (CCA/UNDAF), así como otras plataformas de colaboración en el país.

SECCIÓN 2

LOS DESAFÍOS DE LA SALUD Y EL DESARROLLO, LOS ATRIBUTOS DE LA POLÍTICA, ESTRATEGIA Y PLAN NACIONAL DE SALUD Y OTRAS RESPUESTAS

Introducción

La República de El Salvador está ubicada en Centroamérica y su gobierno es republicano democrático y representativo. Los órganos fundamentales de gobierno son el Legislativo, Ejecutivo y Judicial. Está dividido administrativa y políticamente en 14 departamentos y 262 municipios. Su extensión territorial es de 21,040.79 Km² y una población total estimada al 2011 de 6,216,143 habitantes. Es uno de los países más densamente poblados de América (295 hab./Km²). La población es mayoritariamente urbana (62.7%) y más de la cuarta parte se concentra en el departamento que contiene la capital San Salvador (27.3%)², el índice de masculinidad es de 89.9, condicionado por una mayor emigración de los hombres al exterior (los hombres duplican el número de mujeres que emigraron), La población menor de 15 años representa un 33.9% y la mayor de 65 años un 6.8% del total.

La composición étnica difiere del resto de países centroamericanos que poseen costa atlántica. De acuerdo a la información censal está conformada por 85% de mestizos, 12% de blancos y 1% indígena (DIGESTYC). El idioma oficial es el español y se habla el náhuatl en algunas comunidades indígenas. Sin embargo, algunos estudios difieren en el dato de la población indígena y lo reportan entre 10 y 12 %. No obstante, este dato no ha sido constatado por un censo de población.³ (OPS, Banco Mundial) Se identifican tres pueblos indígenas principales: Los Nahua/Pipiles ubicados en los departamentos de Ahuachapán,

Santa Ana, Sonsonate, La Libertad, San Salvador, La Paz y Chalatenango; Los Lencas de la rama Potón en los departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión; y Los Cacaopera en el departamento de Morazán. Los pueblos indígenas ubicados en los lugares conocidos como “nonualcos” y “tepezonates” son de ascendencia nahua-pipil pero a lo largo de la historia han mantenido sus propios rasgos culturales.

A pesar de que las mujeres constituyen el 52.7% de la población, solo el 19% de los curules de la Asamblea Legislativa están ocupados por mujeres. En cuanto al Órgano Ejecutivo, la participación femenina es también reducida. En la presente administración la participación de mujeres en cargos ministeriales es de 15%. El 11% de los gobiernos municipales son encabezados por mujeres para el período 2009-2012. En el Poder Judicial la participación de las mujeres creció del 35% en 1999 al 45% el 2010, aunque en la Corte Suprema de Justicia solamente 30% de los puestos de magistradas corresponden a mujeres.⁴

Con los Acuerdos de Paz, firmados el 15 de enero de 1992, que pusieron fin al conflicto armado de la década de los 80, el Estado fue renovado en sus instituciones existentes y se crearon otras que posibilitarían el camino hacia la democracia y la paz. Su sistema político cuenta con una base jurídica para avanzar hacia una cultura de mayor participación ciudadana y de descentralización territorial.

Tras las elecciones de marzo de 2009, El Salvador enfrenta una coyuntura política inédita con la ocurrencia de una alternancia del partido en el gobierno nacional, habien-

² <http://www.censos.gob.sv/util/datos/Resultados%20VI%20Censo%20de%20Población%20V%20de%20Vivienda%202007.pdf>.

³ Banco Mundial. Perfil de los pueblos indígenas de El Salvador, 2003.

⁴ Naciones Unidas El Salvador, Evaluación común de país, 2010.

do sido electo por primera vez un gobierno de izquierda. Desde finales del 2008 y antes de la instalación del nuevo gobierno, el país enfrentaba una doble crisis de considerable importancia en el ámbito de la economía y de la seguridad, percibida por los ciudadanos a través de la delincuencia, la economía, el desempleo, la pobreza y la violencia. La mayor parte de los electores votaron a favor del FMLN porque deseaban un cambio.⁵

2.1.- Contexto socio económico

El Salvador ha sido el país más afectado por la crisis económica en América Latina. En 2009, el PIB disminuyó un 3,5%, las remesas (que representaban casi el 18% del PIB) cayeron un 9,9%, y la deuda pública pasó de 42,5% en 2007 al 53% en 2009. La tasa de crecimiento fue inferior al 1% en 2010 y las variables macroeconómicas más importantes (las remesas, los ingresos fiscales, las exportaciones, crédito privado y la inversión extranjera directa) no alcanzaron el nivel que tenían antes de la crisis. Por otra parte, las previsiones indican que El Salvador crecerá a un ritmo menor que el resto de la región durante 2011 y 2012. Desde la crisis de precios de los alimentos de 2008, la proporción de hogares pobres aumentó de 30% a 40%.

La mayor parte del actual debate económico en El Salvador se centra en las cuestiones fiscales, el ejecutivo ha aprobado recientemente una política fiscal que contiene las tablas de retención de impuesto sobre la renta.⁶

Las subvenciones vinculadas a los precios internacionales del petróleo han ejercido una presión adicional sobre las cuentas fiscales. Para aliviar esta situación, el gobierno ha implementado la racionalización del subsidio al gas a partir de abril del año 2011. Aunque bueno para el equilibrio fiscal, esta medida conllevó un alto costo político en un contexto de aumento de los precios del petróleo.

En el actual contexto económico además de la pobreza, se suma la delincuencia y la inseguridad ciudadana como los principales

problemas de El Salvador. Estos fenómenos plantean grandes retos a las instituciones dedicadas a combatir el crimen. El Gobierno ha reconocido que la solución al problema de la violencia y la delincuencia requiere una política integral e interinstitucional que debe combinar las acciones de prevención, fortalecimiento del Estado de aplicación de la ley, y la rehabilitación, mejora de la eficacia, la accesibilidad y la rendición de cuentas en el sistema de justicia - incluyendo la justicia de menores, la reforma penitenciaria, el acceso a la justicia y la promoción de los derechos humanos.

• Macroeconomía

El Salvador ha tenido históricamente una macroeconomía débil, caracterizada por bajos niveles de ahorro e inversión, deterioro de la competitividad y capacidad de insertarse con éxito en los mercados mundiales, fragilidad de las cuentas fiscales, altos niveles de consumo y un limitado crecimiento de largo plazo.⁷

Durante los últimos 30 años la tasa promedio de ahorro ha sido del 15% del PIB, un nivel muy por debajo del 25% de las economías de alto crecimiento y que más invierten en el desarrollo humano; El Salvador no ha podido consolidar un sector exportador capaz de fundamentar un crecimiento sostenido de la economía, comparativamente el crecimiento anual de las exportaciones, que representan cerca del 16% del PIB, ha sido del 8 %, muy similar al crecimiento de las remesas familiares.

La fragilidad de las cuentas fiscales se expresa en un crecimiento negativo. En promedio el déficit fiscal para el periodo 1997-2006 fue de 2.3% y se han logrado superávits solamente por cuatro años durante la década de los sesenta lo que ha empujado a los gobiernos a niveles de endeudamiento cada vez más altos. Entre 1960 y 2009, el PIB de El Salvador creció a una tasa promedio anual de 2.76% con un crecimiento poblacional del 1.63% en el mismo periodo, lo que equivale a una tasa de aumento del producto per cápita de 1.13%.

Este escenario macroeconómico se ha reflejado en el estancamiento de la productividad, la generación de empleo y los salarios, varia-

⁵ PNUD. El Salvador: entre la demanda y la gestión del cambio. Escenarios de gobernabilidad 2010-2014. Proyecto de análisis político y escenarios prospectivos PAPEP. San Salvador, 2011.

⁶ Decreto ejecutivo No. 216, de 22 de diciembre 2012

⁷ Naciones Unidas El Salvador, Evaluación común de país, 2010.

bles estrechamente vinculadas con el bienestar de la gente.

• **Violencia e Inseguridad ciudadana**

Históricamente, El Salvador ha mantenido elevados niveles de violencia e inseguridad, registrando en los últimos años un incremento en los delitos, en especial el homicidio y algunos delitos contra el patrimonio, como las extorsiones. También se observa un incremento del narcotráfico y otras formas de criminalidad organizada más sofisticadas y de carácter transnacional, nocivas para la seguridad ciudadana. Esta situación no es exclusiva de El Salvador, es un problema compartido con los países vecinos.

La violencia y delincuencia en El Salvador es multi-causal: entorno social y económico deteriorado, bajas oportunidades de desarrollo humano (educación, empleo digno), deterioro del espacio público para un encuentro comunitario, corrupción, deterioro de la institucionalidad y de la familia, entre otros, como consecuencia del vacío de autoridad competente y de la situación geográfica estratégica para el crimen organizado internacional y la proliferación de armas de fuego.

En El Salvador, 1 de cada 2 mujeres confirma haber sufrido violencia de género por parte de su pareja alguna vez en la vida; el incremento de la violencia intrafamiliar según datos de ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer), fue de 3804 en 2002 a 6235 en 2008 (CIE 2010); los casos reportados de violencia contra la mujer incrementó en 197% en la última década, y la violencia sexual ha afectado a 1 de cada 10 mujeres en El Salvador, especialmente a las menores de 19 años.⁸

El Salvador es considerado como uno de los países mas violentos del mundo, con una tasa de 71 homicidios por cada 100,000 habitantes. El 53% de la violencia se concentra en 23 de los 262 municipios, especialmente en áreas urbanas. La mayor parte de los homicidios ocurre en hombres de 15 a 38 años. El alto costo de la violencia que tiene el país representa el 11.5 % del PIB muy superior al

de salud y educación (3.6% si se contabiliza el gasto público que incluye el del MINSAL y el del ISSS y otros seguros, y 2.9% respectivamente).

2.2.-Otros factores determinantes de la salud

• **Determinantes económicos**

El Salvador presenta un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.659, equivalente a país de desarrollo humano medio, sin embargo, existen importantes desigualdades a su interior, donde el 20% más rico de la población recibe el 52% del total de ingresos, mientras el quintil más pobre que representa el 20% de la población, sólo percibe el 4.2% de los ingresos del país. En El Salvador la pobreza es un fenómeno estructural agravado por el lento crecimiento económico y la poca capacidad de generar empleo decente, aunque existen otros factores que vinculan la pobreza a sus causas y expresiones más relevantes.

En el país existen más de 2.6 millones de personas pobres, con ingresos inferiores a la canasta básica de consumo, 53% se encuentra en el área rural. Esta situación afecta especialmente a jóvenes menores de 14 años de los que 6 de cada 10 son pobres y de 2 de cada 10 viven en pobreza extrema. Sobre la pobreza urbana es importante resaltar que a pesar que el 38% de la población urbana es pobre, esto representa el 58% del total de la pobreza en el país.

Un determinante importante para la economía del país es la emigración. Aproximadamente el 30% de la población total del país radica básicamente en Estados Unidos, Canadá y en menor grado en Europa. Previo a la crisis económica, las remesas familiares representaban el 18% del PIB disminuyendo al 9.9% para el 2009, después de un crecimiento sostenido de 30 años; en cifras absolutas representó una reducción de 323 millones de dólares.⁹

El fenómeno migratorio se disparó especialmente a partir del conflicto armado (0.8 migrantes por cada mil habitantes 1960-1965 a 10 por cada mil habitantes en 1980). Este

⁸ SNU. Evaluación Común de País. El Salvador 2010. Sección II: Contexto de País. 2011; Available from: http://unfpa.org.sv/dmdocuments/ccs_snu_el_salvador.pdf.

⁹ SNU. Evaluación Común de País. El Salvador 2010. Sección II: Contexto de País. 2011; Available from: http://unfpa.org.sv/dmdocuments/ccs_snu_el_salvador.pdf.

fenómeno, además de tener un impacto directo en el crecimiento poblacional, ha tenido un impacto importante en lo económico y lo social. La erosión que ha tenido el país al exportar su fuerza laboral (principal migrante) queda reflejada en el índice de masculinidad (98.4 hombres por cada 100 mujeres en 1992 a 89.9 en 2007). En departamentos con mayor migración el índice de masculinidad es mucho más bajo. La migración también plantea un reto en el proceso de envejecimiento de la población: en 1975, 1 de cada 25 salvadoreños tenía 65 años o más; en 2010, 1 de cada 14. De mantenerse esta proyección, para 2050 la relación será de 1 de cada 7, lo que plantea grandes retos socioeconómicos.

Los pueblos indígenas enfrentan un alarmante estado de pobreza y abandono sociocultural y económico dada la carencia de tierras y otros medios de producción que, en concreto, es el resultado de la pérdida de sus recursos y el despojo de las tierras que en otros tiempos sirvieron para su sobrevivencia. La situación socioeconómica de la familia indígena es peor que la población general: el 38.3% se calificó en extrema pobreza, el 61.1% se calificó en la línea de pobreza y sólo el 0,6% calificó con cobertura de sus condiciones básicas de vida.¹⁰

• Determinantes Sociales

El subempleo y no el desempleo es el principal problema del mercado laboral de El Salvador. La tasa de desempleo es relativamente baja, 7.3%, mientras que la tasa del subempleo es del 47%. El subempleo tiene además una importante expresión de género, edad y distribución geográfica, expresado en que el 47% son mujeres, el 51% jóvenes y un 51% se encuentran ubicados en las afueras del área metropolitana. Un factor que limita la creación de trabajo decente es la alta dependencia a la economía informal: el 75% del empleo lo dan PYMES (Pequeñas y Medianas Empresas) que representa el 95% de las empresas del país.

La participación económica de las mujeres es mucho menor a la de los hombres: 47.6% frente a 81.0% (EHPM, 2009). También mantienen una mayor tasa de subutilización

(desempleo más subempleo). Las brechas en remuneración persisten, aunque han disminuído. Las mujeres trabajan en total una hora más que los hombres en promedio y realizan seis veces más trabajo doméstico no remunerado.

En el país todavía persisten importantes brechas en el acceso a la educación, expresadas en una tasa de escolaridad promedio para el área urbana de 7.2 años, a diferencia de los 4.1 años en el área rural. Para el 2009; la tasa de analfabetismo en el área rural es de 22.7% y de 9.2% para el área urbana, adicionalmente la mujeres presentan una tasa de analfabetismo del 16% y de 11.6% para los hombres y los departamentos de Cabañas, Usulután, Morazán y la Unión presentan tasas de analfabetismo mayores del 20% a diferencia de San Salvador que es del 6.7%; según edad, los jóvenes (17-18 años) de los quintiles más pobres tienen dificultad para completar el tercer ciclo de sus estudios, aumentándose para los grupos de mayor edad (23-24 años).¹¹ Por lo tanto las poblaciones jóvenes y más pobres presentan menos posibilidades de acceso a la educación superior y por consiguiente menos ingresos. Una persona con menos de 4 años de escolaridad se calcula un ingreso mensual promedio de US\$ 184 comparado con los US\$ 631 de una con 12 ó más años de escolaridad. Una de las causas que pueden explicar la situación es la baja inversión en educación que el país realiza con un promedio anual del 2.9% del PIB, muy por debajo del promedio en América Latina que es del 4.5%. En la población indígena el 40% no sabe leer ni escribir.

• Determinantes Ambientales

El déficit habitacional (tanto cualitativo como cuantitativo) en el país al 2009 es de 29.9% con una considerable asimetría entre lo rural (5.9%) y lo urbano (57.1%).

En relación al acceso a servicios de agua y red sanitaria, se estima que el 90% de la población tiene acceso a una fuente mejorada, no obstante el 72% (87% urbano y 52% rural) tiene acceso a agua potable o agua segura; en la población indígena sólo el 8% tiene agua con un prestador de servicio y el 92%

¹⁰ Banco Mundial, Perfil de los pueblos indígenas de El Salvador 2003.

¹¹ Naciones Unidas El Salvador. Evaluación Común de País El Salvador. 2011

depende de pozos, desconociéndose la calidad de agua de consumo de esta población. Hay una baja cobertura de saneamiento básico (sólo 81 municipios de 262 cuentan con alcantarillado y 62% de las viviendas carece de inodoros), el vertido de basuras a cielo abierto es del 49.6% debido a la poca cobertura de sistemas de manejo. De tal manera que el creciente deterioro ambiental, el alto grado de descargas de aguas residuales a cuerpos de agua (solo el 7% de las aguas residuales son tratadas), el errático patrón de lluvias, producto del cambio climático, y la sobre explotación de acuíferos hacen que las fuentes de agua sean cada vez más vulnerables, con la consecuente degradación de la calidad de agua lo cual incrementa también el riesgo de enfermedades de transmitidas por agua.

Por su ubicación geográfica y otros factores, El Salvador es susceptible a ser afectado por una variedad de fenómenos naturales y de origen humano que generan frecuentemente situaciones de desastre, afectando con ello al territorio y a la población salvadoreña, especialmente a aquellas familias ubicadas en zonas vulnerables y de alto riesgo, y que tienen como factor común niveles de pobreza y escasa capacidad para absorber el impacto de dichos fenómenos. A nivel global, El Salvador se destaca por presentar el 88.7 % de su territorio como área de riesgo y por tener la más alta tasa porcentual de población bajo riesgo (95.4%). La estructura productiva correspondiente al 96.4% del PIB está ubicada en áreas de riesgo.¹²

Históricamente, El Salvador ha estado sometido a situaciones de emergencia debido a la actividad tectónica, volcánica e hidrometeorológica. El país tiene una cifra significativa de víctimas por desastres e históricamente las pérdidas económicas acumulan unos 16 mil millones de dólares. Sólo entre 1980 y 2008 ocurrieron 1.5 desastres por año con un impacto fuerte en la economía, superior al 4.2% del PIB con 7,000 muertos y 2.9 millones de afectados.

• Exclusión social en salud

La exclusión social en salud en El Salvador, se entiende como la imposibilidad de una

persona o grupo de personas de acceder a la atención en salud de manera adecuada, a través de uno o más de los tres subsistemas: el público, la seguridad social el privado, en circunstancias en que otros miembros de la sociedad acceden a estos subsistemas. Se realizó un análisis comparativo entre los años 2002 y 2010 para evaluar cobertura real o efectiva de cada subsistema utilizándose el indicador “demanda asistida”.¹³

La medición de la exclusión social en salud en El Salvador y la construcción de los indicadores internos y externos se realizaron a partir de las encuestas de hogares de propósitos múltiples (EHPM) 2002 y 2010 de la DIGESTYC, información del anterior Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), del Consejo Coordinador Nacional Indígenas Salvadoreños (CCNIS) y Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-2002/03 y 2008), en el que se realizó análisis bivariado de exclusión, que incluye el enfoque de necesidad percibida, demanda asistida. Los resultados de este análisis se muestran en Tabla 1, donde se observa que el porcentaje de cobertura efectiva en los años bajo estudio presenta pequeños diferenciales (41.7% / 2002 y 42.69% / 2010) lo que demuestra la no existencia de cambios importantes en la cobertura que ofrece el MINSAL. Entre las principales causas de exclusión social en salud que se evidencian son: déficit en infraestructura (recurso humano: médicos y enfermeras), estructura física (déficit en camas disponibles), barreras geográficas (medios de transporte) y la informalidad en el empleo.¹⁴

• Exclusión en salud en la población indígena
Las inadecuadas condiciones de salud y la desnutrición en las comunidades indígenas, de las zonas de oriente, central y occidental, afecta principalmente a la población infantil, quienes en su mayoría padecen de enferme-

¹³ El indicador demanda asistida se construyó con los datos obtenidos de las preguntas 602 “en el mes anterior, ¿cuál fue el síntoma o enfermedad, lesión o accidente más reciente que tuvo?”, 603 “en el mes anterior, ¿a quién consultó principalmente por el síntoma, enfermedad o lesión por accidente o hecho delictivo?” y 604 “en el mes anterior, ¿en qué lugar consultó o lo atendieron? por síntoma, enfermedad o lesión por accidente o por hecho delictivo más reciente” de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de la DIGESTYC 2002 y 2010.

¹² OCHA – UNDAC. Evaluación de la Capacidad Nacional para la Respuesta a Emergencias. El Salvador, abril 2010.

¹⁴ OPS, Exclusión en Salud, Estudio de Caso, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México, Honduras, Octubre 2009.

Tabla 1. El Salvador, cobertura efectiva del sistema de salud, 2002 y 2010.

Institución	% de cobertura efectiva*		Grupo de ingreso
	2002	2010	
Población cubierta por el MINSAL (Incluye BM)	41.5	40.9	Población de escasos recursos + población general
ISSS (Instituto Salvadoreño de Seguridad Social)	6.2	7.01	Contribuyentes y familiares beneficiarios
Privados sin fines de lucro	0.08	0.8	Población general de escasos recursos
Privados con fines de lucro	10.5	8.5	Población con capacidad de pago
Curandero o clínica natural	0.01	0.1	Población de escasos recursos
Total de población cubierta	58.29	57.31	
Población no cubierta	41.71	42.69	

* Se entiende por cobertura real o efectiva al porcentaje de población que, reportando enfermedad, buscó servicios de salud y fue atendida en alguno de los distintos subsistemas, de acuerdo a lo declarado en las encuestas de hogares.

Tabla 2. Salud: desigualdades de los pueblos indígenas en comparación con el resto de la sociedad salvadoreña, 1999.

Indicador	Promedio anual	Pueblos indígenas
% de hogares en pobreza relativa	25.7%	61.1%
% de hogares en pobreza extrema	18.9%	38.3%
Tasa de desempleo abierto (por c/100 pea)	7.5%	23.8%
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer)	3.2	3.5
% mujeres en edad fértil	26.2%	20.8%
Mortalidad infantil x1000 n.v.	35.0	42.49 unicef
Cobertura del seguro social	17%	3.2%
Prevalencia del embarazo	-	9%
Cobertura del control prenatal	74.2%	26%
Cobertura toxoide tetánico en mef	-	20%
Cobertura de pf en mef	19.8%	10.5%
Atención al parto institucional	60.2%	30%
Atención al parto por partera	35.5%	40%
Autoatención al parto o p/familiar	4.3%	30%
Cobertura con esquema completo < 1 año	90%	27%
Prevalencia de diarrea < 5 años	-	4.3%
Prevalencia de ira < 5 años	-	1.5%
Prevalencia de desnutrición < 5 años	20%	40%
Cobertura control de crecimiento y desarrollo < 5 años	86.4%	34.4%

FUENTE: Pueblos Indígenas, Salud y Calidad de Vida. OPS/ CONICULTURA. 1999, DIGESTYC/ UNICEF,

dades gastrointestinales y problemas respiratorios. El grave problema del acceso al agua potable es una carencia que se acentúa en las poblaciones indígenas y rurales marginales en todo el país, la Tabla 2 muestra algunos indicadores sociales y de salud en la población indígena, comparados con el promedio

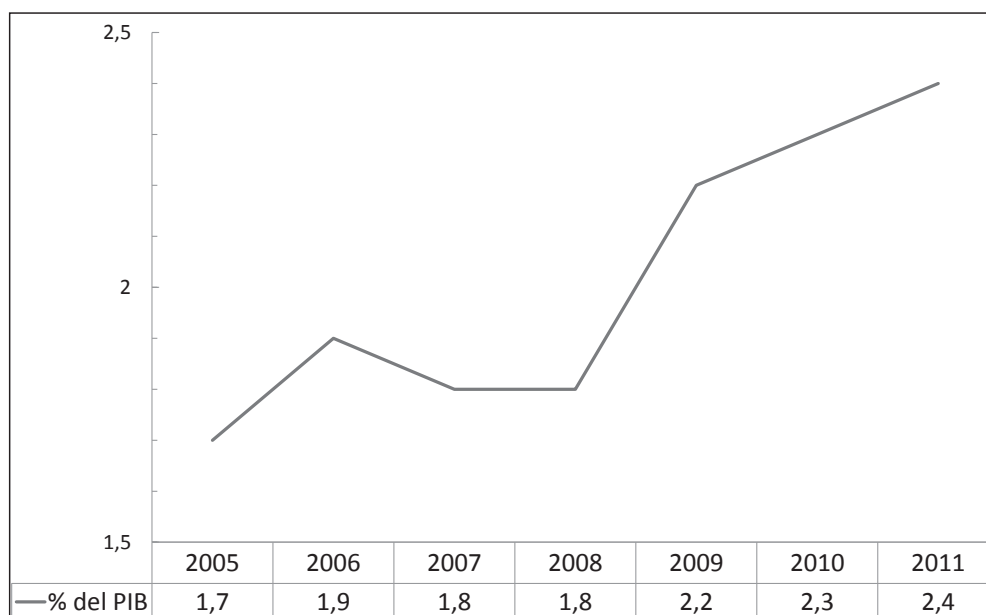
nacional, mostrando serias desigualdades.¹⁵

• Gasto y financiamiento del sector salud

El Salvador estimó un gasto nacional en salud de 1,466 millones de dólares en el 2010,

¹⁵ Organización Panamericana de la salud. Pueblos Indígenas, Salud y Calidad de Vida. OPS/ CONICULTURA. El Salvador, 1999.

Gráfico 1. Evolución del Presupuesto MINSAL en relación al PIB durante el período 2005-2011 (*)



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

con un gasto total per cápita de 216 dólares; el gasto en salud ha tenido un importante crecimiento a partir del 2009, a expensas del gasto público que creció de 786.4 millones en 2008 a 904.5 millones en 2010. De total del gasto público en salud el Ministerio de salud le corresponde un 54.6% a pesar de una población teórica estimada en 74%. El gasto privado en salud es alto, principalmente por gasto de bolsillo de las familias, y representa un 38% del gasto nacional en salud. El gasto per cápita del Ministerio de Salud fue de 109 dólares para el año 2010, comparado con 228 del ISSS (Instituto Salvadoreño de Seguridad Social), 235 del ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) y 398 del ISBM (Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial).¹⁶

El presupuesto del MINSAL con respecto al PIB ha tenido una tendencia creciente, para 2005 representó el 1.7% del PIB, mientras que para 2011 ascendió a 2.4%. El aumento más pronunciado se presenta a partir del año 2009, cuando en el segundo semestre se proporciona un importante refuerzo presupuesta-

rio, que continúa en los años subsiguientes, a pesar de las condiciones de la economía del país en crisis. La composición del financiamiento del MINSAL proviene principalmente de los fondos del Gobierno de El Salvador GOES y préstamos externos (93% y 4% respectivamente para 2011), seguido de las otras fuentes de financiamiento (Recursos Propios, Donaciones y Fondo de Actividades Especiales) que sumadas representan aproximadamente el 3% del financiamiento total 2011.¹⁷ Entre el 86% y el 90% del presupuesto (período 2005-2010), se destinó hacia gastos corrientes (funcionamiento), mientras que los gastos de capital no sobrepasaron el 20%.

El Salvador, con la Reforma de Salud, inició en el 2010 la aplicación de estrategias orientadas a extender la protección social en salud, que demuestran resultados en términos de mejor acceso, oportunidad y calidad de los servicios públicos del MINSAL, especialmente en áreas rurales, población pobre, mujeres y niños. Sin embargo, se requiere de la formulación de políticas de Estado que garanticen la sostenibilidad en la implementación de dichas estrategias, especialmente la garantía del financiamiento previsible y de largo plazo.

¹⁶ MINSAL, Principales indicadores económicos del MINSAL, Indicadores internacionales de cuentas en salud, Indicadores nacionales de cuentas en salud. Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la salud. San Salvador, agosto 2011.

¹⁷ MINSAL. Informe de Labores, Ministerio de salud, 2010-2011. San Salvador, junio 2011.

Tabla 3. Lista de Mortalidad por Causas Específicas por Sexo, reportadas por el MINSAL, de Enero a Diciembre de 2010.

No.	Femenino			Masculino			TOTAL		
	Causa	Muertes	%	Causas	Muertes	%	Causas	Muertes	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	1070	7.8	Agresiones homicidios	3294	17.3	Agresiones homicidios	3763	11.4
2	Insuficiencia cardíaca y enfermedades mal definidas del corazón	972	7.0	Enfermedades del sistema urinario	1655	8.7	Enfermedades del sistema urinario	2443	7.4
3	Diabetes mellitus	848	6.1	Enfermedades isquémicas del corazón	1175	6.2	Enfermedades isquémicas del corazón	2245	6.8
4	Enfermedades del sistema urinario	788	5.7	Accidentes de transporte terrestre	1014	5.3	Insuficiencia cardíaca y enfermedades mal definidas del corazón	1853	5.6
5	Influenza y neumonía	754	5.5	Insuficiencia cardíaca y enfermedades mal definidas del corazón	881	4.6	Influenza y neumonía	1633	5.0
6	Enfermedades cerebrovasculares	482	3.5	Influenza y neumonía	879	4.6	Diabetes mellitus	1359	4.1
7	Agresiones homicidios	469	3.4	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas	777	4.1	Accidentes de transporte terrestre	1247	3.8
8	Enfermedades hipertensivas	407	3.0	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	515	2.7	Enfermedades cerebrovasculares	858	2.6
9	Neoplasia maligna del útero	370	2.7	Diabetes mellitus	511	2.7	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	820	2.5
10	Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	306	2.2	Suicidios / Lesiones autoinflingidas intencionalmente	393	2.1	Trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas	814	2.5
11	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	305	2.2	Enfermedades cerebrovasculares	376	2.0	Enfermedades hipertensivas	703	2.1
12	Septicemia	297	2.2	Enfermedades hipertensivas	296	1.6	Septicemia	577	1.8
13	Neoplasia maligna del estómago	237	1.7	Septicemia	280	1.5	Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	562	1.7
14	Accidentes de transporte terrestre	233	1.7	Neoplasia maligna del estómago	274	1.4	Neoplasia maligna del estómago	511	1.6
15	Malformaciones: congénitas y anomalías cromosómicas	169	1.2	Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	256	1.3	Suicidios / Lesiones autoinflingidas intencionalmente	506	1.5
	Demás causas	6088	44.1	Demás causas	6501	34.1	Demás causas	12978	39.5
	Total	13795		Total	19077		TOTAL	32872	

Fuente: PAHO/WHO. Sistema de Mortalidad Regional.

2.3.- Estado de la salud de la población

• Mortalidad

En 2008 se registró un total de 31,594 defunciones en el país¹⁸, con poca variación en los

¹⁸ DIGESTYC: Anuarios estadísticos El Salvador: http://www.digestyc.gob.sv/DigestycWeb/Estad_Demograficas/Est_Vitales/HECHOS%20VITALES/Def.%20Total.pdf

2 años anteriores. Tomando como base la población estimada para el 2008 se obtiene una tasa de mortalidad bruta de 515.8/100,000 hab., siendo la tasa de mortalidad para los hombres casi 1/3 mayor que de las mujeres (H: 629; M: 413 por 100 mil hab.). Sin embargo, las estimaciones y proyecciones de población publicadas en mayo 2010, reportan

una tasa de mortalidad bruta de 689/100 mil hab. para el quinquenio 2005-2010.¹⁹

Esta diferencia puede ser resultado de varios factores, de los cuales se puede mencionar el sub-registro de los fallecimientos. En El Salvador, hay deficiencias en sus registros sanitarios (morbi-mortalidad), siendo una prioridad de las actuales autoridades de gobierno mejorar dicho sistema. La DIGESTYC (Dirección General de Estadísticas y Censo) y la Unidad de Vigilancia de la Salud del MINSAL son las principales fuentes de información en salud.

De las 15 primeras causas de muertes, alrededor del 90% corresponden a enfermedades no transmisibles; y dentro de las 5 primeras causas aparecen: agresiones (disparos con armas de fuego), enfermedades del sistema urinario (especialmente insuficiencia renal crónica), infarto agudo al miocardio y neumonías. Es importante señalar, según datos de DIGESTYC que las causas violentas (agresión, accidentes, trastornos mentales / consumo de alcohol) y la enfermedad renal crónica (ERC) son más frecuentes en hombres y juntas representan más del 90% del total de las muertes.²⁰

Según la encuesta nacional de salud familiar (FESAL-2008), la tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 19 por 1000 nacido vivos (nv), y la tasa de mortalidad infantil se reporta en 16 por 1000 n.v., para el mismo año la mortalidad perinatal es de 19 por mil n.v., el 86% ocurre en el periodo neonatal temprano. La mortalidad neonatal bajó de 13 (2002) a 9 por mil (2008).²¹ La mortalidad neonatal corresponde al 56% de la mortalidad infantil; el 55 % de los neonatos fallecidos eran prematuros. La tasa de mortalidad en menores de cinco años descendió de 31 (2002) 19 por mil nacidos vivos en 2008, a 2 puntos de la meta ODM 4, fijado en 17 por mil nacidos vivos. Las primeras causas de muerte neonatal corresponden a infecciones, malformaciones

congénitas, prematuridad y asfixia al nacer y las principales morbilidades en el periodo perinatal son: Aspiración neonatal de meconio, ictericia del recién nacido, sepsis bacteriana, feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membranas, dificultad respiratoria, neumonía congénita, pretérmino y bajo peso al nacer. Las 5 primeras causas de muerte infantil son: afecciones originadas en el periodo perinatal, trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer, neumonía, dificultad respiratoria del recién nacido, y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Según datos del SVMM²² la razón de mortalidad materna después del descenso observado de 66 a 53 entre los años 2006 y 2007 respectivamente, ésta no ha tenido una variación significativa en los últimos 4 años reportándose entre 53-55 MM por 100 mil NV (gráfico 2). Según estos datos El Salvador está a 3 puntos de alcanzar la meta del país para el ODM 5 (52 RMM), y a 7 puntos de la meta LAC (45 RMM); 61% corresponde a muertes maternas por causa directa, siendo las principales: hemorragia postparto, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis; 21 y 24% ocurren en adolescentes.

• Salud en el curso de vida

Morbilidad infantil y adolescentes: Las principales morbilidades en menores de 5 años²³: Infecciones respiratorias 28%. Diarrea 14%, con una prevalencia en el área rural mayor que la urbana (16% y 12 % respectivamente), 22 % de los casos reportados en niños con un año cumplido. Según el último Censo²⁴ el 6% de menores de 5 años tenían sobrepeso. Las principales causas de morbilidad en adolescentes: infecciones de vías respiratorias superiores, faringitis y amigdalitis aguda, enfermedades del sistema urinario, traumatismos múltiples y el 91% tuvo estado nutricional normal. En la población escolar de educación básica (6 a 9 años) la prevalencia de retardo en talla disminuyó de 19.5% (2000) al 15.5% (2007); con una marcada diferencia entre el área rural (19.2%) y el área urbana (10.6%).

¹⁹ Ministerio de Economía. Dirección General de Estadísticas y Censos. DIGESTYC. República de El Salvador. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 – 2050. Pagina 31-34; Mayo 2010.

²⁰ DIGESTYC: Anuarios estadísticos El Salvador.: http://www.digestyc.gob.sv/DigestycWeb/Estad_Demograficas/Est_Vitales/HECHOS%20VITALES/Principales%20causas%20de%20muerte.pdf.

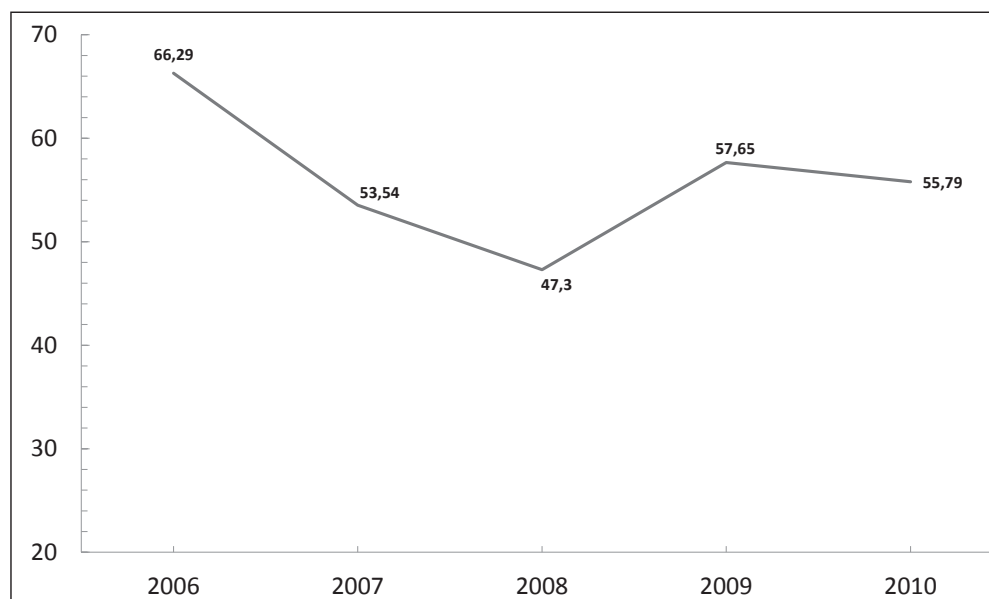
²¹ Ref. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-2008).

²² SSVM, Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna. MSPAS 2006-2010.

²³ Sistema de morbilidad y mortalidad SIMMOW. MINSAL 2009.

²⁴ Ref. III Censo Nacional de Talla en Niños y Niñas de Primer Grado en el Salvador, 2007.

Gráfico 2. Mortalidad materna registrada a nivel nacional, El Salvador, años 2006-2010.



CLASIFICACIÓN	2006	2007	2008	2009	2010
Sub total directas	41	41	41	36	43
Sub total indirectas	30	16	12	36	27
Total defunciones maternas por causa directa e indirecta*	71	57	53	72	70
Nacimientos (según DIGESTYC)	107,111	106,471	112,049	124,898	125,464
Razón/Tasa por 100,000 n.v.	66.29	53.54	47.30	57.65	55.79

* Se excluyen las muertes no relacionadas

Fuente: Sistema de Vigilancia de la Salud MINSAL, 2011

Cobertura de los Servicios de Salud: 94 % de las madres tuvo al menos un control prenatal durante su embarazo²⁵ a 6 puntos del ODM5 (100%) y 78% con 4 consultas, 22 puntos de la meta ODM (100%); la atención hospitalaria de parto (2010) es 90%, a 10 puntos de la meta del ODM 5 y solo el 59% recibió control postnatal; del total de partos, el 25% finalizó en cesárea; 7.7% de los embarazos terminó en aborto; el 24% de todos los partos ocurre en adolescentes. 86 % de niños menores de 59 meses recibió al menos una dosis de vitamina "A". El 57.6% de los niños con diarrea utilizó sales de rehidratación oral. El 97% de los nacidos recibieron alguna forma de lactancia materna, con una duración promedio de 20.6 meses; 31.4% de los niños de 0 a 5 meses tuvo lactancia exclusiva. 97% de los menores de 5 años tuvo control de monitoreo y crecimiento y desarrollo. La tasa de uso

de anticonceptivos²⁶ es 73%, a 7 puntos del ODM 5 (80%); 32% utiliza esterilización femenina, 22% inyectables, 7% métodos naturales, 5% comparten orales y condón. La tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años es 89 por mil mujeres, 7 de cada 10 adolescentes con experiencia sexual tuvieron un embarazo y 8.9% de este grupo ha tenido un embarazo previo.

Respecto a las inequidades en la salud infantil y de la mujer,²⁷ en 2008, al comparar según nivel de bienestar, en el quintil más bajo la tasa de mortalidad neonatal es tres veces más alta en comparación con el quintil más alto (13, 4 x mil nv, respectivamente) y la tasa de mortalidad infantil, 4 veces más (26, 6); de forma similar se comporta la atención institucional del parto con un 68.20% para mujeres

²⁵ Ref. Informe de Labores MINSAL.2010-2011.

²⁶ Ref. Encuesta Nacional de Fecundidad. FESAL 2008.

²⁷ (FESAL 1998, 2008)

Tabla 5. Principales Causas de Consulta Utilizando la Lista de Morbilidad por Causa Específica Disgregada por Sexo en los Servicios del MINSAL y FOSALUD, El Salvador, enero - diciembre de 2010

No.	Causas específicas	Masculino	Femenino	Total	Tasa de morbilidad x 100,000 habitantes (a)
1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	468,883	675,869	1,144,752	18,516.7
2	Faringitis aguda, no especificada	286,523	447,209	733,732	11,868.3
3	Hipertensión esencial (primaria)	146,616	523,131	669,747	10,833.4
4	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	244,471	379,961	624,432	10,100.4
5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	110,780	405,785	516,565	8,355.6
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	134,150	175,021	309,171	5,000.9
7	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	75,393	120,261	195,654	3,164.8
8	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	40,900	141,868	182,768	2,956.3
9	Vaginitis aguda	0	147,218	147,218	2,381.3
10	Cefalea debida a tensión	20,553	117,270	137,823	2,229.3
	Demás causas	2,225,619	4,214,413	6,440,032	
	Totales	3,753,888	7,348,006	11,101,894	179,576.6

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

Tabla 6. Principales Causas de Egreso Utilizando la Lista de Morbilidad por Causa Específica Disgregada por Sexo, El Salvador, MINSAL Enero - Diciembre de 2010

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

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

ubicadas en el quintil más bajo comparado con 97% en el quintil más alto. La situación es aún más desigual si comparamos las tendencias en la última década en el caso de mortalidad infantil, en el quintil más bajo en 1998 la tasa era de 46%, frente a 28% en el quintil más alto; en contraste, el dato reportado para 2008 indica que el quintil más bajo de bienestar ha alcanzado el nivel que tenía

el quintil más alto hace 10 años, teniendo mayor reducción en ese período el área urbana. Según la tasa de fecundidad, en 2008, las mujeres en el área rural tienen 1 hijo más que las que residen en el área urbana y 3.7 hijos las ubicadas en el quintil más bajo de bienestar, el doble de hijos que las se encuentran en el más alto. Las mujeres que residen en la región metropolitana tienen el 94% de

probabilidades de tener su parto institucional, comparado con 66% en Morazán.

Violencia Intra Familiar VIF: 31 % de las mujeres declaró que recibió algún maltrato físico antes de cumplir los 18 años, 44 % de las mujeres alguna vez casadas o acompañadas reportó que recibió maltratos verbales o psicológicos de su pareja, 24% reportó violencia física y 12% violencia sexual.²⁸

En Salud Sexual y Reproductiva SSR los esfuerzos se han concentrado en incrementar la disponibilidad de la oferta básica de anticonceptivos, la consejería en PF, incrementar la atención institucional del parto, aumentar la participación de comunidades y familias, implementar el SSVMM y tecnificar a los proveedores. En Salud de la Niñez, los esfuerzos se han concentrado en el Manejo Inmediato del Recién Nacido, la implementación del AIEPI y la Reanimación y Transporte Neonatal.

• Nutrición:

La baja talla y el bajo peso para la edad muestran una tendencia a la disminución muy lenta en los últimos 15 años, como resultado de las condiciones de vida de la población.

El retardo en talla a nivel nacional,²⁹ en menores de 5 años, es de 19.2%, siendo de un 24.2% en el área rural y de 13.5% en el área urbana; los departamentos con mayor prevalencia de retardo en talla en la niñez menor de 5 años son Sonsonate con 27.1%, Chalatenango con 26.3% y Morazán con 24.7%. El retardo en talla en escolares en 2007³⁰ fue de 15.5%, lo cual muestra que el daño al crecimiento, que ocurre en los primeros dos años de vida, persiste y es irreversible. También se evidencia una mayor tendencia al sobrepeso desde la niñez, reflejada mucho más en las personas adultas, que es 37% y obesidad 23%, lo cual crea un círculo de desnutrición-obesidad y alta morbilidad materna e infantil difícil de romper.

²⁸ PAHO/OMS, CDC, Atlanta. Violencia contra las mujeres en la Región de América Latina y El Caribe: Una comparación y análisis de datos poblacionales de 12 países. Documento Borrador. 2010.

²⁹ FESAL, 2008.

³⁰ MINED, MSPAS, Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado, en el año 2007.

La anemia nutricional, causada principalmente por la deficiencia de hierro, continúa siendo un significativo problema de salud pública, cuyo control amerita una alta prioridad debido a que aumenta el riesgo de mortalidad materna, retrasa el desarrollo psico-motor del niño, reduce la capacidad de aprendizaje, el rendimiento escolar, disminuye la resistencia física y la productividad laboral del adulto. Es importante resaltar que no se han encontrado diferencias extremas según área de residencia y escolaridad de la madre, lo que significa que es un problema generalizado en toda la población. Los preescolares, y en particular los menores de dos años, representan un grupo altamente vulnerable a desarrollar anemia por deficiencia de hierro, el 23% de las niñas y niños de 12 a 59 meses la padecen.

La deficiencia de ácido fólico, también es causa de otro tipo de anemia (megaloblástica) y es además, la causa principal de las malformaciones congénitas del tubo neural, cuya incidencia es importante en El Salvador; sin embargo, no se cuenta con información estadística actualizada del problema. Desde 1988, no se realizaban estudios que indiquen la prevalencia de la deficiencia de vitamina A; en ese año, el 36% de los niños y niñas menores de 5 años presentaba bajos niveles séricos de retinol. El Ministerio de Salud, en febrero de 2011, presentó los resultados del Estudio Nacional de Retinol Sérico en niños y niñas de 12 a 59 meses de edad y sus madres de 15 a 49 años del año 2009, en el cual la prevalencia de déficit de retinol³¹ sérico fue de 5.3%, en niños y niñas de 12 a 59 meses, y la prevalencia encontrada en madres fue de 1.1%.

• Programa Ampliado de Inmunización

El Salvador ha hecho progresos importantes en cuanto a la eliminación, erradicación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación. A partir de 2004, El Salvador participa en jornadas masivas de vacunación en cohortes de diferentes edades. Durante el año 2010 se realizó la primera campaña de vacunación contra influenza A H1N1, aplicándose 1 690 000 dosis, distribuidas en grupos priorizados de riesgo como personal esencial, mujeres embarazadas y otros.

³¹ MSPAS. Encuesta de Salud y Nutrición de El Salvador, ESANES, 1988.

El esquema oficial de vacunación de El Salvador para los menores de 5 años incluye las vacunas BCG, Pentavalente, Rotavirus, Polio y SPR. A partir del 2010 el MINSAL hizo el esfuerzo de incorporar la vacuna contra el Neumococo 13valente para la población infantil y la DT para toda la población con énfasis en mujeres embarazadas; y para grupos en riesgo aplica Hepatitis B, SR y Neumococo 23 valente. Además del programa regular de vacunación, el país realiza campañas nacionales aplicando la vacuna contra la Influenza estacional combinada con influenza pandémica. Las vacunas estuvieron disponibles durante todo el año y la vigilancia epidemiológica del país reflejó baja incidencia de casos, 1 tétanos neonatal, 9 tétanos de adulto, 2 tosferina y no hubo muertes reportadas, ni casos de poliomielitis (Fuente: Inmunización en las Américas, Resumen 2010).

El presupuesto de vacunación se cuadruplicó pasando de US\$ 4.6 millones en 2008 a US\$ 18 millones en 2010. Gracias a ello la población infantil, adulto mayor y otros grupos vulnerables están protegidos contra Neumonía, Meningitis y Diarreas.

Tabla 7. Coberturas de vacunación para El Salvador, 2009

Vacunas	Porcentaje de cobertura en el menor de 1 año de edad
BCG	87
Polio3	91
DPT1	90
DPT3+Hib3	91
Hep3	91
Rotavirus	61

Fuente: Inmunización en las Américas, Resumen 2010

DPT3 posee 71% de municipios con un nivel de cobertura mayor del 95% y 29% de municipios con un nivel de cobertura entre el 85 al 94%. En referencia a las inequidades en vacunación, dado que el esquema completo de DPT/ Pentavalente en niños (as) menor de un año de edad, es un indicador internacional que resume la efectividad de los programas de inmunización en menores de 5 años, los datos³² indican que del total de niños(as) de 6 a 11 meses, el 85 % tenía completo el esquema de vacunación; el 11 % de los casos completó en el transcurso del segundo año de vida

³² FESAL. 2008.

(de los 12 a los 23 meses de edad) y a partir del segundo año cumplido se reduce la probabilidad de completarlo. Las coberturas con el esquema completo de DPT/Pentavalente y Antipolio en niños(as) de 6 a 59 meses de edad según regiones es aproximadamente del 97 % en la región Occidental y el 92 % en la Oriental.

Para la vacuna Anti-sarampión / SPR, cuyo cumplimiento debe ser al año de edad, aquellos niños (as) antes de cumplir el segundo mes de edad y que fueron inscritos en el control de crecimiento y desarrollo, presentan una tasa de alrededor del 93 %; en los no inscritos o inscritos tardíamente, desciende al 87 %. Se nota una leve variación de la cobertura, entre las regiones de salud Occidental y Oriental (94 contra 91 %). No se observa una tendencia muy clara de acuerdo al área de residencia y sexo del(a) niño(a).

La vacuna de Td debe ser cumplida con 5 dosis, el 94 % de las mujeres entre 15 a 49 años de edad recibió al menos una dosis de Td y sólo el 32 % recibió 5 ó más. La proporción de mujeres en edad fértil con el esquema completo no presenta mayor variación por área de residencia; sin embargo, según la región de salud, el 25 % corresponde a la Central y Metropolitana y el 36 % a la Occidental. Según departamento, la mayor variación se da entre Ahuachapán y Sonsonate con alrededor del 39 % y Cabañas y La Unión con alrededor del 20 %.

•Enfermedades prevenibles por vacunación

El Salvador mantiene progresos para la eliminación, erradicación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación³³, desde 1987 no ha presentado caso de poliomielitis salvaje autóctono confirmado, desde 1996 no ha presentado caso de sarampión autóctono confirmado y en el año 2006 se reportan cuatro casos aislados de rubeola, posiblemente debido a importaciones de otros países endémicos. Según informe epidemiológico se registraron 240 casos de enfermedades eruptivas febriles durante el 2009, con 0 casos confirmados a sarampión, rubeola y síndrome rubeola congénita; en el 2010 se conformó el Comité Nacional para documentar la verificación de la eliminación del sarampión, rubeola

³³ Inmunización en las Américas, 2010.

y síndrome de rubeola congénita, quien revisa la información de los 10 años posteriores al último caso de sarampión o rubeola.

A través de la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) se reportaron 67 casos (con una tasa de 2.86 PFA por 100 000 niños menores de 15 años), de los cuales 0 casos confirmados a Polio salvaje. La vigilancia epidemiológica durante el 2009 reportó 0 casos de tétanos neonatal y 10 casos de tétanos no neonatal, a razón de 9 hombres para 1 mujer. El año 2010 reportó 2 casos de tétanos neonatal y 0 casos de tétanos no neonatal, los casos de tétanos neonatal, son hijos de madres de entre 10 a 14 años de edad.

• Carga de las enfermedades transmisibles

De las primeras 15 causas de muerte en el 2008, las enfermedades transmisibles representaron el 11%, siendo las causas más importantes la neumonía (tanto en adultos como niños) y la enfermedades diarreicas en menores de 1 año.

Enfermedades transmitidas por vectores:

Dengue, Malaria y Chagas: Del 2006 a 2010 se reportó 77,866 casos sospechosos de dengue, de los cuales fueron confirmando un total de 33,084 casos, siendo el 97.9% clasificados como dengue clásico y 2.1% como dengue hemorrágico. En los últimos 10 años, el dengue ha presentado un comportamiento endémico con brotes epidémicos, el último en 2010. La letalidad por dengue fue de 0 en el 2010.

A partir del 2006 hasta el 2010 el número de casos anuales de malaria pasó de 49 a 24, siendo 33% casos importados. El índice de láminas positivas se mantiene por debajo de 0.5% desde 2005, alcanzando un valor de 0.2%, y una incidencia menor del 1 por 1,000 personas en riesgo en el 2010. Esta situación determinó la decisión del Gobierno, con el apoyo de la OPS, declarar el año 2011 como el inicio de la fase de pre-eliminación cuyo objetivo es reorientar el programa nacional de malaria hacia cambios estratégicos necesarios para alcanzar la eliminación de la malaria en el país en el año 2014.³⁴

³⁴ Ministerio de Salud – OPS. Plan para Eliminación de la Malaria para 2014. El Salvador 2011.

Las encuestas entomológicas realizadas de 2003 al 2009³⁵ revelaron la eliminación del vector *R. prolixus*, pero se mantiene la existencia de *T. dimidiata*. Las encuestas serológicas en centros escolares en localidades con elevada endemia chagásica mostraron índices de seropositividad variables al *T. cruzi*, con un índice de positividad de 1.3% de los niños estudiados, (0 a 5.3%). En el departamento de Sonsonate aparecen los mayores índices de seropositividad y junto con los departamentos de Santa Ana y Ahuachapán se reportan el mayor número de casos agudos. La seropositividad reportada en los donadores de sangre ha disminuido de 2.9% en 2004 a 1.9% en 2009.³⁶

VHI/SIDA y otras ITS: Desde 1984 hasta el 31 de Marzo de 2011 el país ha registrado 26,337 casos de VIH-Sida,³⁷ correspondiendo 17,536 (67%) a casos de VIH y 8,801 (33%) a casos de Sida. Para 2011 se registran ya 342 casos de VIH-Sida de los que casi dos terceras partes (62%) corresponden a personas con sexo biológico Hombre. El rango de edad con mayor número de casos estuvo entre los 25 y los 29 años, seguido muy de cerca por el grupo de 15 a 24 años. En este último grupo mostró una relación hombre /mujer = 1; en el resto, la relación hombre mujer es de 1.7:1.³⁸

Hasta agosto 2010 se han indicado terapia antirretroviral a 7,000 personas con VIH avanzado, quienes han sido atendidos en las 20 clínicas especializadas y sin embargo no se ha alcanzado cobertura apropiada para gozar de Acceso Universal. La prevalencia de VIH en la población es cercana al 0.5% concentrada en grupos concretos de riesgo, fundamentalmente en hombres que mantienen sexo con hombres (10%) y en trabajadoras sexuales (3-5 %).

³⁵ MINSAL. La enfermedad de Chagas en El Salvador evolución histórica y desafíos para el control. 2011.

³⁶ Ministerio de Salud, OPS, JICA. Universidad de El Salvador. La Enfermedad de Chagas en El Salvador: Evolución Histórica y Desafíos para el Control. El Salvador 2011.

³⁷ OPS-OMS. Fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH, Sida y las ITS en El Salvador. Informe de la evaluación. El Salvador 2010.

³⁸ Naciones Unidas. Evaluación común de país. El Salvador 2010, ODM6. cap 6 salud. Edición 2011. San Salvador.

En cuanto a la organización de servicios para la atención integral al VIH/Sida ha estado, lógicamente, condicionada por la segmentación y fragmentación del sistema de salud. A pesar de ello se ha avanzado de manera importante en la disponibilidad de servicios con énfasis en la detección y la atención médica (consejería, prueba, tratamiento ARV); siendo actualmente la cobertura de tratamiento de ARV en personas con VIH/Sida del 80%. Se destacan logros en prevención de la transmisión materno infantil (PTMI), la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas es del 0.15% y la tasa de transmisión vertical de VIH es del 5.5%. La cobertura de atención prenatal es del 76%, reportándose una cobertura de tratamiento ARV del 100% de las mujeres VIH positivas que llegan al control prenatal. El VIH perinatal se ha disminuido importante-mente llegando a una reducción del 88% en menores de 1 año infectados en 2010.

En El Salvador tenemos 290 niños y niñas con Terapia Antirretroviral y según datos del SIP nacieron 33 niños con Sífilis congénita durante el año 2010; estas son enfermedades prevenibles si logramos tratar a la embarazada a tiempo, esta es la importancia de trabajo del primer nivel de atención, ya que los ECOS apoyarán con la búsqueda activa de embarazadas en las zonas rurales.

La prevalencia de la sífilis materna³⁹ fue de 0.47% y la incidencia de la sífilis congénita fue de 5.1 por mil nacidos vivos en la población atendida durante su gestación en las 28 maternidades del MINSAL en el período comprendido entre enero y diciembre de 2009. De estas el 88.4% eran mujeres menores de 35 años. Predominó el grupo de 20 a 34 años, con el 56.7% del total de casos.

Se han identificado problemas de acceso a la atención integral, falta de sensibilización y capacitación del RRHH que brinda la atención, dificultades en la disponibilidad de insumos de laboratorio, debilidad en el sistema de información, vigilancia, monitoreo, evaluación y un escaso análisis y utilización de los datos disponibles para toma de decisiones. Hay escasas oportunidades de acceso a la educación sexual en las edades tempranas

tanto para quienes acceden al sistema formal de educación, como para un importante número de adolescentes y jóvenes fuera del sistema, lo cual constituye un reto para llegar a estas poblaciones.⁴⁰

No obstante en los últimos cinco años las autoridades, de manera gradual, han venido intensificando los esfuerzos para la prevención del VIH en el país con intervenciones informativas y educativas, provisión de servicios, conocimientos, capacitación del recurso humano e inversión financiera. Sin embargo, aún se mantienen brechas en el acceso a la prevención de la transmisión por vía sexual, especialmente de las poblaciones en mayor riesgo y las poblaciones vulnerables. La prevención de las ITS y el VIH nos plantea un desafío importante de superar, ya que requiere una mayor prioridad, amplitud, sostenibilidad, pertinencia cultural, alcance y efectividad; en un contexto donde el sector público de salud se focaliza prioritariamente en los ámbitos de detección, atención y tratamiento con un bajo desempeño en las acciones promocionales y preventivas.

En definitiva, hay que decir que El Salvador ha hecho grandes esfuerzos por brindar una respuesta efectiva al VIH implementando estrategias tales como: a) acceso gratuito de la atención en salud y específicamente a personas con VIH, b) transversalidad del tema de VIH-Sida y Sífilis en el primer nivel de atención, c) Fortalecimiento y descentralización de los servicios integrales para VIH, d) implementación de programas de erradicación de la sífilis congénita e) fortalecimiento al trabajo inter institucional e intersectorial entre otros; pese a los esfuerzos, aún existen brechas importantes para el cumplimiento de metas e indicadores de ODM, UNGASS y Acceso Universal.

• Enfermedades desatendidas y otras relacionadas con la pobreza

Tuberculosis: La tendencia de las tasas de morbilidad y mortalidad es al descenso. La incidencia estimada por la OMS disminuyó de cerca 60 en 1994 a 30/100,000 habitantes en el 2009; la prevalencia se estima en 33/100 000 (rango de 10-56 años) habitantes en el mismo año. La mortalidad pasó de una tasa

³⁹ OPS-OMS. Informe del Diagnóstico Situacional de la Sífilis materna y Sífilis Congénita en ELS en 28 maternidades. Ene- dic 2009. El Salvador 2010.

⁴⁰ MINSAL, OPS-OMS, ONUSIDA. Fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH, Sida y las ITS en El Salvador. Abril 2012.

de 2.35/100.000 en 1997 a 0.76/100,000 en el 2009. El porcentaje de éxito del tratamiento es elevado y alcanzó el 89% en 2010, superando la meta de OPS/OMS de 85%, con 3.1% de fracaso al tratamiento, 5.2% de fallecidos y 2.2% de abandono. De acuerdo a los datos del Programa Nacional de TB (PNTB), se estima que el 100% de los casos detectados se encuentra bajo un régimen TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado). El último estudio de MDR (Multi-Droga Resistente), muestra valores por abajo del 0.05%, como una evidencia de el alto porcentaje de tratamiento exitoso en el país.

Rabia: El último caso de rabia humano reportado fue en el 2008. La cobertura de vacunación canina alcanza 80%. En 2010, se reportó un total de 21,747 lesionados, mordidos por animales transmisores de rabia.

Lepra: Se estima que El Salvador ha logrado la meta de eliminación de la Lepra (menos de 1 caso por cada 10,000 habitantes), en el 2010, se reporta un total de 8 casos de Lepra multibacilar.

Geohelmintiasis: Las diarreas y gastroenteritis constituyen la segunda causa de consulta médica.⁴¹ Estudios asocian el sistema de saneamiento y prevalencia de helmintos en la población general, que corresponden en un 8.0% a *Áscaris Lumbricoides*, 20.9% para *Tirchuris Trichiuria*, 22.3% para *Uncinarias*.⁴²

Enfermedades emergentes: Durante la pandemia del año 2009, se reportó 849 casos y 31 fallecidos por la influenza pandémica A H1N1. El grupo de edad más afectado fue de 10 a 29 años seguidos de menores de 10 años.⁴³ En el 2010, se confirmaron 18 casos de virus H1N1 de un total de 2,301 muestras de pacientes con sintomatología sugestiva, y un total de 2 muertes asociadas al virus pandémico.⁴⁴

⁴¹ Consolidado Nacional de Reporte Epidemiológico Diario de 2010.

⁴² Corrales 2006.

⁴³ Ministerio de Salud. Boletín Informativos de Virus Pandémico H1N1 (2009)/146. Informe a Semana Epidemiológica No. 52 del año 2009. El Salvador.

⁴⁴ Ministerio de Salud. Vigilancia Epidemiológica de Influenza y otros Virus Respiratorios en El Salvador. Semana 50. El Salvador.

• Carga de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

El 2008 registró 9,018 muertes debidas a ECNT. Esto constituye 50% de las muertes por todas las causas.⁴⁵

Enfermedad Renal Crónica: En el 2010 constituyó la primera causa de muerte hospitalaria en el grupo de 25 a 59 años en forma general con una tasa de 6.3 por 100,000 habitantes y una tasa letalidad de 2.3.⁴⁶ Cabe mencionar que al diferenciar por sexos la tasa de mortalidad en mujeres es de 2.69 y en hombres de 11.1. Según resultados de la Región del Bajo Lempa se identificó la presencia de una doble carga de factores de riesgo, por una parte aquellos asociados a las ECNT como síndrome metabólico 28.8%, diabetes mellitus 10.3%, obesidad 22.4% dislipidemia 63.1%, hipertensión arterial 16.9%, tabaquismo 13.8% y consumo de alcohol 20.5%. Por otra parte factores no tradicionales asociados al riesgo ocupacional como exposición a agroquímicos 50.3% (Biperidilo 54.1%, fenoxiacéticos 48.4%, entre otros) con una relación de 1:4 entre mujeres y hombres.

Enfermedades Cardiovasculares: En el 2010, las enfermedades cerebro-vasculares constituyeron la segunda causa de muerte con una tasa de mortalidad de 9.3 por 1000 habitantes, las enfermedades isquémicas cardíacas la 6º causa (6.3 por 1000 hab), la insuficiencia cardíaca la 10º causa (5.8 por 1000 hab) y enfermedades hipertensivas la 19º causa (2.4 por 1000 hab). En el 2007, en la ciudad de Santa Tecla se reportó una prevalencia de hipertensión arterial de 21.5%.⁴⁷ Es de hacer notar que la mortalidad hospitalaria por estas enfermedades se ve más reflejada en el grupo de edad de mayores de 60 años donde la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca es de 53.27 pero al diferenciarlos por sexo la mortalidad en mujeres es mayor, correspondiendo a 61.7 y en hombres a 49.61 por 100,000 hab.

⁴⁵ Informe de Estadísticas Vitales por causas de defunción, 2008, DIGESTYC.

⁴⁶ Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la web, año 2010, Ministerio de Salud, El Salvador.

⁴⁷ Encuesta CAMDI – Ministerio de Salud – Encuesta de diabetes, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados. Santa Tecla, El Salvador. 2007. Inédito.

Diabetes Mellitus: En 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, la relación hombre mujer es casi 1 a 2.⁴⁸ Se han encontrado prevalencias en zona urbana de 7.4% y de alteraciones de glicemia en ayunas de 24.9% (Santa tecla, 2007) y en zona rural de 10.3% con un predominio poco significativo del sexo femenino (Bajo Lempa, 2010).⁴⁹

Enfermedades Respiratorias: En el 2010, la tasa de mortalidad hospitalaria de obstructivas crónicas fue 2.18 con una relación de hombres y mujeres de 1:2.⁵⁰

Las muertes hospitalarias por todo los tipos de neoplasias malignas significaron la 20ª causa de muerte, reportándose las siguientes tasas de mortalidad: cáncer cérvico-uterino 1.47 constituyéndose la segunda causa de muerte en mujeres entre las edades de 25 y 59 años y tasa de letalidad de 10.6, 0.8 leucemias 1.21, cáncer gástrico 1.21, cáncer de pulmón 0.82, tumor maligno de sistema nervioso central 0.82, cáncer de colon 0.78 y cáncer de mama 0.68.⁵¹

Trastornos Mentales: En el año 2010, la tasa de mortalidad hospitalaria por trastornos de salud mental y del comportamiento fue 2.20 por 100,000 habitantes con relación hombre mujer 15:1. La principal causa la constituyó los trastornos de dependencia al consumo y abstinencia por consumo de alcohol.⁵² Para 2009, las primeras cinco causas de consulta son, en orden de frecuencia: 1) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; 2) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; 3) Trastornos mentales y del comportamiento que aparecen habitualmen-

te en la niñez y la adolescencia; 4) Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y, 5) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

• Factores de riesgo y de protección: Tabaquismo, Alcoholismo, Drogas ilegales

Tabaquismo: En el 2009, la prevalencia de tabaquismo en población adulta fue 21.6 y 3.4% de hombres y mujeres respectivamente,⁵³ mientras la prevalencia de tabaquismo en adolescentes reportó una prevalencia de 27%, 32.6% hombres y 21.3% mujeres. 14.9% de adolescentes fumaron su primer cigarrillo antes de los 10 años. 58% quisieran dejar de fumar y 73.8% han recibido apoyo para dejar de fumar.⁵⁴ El Salvador no ha Ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Sin embargo, recientemente, se aprobó una ley sobre el control del tabaco que regula la comercialización, espacios libres de humo, publicidad, promoción y patrocinio, así como aspectos relacionados con el contrabando.

Consumo Nocivo de Alcohol: La prevalencia estimada de consumo de bebedores de alcohol de riesgo, en el 2010, es 8.9%.⁵⁵ En el 2008 se determinó que al menos 32.5% de los adolescentes en centros escolares había consumido alcohol alguna vez en la vida. Sólo 11.5% se considera consumidor actual. La edad promedio de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas es 13 años.⁵⁶

Adicciones: La marihuana es la droga ilegal que más experimentan los estudiantes,⁵⁷ 5.5% de estudiantes reportó que la han usado alguna vez en la vida (8.3% varones y 3.1% mujeres); el 2% lo hizo en los últimos 30 días antes del estudio. 2% de los estudiantes con-

⁴⁸ Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la web, año 2010, Ministerio de Salud, El Salvador.

⁴⁹ Palomo et al Encuesta CAMDI, Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, 2007.

⁵⁰ SIMMOW (Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la web), año 2010, Ministerio de Salud, El Salvador.

⁵¹ SIMMOW (Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la web), año 2010, Ministerio de Salud, El Salvador.

⁵² SIMMOW (Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la web), año 2010, Ministerio de Salud, El Salvador.

⁵³ Informe sobre Control del Tabaco en El Salvador, 2009, OPS, CDC.

⁵⁴ Soriano et al, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes, El Salvador.

⁵⁵ González 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.

⁵⁶ CNA-CICAD OEA, Segundo Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de El Salvador. 2008.

⁵⁷ Comisión Nacional Antidrogas.

sumió cocaína alguna vez en la vida. El 2.8% de estudiantes, prevalentemente varones, ha consumido inhalables alguna vez en la vida.

• Medio ambiente

Situación de Agua y Saneamiento Ambiental: El 82% de la población tiene acceso a agua con fuente de agua mejorada (95% en zona urbana 72% en zona rural)⁵⁸ pero sólo 72% de las viviendas tienen acceso a agua segura (87 % en zona urbana y 52% en la rural).

Disposición de Excretas y Aguas Residuales: En El Salvador el 64% de las aguas servidas no reciben ningún tratamiento. Solamente 38% de las viviendas contaban con un sistema de servicio sanitario conectado a alcantarillado y 11% disponía las aguas residuales a sistemas de fosa séptica. La cobertura nacional de acceso a instalación mejorada de disposición de excreta es 86% (urbana, 91 %; rural, 75%).⁵⁹

Gestión de Desechos Sólidos Comunes y Peligrosos: En el 2009,⁶⁰ se estimó que las áreas urbanas del país generaron 3,400 toneladas de desechos por día de los cuales el 75% recibe cobertura sanitaria y recolección. En el 2010, 78.2% de los residuos domésticos reciben un tratamiento adecuado en rellenos sanitarios.⁶¹

Gestión de Sustancias Químicas y Desechos Peligrosos: En El Salvador existen acopios de Contaminantes Orgánicos Persistentes (COP's). Actualmente se estima unas 35 toneladas de desechos COP's, de los cuales 10.2 toneladas requieren reempaque.

2.4.- Respuestas Nacionales a la superación de los problemas de salud

• Política Nacional de Salud de El Salvador: El objetivo del actual gobierno en materia de salud, expresado en la Política Nacional de

Salud,⁶² es garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca la capacidad de sostenibilidad en especial del sector público (incluyendo a la seguridad social) y que regule efectivamente lo privado; y garantice el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta capacidad resolutive y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Los principios que guían la política de salud son:

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

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

Compromiso: Dar prioridad a la salud de los y las salvadoreñas

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

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

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

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

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

• Principales Metas del MINSAL para el Quinquenio 2009-2014⁶³

Avances en la reducción de la mortalidad: a) Reducción de la mortalidad materna, b) re-

⁵⁸ Encuesta de Hogares a Propósitos Múltiples (EHPM 2009). DIGESTYC.

⁵⁹ Encuesta de Hogares a Propósitos Múltiples (EHPM 2009). DIGESTYC.

⁶⁰ Estudio de evaluación de manejo de residuos sólidos por el BID, AIDIS y OPS.

⁶¹ Estudio de evaluación de manejo de residuos sólidos por el BID, AIDIS y OPS.

⁶² Ministerio de Salud. Construyendo la Esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014. María Isabel Rodríguez, segunda edición, octubre 2009.

⁶³ MINSAL, Informe de labores Ministerio de salud 2010-2011, San Salvador, junio 2011.

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

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

Rectoría: Al fin del quinquenio el MINSAL tendrá fortalecida su capacidad de Rectoría, entre otros, en los siguientes aspectos: a) Consejo Nacional de Salud reuniéndose periódicamente y enfocado a promover algunos aspectos de la integración del sistema público, con un plan de largo plazo, b) gestión compartida de por lo menos dos hospitales entre MINSAL e ISSS, c) elaboración conjunta y compartida de normas de atención a la salud en todos los niveles del sistema, d) Sistema de Emergencias Médicas intersectorial establecido con la conducción del MINSAL, e) Sistema Único de Información conducido por el MINSAL y alimentado por todo el sistema (incluyendo el inicio del reporte del sector privado).

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

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

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

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

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

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

Infraestructura Sanitaria: Será el Gobierno que habrá realizado las mejoras más importantes en la historia de El Salvador en la infraestructura sanitaria, que se expresa en: a) reconstrucción total y equipamiento de 4 hospitales (San Vicente, San Miguel, Usulután y Zacatecoluca), b) construcción de dos hospitales (Maternidad y La Unión), c) reconstrucción parcial y ampliación de cinco hospitales (Saldaña, Rosales, Bloom, Chalchuapa, San Bartolo), d) construcción / reconstrucción / ampliación y equipamiento de alrededor de 300 unidades de salud, e) Nuevo Laboratorio

Central Max Bloch construido y funcionando en nuevo terreno.

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

Contratación de personal de salud: El Salvador es uno de los países de desarrollo medio-bajo con la tasa más baja de personal de salud por habitante. Al fin del quinquenio se tiene proyectado contratar alrededor de 14,000 nuevos profesionales y técnicos que permitirán cerrar una parte importante de la brecha existente.

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

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

Sistema Único de Información en Salud: Construcción del SUIS con participación de todos los subsectores y apoyando la toma de decisiones.

Intra e intersectorialidad: En relación a la intrasectorialidad, se fortalecerá la coordinación en la prestación conjunta de servicios

de salud con el ISSS y otras instancias de la seguridad social. Sobre la Intersectorialidad, fortalecer la institucionalización de CISA-LUD (esto ya está vigente a los dos años de gestión), además la constitución y funcionamiento pleno de los comités intersectoriales departamentales en todos los departamentos del país; avances significativos en la coordinación intersectorial (por ejemplo Educación y Salud) para el abordaje de temas prioritarios de salud (por ejemplo salud sexual y reproductiva –SSR-, enfermedades transmitidas por vectores, alertas sanitarias por epidemias, etc.).

Participación y Contraloría Social: a) Formulación participativa de todas las políticas (hasta ahora se ha logrado en las áreas de Medicamentos, SSR, salud dental y lactancia materna), b) Foro Nacional de Salud funciona en todo el país y ejerce a pleno, c) Comités locales de salud participan y ejercen contraloría (hasta ahora se han formado 458 comités locales de salud y se llegará a alrededor de 1,500 al final del quinquenio, d) Oficina por el Derecho a la Salud del MINSAL resuelve efectivamente los casos presentados espontáneamente por la población o por alguna institución y además plantean alternativas cuando existen limitantes institucionales para su adecuada atención.

• Las Prioridades de la Reforma de Salud⁶⁴

La Reforma de la Salud es el esfuerzo del pueblo salvadoreño para construir las condiciones para una garantía efectiva del derecho a la Salud. Es un empeño de largo plazo para revertir las inequidades en salud y avanzar solidariamente hacia la cobertura universal con calidad, calidez, dignidad, eficiencia y efectividad. Los lineamientos para la Reforma de Salud se expresan en la Política Nacional de Salud “Construyendo la esperanza” y son orientaciones programáticas que inician su aplicación, por el equipo de Gobierno desde junio de 2009, expresadas en cambios sustantivos en la organización y funciones del Ministerio de Salud, especialmente en la integración de las funciones de provisión y gestión de servicios con la integración horizontal de los programas anteriormente verticales y el fortalecimiento de las funciones

⁶⁴ MINSAL. La Reforma de salud en El Salvador. Gobierno de El Salvador. 2010.

esenciales de políticas públicas, regulación y planificación, la vigilancia de la salud pública y el desarrollo de los recursos humanos. El 1 de Julio de 2010 se inició la aplicación operativa del cambio en la implementación del nuevo modelo de atención en el primer nivel y el Presidente de la República oficializó la Reforma de salud el 20 de septiembre de 2010.

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

1. Construcción de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (RIISS)

La Reforma de la Salud se ha iniciado con la construcción de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) con énfasis en el Primer Nivel de Atención. Las RIISS son el nuevo entorno de servicios que se desarrolla alrededor de la vida de la comunidad, las familias y las personas. Supone una nueva cultura organizacional con énfasis en los determinantes de la salud, enfoque democrático participativo para la gestión, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones; comunicación en todos los sentidos posibles; referencia y retorno; desarrollo y puesta en práctica de programas transversales integrales centrados en la persona y no en problemas o patologías.

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

El primer nivel de atención está constituido por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS-F) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS-E). Este primer nivel de atención debe tener las

condiciones para resolver los problemas de salud que se presentan en la comunidad y los que no se puedan resolver serán referidos al nivel adecuado, con su posterior seguimiento a nivel local por los equipos comunitarios.

En el primer año de la Reforma en el primer nivel de atención (julio 2010 a mayo 2011) se alcanzó una cobertura con el nuevo modelo de atención integral 141 municipios, con una cobertura poblacional de 1,250,000 personas.

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

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

2. Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM)

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

3. Respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas

Asegurar el acceso universal a medicamentos y vacunas ha sido una preocupación permanente del MINSAL desde 2009. Sin embargo asegurar la disponibilidad de medicamentos para todo el sistema de salud es un proceso muy complejo y depende de muchos factores como son la disponibilidad de recursos financieros, modalidades de comercialización, normatividad legal, etc., que han impedido que ese objetivo se cumpla en su totalidad y de manera permanente.

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

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

Con respecto a las vacunas se trabaja en asegurar la eficacia y la sostenibilidad financiera del Programa Ampliado de Inmunizaciones, ampliando la cobertura de las inmunizaciones, habiéndose introducido la vacuna contra el neumococo en el esquema nacional de vacunación; y manteniendo un buen nivel de abastecimiento de estas.

4. Articulación Progresiva con la Seguridad Social y Otros Prestadores Públicos y Fortalecimiento de la Intersectorialidad

Uno de los mayores retos de la Reforma de Salud es superar la segmentación y fragmentación del sistema y avanzar hacia la

integración, inicialmente con la Seguridad Social, después en todo el sistema público. Ello aumentará la calidad y la cantidad de las prestaciones, se ampliará la cobertura integrando la prestación de servicios y con mayor eficiencia en el gasto, sin que eso signifique deterioro en las prestaciones de ninguno de los subsectores, reduciendo las inequidades internas. Durante la presente gestión se conformó la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) conformada por instituciones gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación.

5. Apoyo al Foro Nacional de Salud y la Participación Ciudadana en Salud

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

6. Creación del Instituto Nacional de Salud (INS)

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

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

técnicos para la salud, y gestión y desarrollo institucional.

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

7. Desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud

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

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

Los trabajadores de la salud son el pilar del sistema de salud y eje de la Reforma. Para que produzca el servicio con calidad, calidez y dignidad es necesario asegurar que el personal de salud -adecuado y motivado- trabaje de manera efectiva y productiva en el lugar que se le necesita y en el momento que se le requiere. En esto consiste básicamente una política de desarrollo de recursos humanos en salud. En diciembre del 2010 se inició la elaboración de la Política Nacional de Recursos Humanos de Salud.

• Principales Factores Restrictivos para el Desarrollo Integral de la Reforma de Salud.⁶⁵

1. Restricciones legales (marco legal del Sistema Nacional de Salud), económicas y políticas que interfieren con el adecuado ejercicio de la rectoría por parte del Ministerio de Salud, tanto en función del sector público de salud como del privado.

2. A pesar del gran esfuerzo nacional que realiza el GOES para incrementar el gasto social en el marco de la crisis global que ha golpeado a la región y con particular intensidad al país, subsiste aún una brecha histórica caracterizada por una muy baja inversión en el sector público de salud y, especialmente, en el Ministerio de Salud, que tiene a su cargo las acciones de salud pública y la cobertura de servicios de salud de la gran mayoría de la población salvadoreña. La restringida base fiscal del país es un obstáculo para garantizar la consolidación de la Reforma de Salud.

3. Las restricciones en el financiamiento en la red de servicios del MINSAL llevan a que aún persista un relativamente importante gasto de bolsillo de los hogares, que afecta negativamente la economía de los hogares. Este gasto de bolsillo se dirige principalmente a la compra de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.

4. Estas restricciones financieras también afectan otras áreas estratégicas que son parte de los determinantes sociales de la salud y que generan enfermedad y muerte en la población. Ejemplos relevantes son el saneamiento ambiental, la provisión y calidad de agua segura para el consumo humano, violencia social, inseguridad vial, migraciones, asentamientos precarios y otros.

5. A pesar de los avances sostenidos que se han realizado estos dos últimos años, persiste un sistema de salud altamente segmentado (coexistencia de varios sistemas de financiamiento no coordinados en el sistema público de salud), fragmentado (coexistencia de varios subsistemas y prestadores sin coordinación funcional en la prestación de servicios de salud a la población) e inequitativo.

6. El incremento de la cobertura ha generado un aumento significativo en la demanda de atención, medicamentos e insumos en todos los niveles de la red de servicios del MINSAL.

7. Persiste una deuda social significativa en la calidad y calidez de la atención al usuario

⁶⁵ MINSAL. Informe de Labores Ministerio de Salud 2010-2011, Junio 2011.

en los servicios de salud del MINSAL.

8. A pesar del significativo aumento en la contratación de personal, hay un déficit importante que todavía sitúa a El Salvador muy por debajo de los mínimos internacionales recomendados para países con equivalente composición del ingreso.

9. La duplicación del presupuesto para medicamentos y vacunas no ha logrado cubrir completamente la brecha debido a:

a. Aumento en la demanda por la inclusión de nuevos sectores sociales.

b. Persistencia de altos precios de medicamentos en el mercado local

c. No aprobación de la Ley de Medicamentos

d. Burocracia y complejidad de los trámites administrativos relacionados a este rubro.

10. Resistencia, en una parte del personal de salud, a abandonar el modelo excesivamente medicalizado para adaptarse a la nueva visión basada en la Atención Primaria de Salud Integral.

11. Dificultades para motivar o retener a los especialistas en las zonas alejadas por incapacidad institucional de proporcionar incentivos financieros y de otro tipo que estimulen su permanencia en estos lugares.

12. A pesar del desarrollo infraestructural sin precedentes en la historia del país, aún nos enfrentamos a una infraestructura sanitaria insuficiente y/o deteriorada en todos los niveles de atención, condiciones que también se expresan en el equipo biomédico y mobiliario y en la infraestructura vehicular para el transporte de pacientes.

13. Esto está aunado a procesos de compra excesivamente lentos y burocráticos que retrasan la disponibilidad oportuna de infraestructura física y equipamiento por parte de los establecimientos de salud.

2.5.- Respuesta de otros sectores sobre los sistemas de salud y servicios

La Política Nacional de Salud prioriza como una de sus líneas estratégicas a la acción intersectorial en salud. La constitución y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), con la participación de 38 entidades que incluyen a otros sectores de gobierno: educación, medio ambiente, gobernación, transporte, agua y alcantarillados, etc., las instituciones del Sistema nacional de Salud, Asamblea legislativa, Protección civil,

Alcaldías municipales, Policía Nacional Civil, Colegio Médico, Sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales, de cooperación externa, representantes de la sociedad civil y del Foro nacional de salud, etc., ha permitido un abordaje intersectorial con un enfoque de determinantes de la salud y no limitado al enfoque de riesgo y de responsabilidades individuales, que se ha expresado en planes de trabajo intersectorial, acciones conjuntas de análisis e intervención sobre problemas ambientales, epidémicos y situaciones de desastres con responsabilidad compartida, bajo el liderazgo del MINSAL. La replicación del trabajo intersectorial de CISALUD en los niveles locales, su incorporación al proceso de descentralización departamental del gobierno y la paulatina responsabilidad en salud de los municipios expresada en políticas y estrategias municipales de salud con enfoque integral en coordinación con SIBASIS, es un reto de la reforma para el futuro.

La Asamblea Legislativa ha aprobado recientemente una Ley de Control del Tabaco, que se encuentra en fase de reglamentación por el Ministerio de Salud; la formulación y aprobación de la Ley ha tenido un importante respaldo en la movilización social de grupos de la sociedad civil como la Coalición Anti Tabaco y el Foro nacional de Salud y el apoyo de FOSALUD, Gremio Médico y otros actores sociales. El Salvador todavía no ha ratificado el Convenio Marco para el control del tabaco.

2.6.- Contribuciones del país a la agenda sanitaria mundial

El Ministerio de Salud de El Salvador ha contribuido en el pasado con cooperación técnica e intercambio de experiencias exitosas con otros países en desarrollo en América y otros continentes, en temas como respuesta de salud y salud mental ante situaciones de desastres, programa ampliado de inmunizaciones, dengue, tuberculosis y otras. Algunos éxitos y desarrollos propios del país y su sistema de salud pueden contribuir a la oferta de cooperación Sur-Sur por parte del país, algunos temas relevantes son:

- Sistemas de Información en Salud: Desarrollo de sistemas informáticos, la articulación e integración de sistemas de información en

salud con base en plataformas libres, sistema de información de monitoreo y vigilancia del VIH Sida y las ITS, así como el sistema de vigilancia de las enfermedades; Sistema de información sobre lesiones de causa externa relacionados con la identificación de violencia doméstica; Sistema de información de morbilidad y mortalidad; Sistema de Información Gerencial, Sistema Integrado, SUMEVE, SILEX, SIMOWVIH Sida

- Seguridad Alimentaria Nutricional: Enfoque integral basado en los determinantes de la salud y con estrategia de intervención intersectorial, aplicando los lineamientos de la Alianza Panamericana para la nutrición y el desarrollo.
- Gestión del programa nacional de tuberculosis y enfermedades respiratorias.
- Gestión integral y sostenida del control y eliminación de la Malaria.
- Experiencia de acción Intersectorialidad en CISALUD.
- Experiencia en gestión y monitoreo de redes integradas de servicios de salud

Acciones de la OPS/OMS para acompañar la gestión de la cooperación internacional en salud por parte del MINSAL, para fomentar y articular la cooperación técnica en salud entre países, a nivel subregional, regional y global.

- Apoyar en la cooperación en salud del país con otros países de la subregión, región y globalmente (favorecer la cooperación Sur-Sur, la cooperación técnica entre países y el enfoque inter fronterizo, sobre todo en

temas como VIH/Sida –SUMEVE-, TB, Malaria, Dengue, enfermedad renal crónica, entre otros);

- Acompañamiento al país en el cumplimiento de los acuerdos y regulaciones internacionales, tratados, convenciones y otros mandatos en salud, ya sean subregionales, regionales y globales.
- Acompañar los procesos de integración subregionales e iniciativas regionales y globales tanto de salud, como de protección de los DDHH y de asuntos relacionados con la protección de la mujer y de los pueblos indígenas entre otros. (SICA/SISCA, COMISCA, COMMCA, OEA, ONU, etc.).

2.7.- Similitudes con otros países

El Salvador comparte con otros países de la Región enfoques y estrategias de intervención a problemas comunes, el intercambio de capacidades y competencias entre estos países puede ser relevante para ambas partes en la definición de intervenciones basados en resultados:

- Reformas de salud basadas en APS y RISS: Paraguay, Costa Rica, Cuba, Brasil.
- Conformación de un Instituto nacional de salud con funciones de Investigación, Análisis y formación de cuadros técnicos para la reforma: Ecuador, Colombia, Brasil, España.
- Problema común de Enfermedades Crónicas, Enfermedad renal, en fase de estudio: Nicaragua, Guatemala, México.
- Construcción y aplicación del Modelo de Salud Familiar: Nicaragua, Brasil, Perú, Cuba.

2.8.- Resumen Sección 2

Tabla resumen de los logros, oportunidades y desafíos claves del sector salud.

Principales logros / oportunidades
• La puesta en marcha de la Reforma del Sistema de Salud y bajo rectoría del MINSAL. • Refuerzo presupuestario Incremento desde el 2005 de 326.1 millones al 571 millones en 2011. • Mayor accesibilidad de la población a los servicios, producto de la media de la eliminación de cuotas voluntarias, lográndose un aumento del 40% de consultas. • Definición de los parámetros de la dotación de RHUS, Ecos familiares y especializados, base de planificación. • Se aumentó abastecimiento medicamentos y vacunas; una ampliación PAI, con la cobertura de vacuna de rotavirus y la introducción de la vacuna neumococo. Una disminución de la brecha de abastecimiento de medicamentos. • Reconstrucción y equipamiento de hospitales; además de la capacitación en gerencia a directores de hospitales. • Mejor capacidad de respuesta dada a los eventos epidémicos y desastres naturales. • Visión amplia de la Institucionalidad en salud CISALUD: 38 instituciones públicas, autónomas, gremiales y privadas. • Organización comunitaria: Foro nacional de Salud, con más de 500 asambleas comunitarias para instalación de ECOS.; oficina por el Derecho a la Salud. • Presencia en el Gabinete de gestión Departamental de todas las instituciones de gobierno y en los consejos intersectoriales a nivel Municipal. • Visibilización de la enfermedad renal crónica a nivel nacional, regional e internacional. • La creación y desarrollo de un nuevo sistema nacional de vigilancia epidemiológica.
Desafíos claves
• Lograr financiamiento para dar sostenibilidad al Proceso de Reforma ya implementado, no solo por el MINSAL, sino como un eje integrador y resto de instituciones prestadoras de salud del sistema. • Desarrollo institucional y cambio de estructura y marco legal establecidos para superar las prácticas burocráticas y poco ágiles; urge una actualización de las normas y reglamentos de la institución MINSAL. • Establecer una respuesta a la crisis de seguridad, los desastres naturales, la migración, el envejecimiento de la población expresado en las enfermedades crónicas y la discapacidad, en el marco de una falta de una reforma fiscal y de una clasificación del país de desarrollo medio bajo. • Desarrollar e implementar un sistema diferenciado de incentivos para el personal que trabaja en primer nivel de atención y en área rural. • Diseminación del conocimiento y la Formulación de políticas incluyendo formulación de la agenda nacional de investigación en salud • Reforzar el débil sistema de gestión y la capacidad gerencial existente en todos los niveles del sistema • Establecer un área de política institucional de identificación de brechas e inequidades en salud y de atención a grupos históricamente excluidos, como los pueblos indígenas • La transversalización de los temas género, derechos humanos y VIH en todos los programas y etapas del ciclo de vida. • Mantener los niveles de descenso alcanzados en las tasas de mortalidad infantil, menores de cinco años y reforzar las intervenciones clave de mortalidad materna para lograr los objetivos de las metas de milenio. • Integración de los Programas en Salud Sexual Reproductiva en el ciclo de vida con una política diseñada, aunque no aprobada aún. • Sostener los niveles de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (tuberculosis, malaria y la lepra) para avanzar en su eliminación de igual manera las enfermedades prevenibles por vacuna • Crear una nueva área o programa para la atención integral de enfermedades crónicas con énfasis en enfermedad renal.

SECCIÓN 3

COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y SOCIOS ESTRATÉGICOS

3.1.- El contexto de la cooperación internacional en el país

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

Ya en el primer año de labores, el Gobierno, desde su Ministerio de Relaciones Exteriores y bajo la responsabilidad del Viceministerio de Cooperación para el Desarrollo, definió una visión y una estrategia nacional para capitalizar en beneficio del país, las oportunidades que se abren en el nivel internacional, y se firmó un acuerdo Gobierno, sociedad civil, socios de cooperación presentes en el país y ONGs internacionales en Junio 2011, en el que se explicitan los compromisos para una agenda nacional de eficacia de la ayuda internacional y se define, una hoja de ruta para la mayor efectividad e impacto de la cooperación para el desarrollo del país.⁶⁶ Todo esto en consonancia con la Declaración de París 2005 y el programa de ACCRA 2008.⁶⁷

En ese marco político nacional el MINSAL como autoridad sanitaria, establece los siguientes principios orientadores de la Cooperación Internacional en Salud⁶⁸:

- Alineamiento y armonización de la cooperación internacional con la Política de Salud y

su Plan Estratégico, ambos enmarcados en el Programa de Gobierno 2009-2014,

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

En este marco el MINSAL busca establecer un dialogo con la cooperación internacional que privilegie la implementación de proyectos de carácter estratégico para el desarrollo sanitario nacional, alineados con la transformación del sistema de salud, acorde con su orientación de política sanitaria y sus necesidades más urgentes (ver Secc. 2.4).⁶⁹

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

3.2.- Análisis de Actores o redes de relacionamiento estratégico.

Con una perspectiva de acción desde los determinantes del desarrollo y la salud, la CI moviliza, para cada una de las prioridades estratégicas definidas en la sección 2, una variedad de actores de la salud, la educación, la economía, la cultura y la sociedad en general. Su interacción determina los cursos de

⁶⁶ Ministerio de Relaciones Exteriores, Viceministerio de Cooperación para el Desarrollo. Compromisos para una Agenda nacional de eficacia de la Ayuda. Hoja de ruta para la mayor efectividad e impacto de la cooperación para el desarrollo. San Salvador, junio de 2010.

⁶⁷ Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al Desarrollo: apropiación, alineamiento, armonización, gestión por resultados y mutua rendición de cuentas, 28 Febrero al 3 de Marzo 2005. París.

⁶⁸ MINSAL. Informe de labores 2010 - 2011.

⁶⁹ MINSAL. Informe de labores 2010 - 2011.

acción y por tanto, para el caso de la salud, los resultados sanitarios que se alcanza para el conjunto para la población salvadoreña.

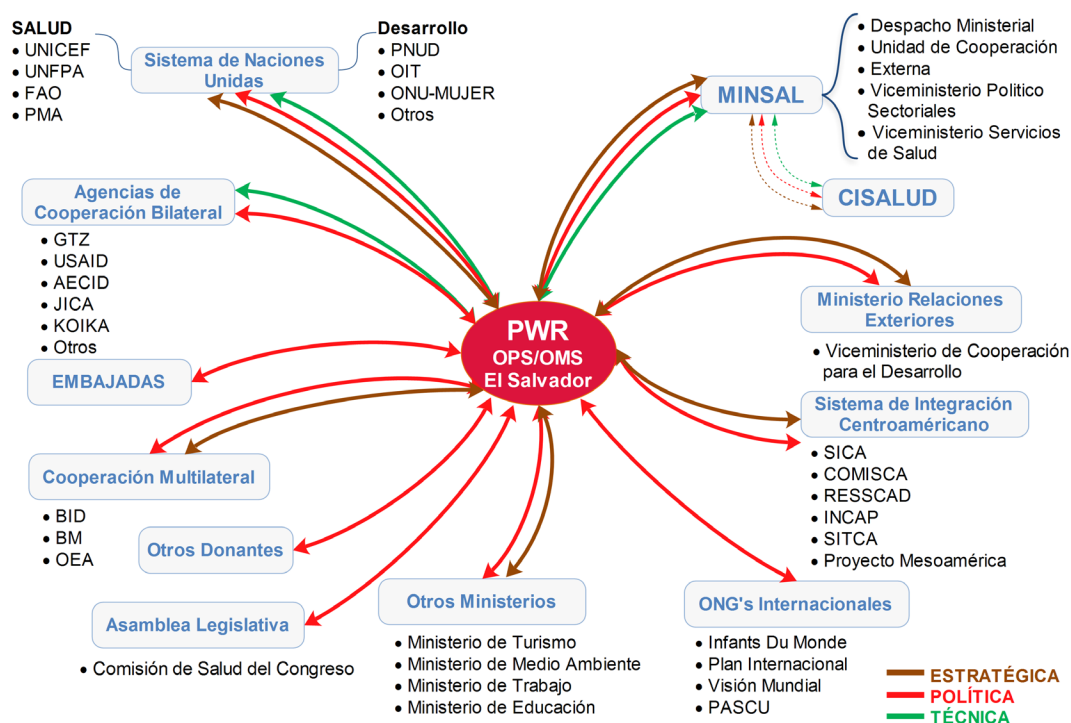
A continuación se detalla, para cada una de las prioridades estratégicas y áreas de interés principal, las redes de relacionamiento estratégico que reflejan el campo de acción y negociación en el ejercicio del gobierno y en la dinámica de la cooperación internacional.

La Oficina de OPS/OMS en El Salvador, es parte integrante del Sistema de Naciones Unidas en el país así como del Sistema Interamericano, establece una relación política y estratégica con el Ministerio de salud como su socio principal en la planificación y ejecución de la Cooperación Técnica, otras relaciones de carácter técnico con diferentes dependencias del gobierno, entidades territoriales departamentales y municipales, se orientan con base en la rectoría del MINSAL y los acuerdos de trabajo, p. ej.: CISALUD, salud y turismo con MITUR, salud y cambio climático con MARN, salud ocupacional con MITra-bajo e ISSS, salud escolar con MINED, etc.

Como parte del Sistema de Naciones Unidas, la OPS/OMS participa de los mecanismos de evaluación común, formulación y negociación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas, con el Ministerio de Relaciones Exteriores, bajo la conducción del Viceministerio de Cooperación para el Desarrollo y con las oficinas de cooperación externa de las entidades gubernamentales. El Sistema de naciones Unidas ha conformado Grupos Temáticos Interagenciales para propiciar la articulación y trabajo conjunto, y se ejecutan Programas Conjuntos inter-agenciales.

Se han establecido alianzas y mecanismos de concertación con las agencias bilaterales y ONGs internacionales que trabajan en salud, ej.: Alianza por la Salud Neonatal, que permiten armonizar la cooperación temática con el MINSAL. La Oficina de País mantiene relación técnica y estratégica con el Sistema de Integración Centroamericana y los organismos subregionales con temas de salud como SISCA, COMISCA, INCAP, SITCA y con el Proyecto Mesoamérica.

Oficina de OPS/OMS en El Salvador, red de relacionamiento estratégico.



3.3.- Estrategias Prioritarias

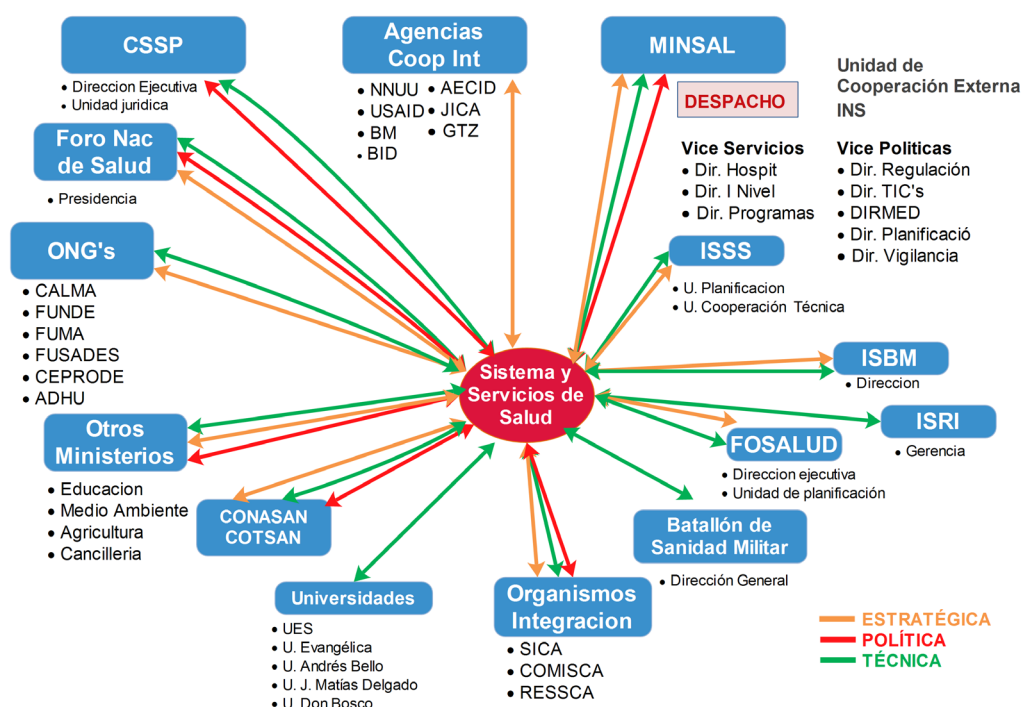
• Fortalecimiento institucional y Rectoría

El MINSAL ha definido en forma precisa la Política Nacional de salud y los ejes estratégicos de la reforma en salud. Promueve las asociaciones intersectoriales e interinstitucionales para su consecución. La cooperación técnica de OPS fomenta diferentes formas de relacionamiento con socios que posean objetivos e intereses comunes con el fin de alcanzarlos con eficiencia y calidad.

Esta forma de relacionamiento representa una significativa innovación, que promueve la creación de redes de colaboración con capacidad política, técnica y estratégica para, a través de una mejor comunicación e intercambio, decidir estrategias, formular programas y proyectos innovadores, que favorezcan la complementariedad de esfuerzos,

la eficiencia de las acciones originalmente desarticuladas y la sinergia reflejada en los resultados.

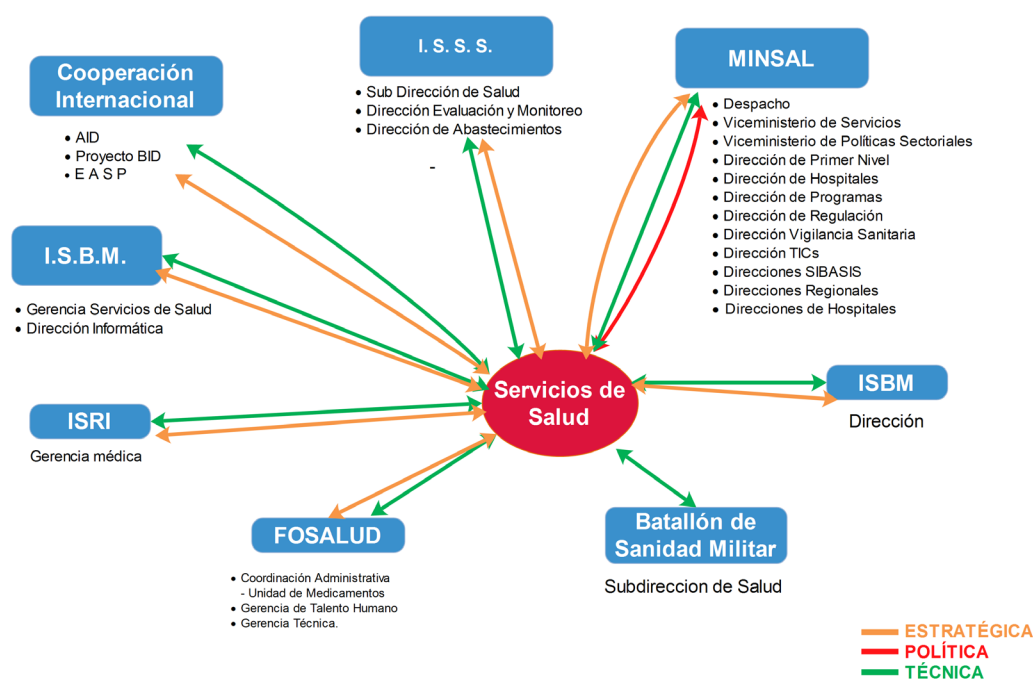
La Red de Relacionamiento estratégico para el desarrollo del SNS, representa una significativa innovación en el campo del trabajo, volviéndolo más colaborativo, horizontal, participativo, sustentado en la comunicación, lo que permite ampliar su campo de actuación en ambientes competitivos, en crisis y fragmentados, incentivando la creación de redes de colaboración con capacidad política, técnica y estratégica a través del compartir ideas, decidir estrategias, formular programas y proyectos innovadores, provocando el surgimiento de nuevos valores, pensamientos y actitudes que favorezcan la complementariedad de esfuerzos, la eficiencia de las acciones originalmente desarticuladas y la sinergia reflejada en los resultados.



• Fortalecimiento del acceso a servicios (RISS - APS) y reducción de la exclusión social en salud

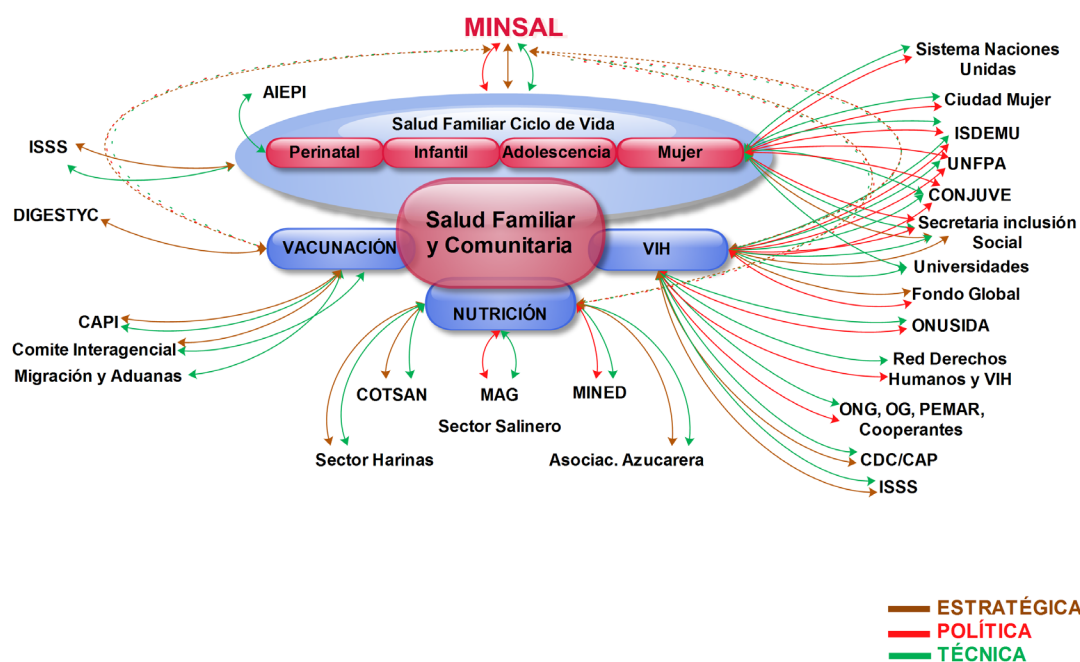
La construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud, principal eje de la reforma, exige el desarrollo de una visión corporativa entre los prestadores del SNS, tarea espe-

cialmente difícil en un sistema crónicamente fragmentado. La identificación y mapeo de los actores clave constituye un buen punto de partida para tejer la red de relacionamiento estratégico, técnico y político para orientar las acciones de la cooperación técnica para el desarrollo de los servicios de salud.



En la cooperación técnica relacionada con la promoción de la salud, prevención a la enfermedad y atención a las personas a lo largo del curso de la vida (área de Salud Familiar y Comunitaria), los relacionamientos con las contrapartes consideran los diferentes niveles jerárquicos, políticos, estratégicos y técnicos, incluyendo una gama de actores de los diferentes niveles nacionales, regionales,

departamentales y locales; así como de otros sectores relacionados con la salud y sus determinantes, academia y sociedad civil y organismos de cooperación internacional que participan y contribuyen en el país a la salud familiar y comunitaria comprendidos en las diferentes etapas en el curso de vida, VIH, vacunación y nutrición. Se anexan las redes de relacionamiento estratégico de cada área.

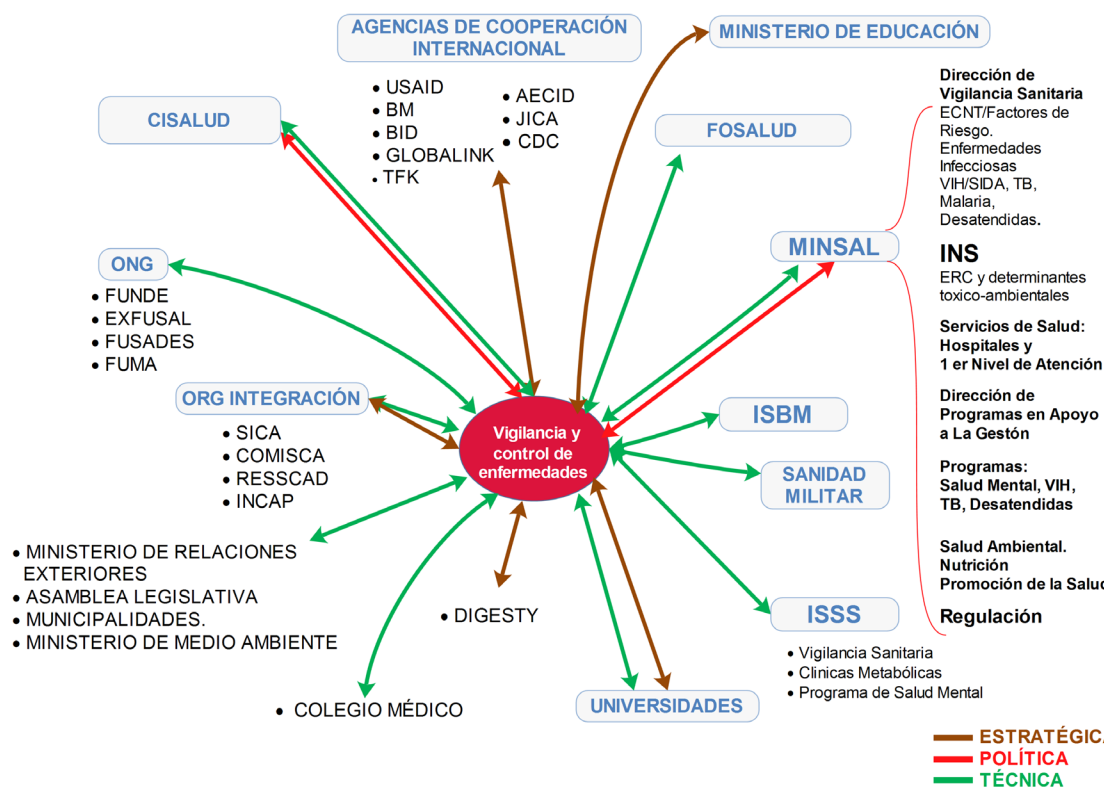


• Vigilancia de la Salud, Gestión del Conocimiento, Investigación y desarrollo de los RHUS

1. Vigilancia de la Salud

El área de vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades de la Representación de la OPS en el país se relaciona estratégicamente con diferentes direcciones y programas del MINSAL, así como otras instituciones del sector salud para proporcionar asistencia técnica y coordinar esfuerzos de los diferentes actores en este campo. Entre las direcciones del MINSAL se destacan la Dirección de Vigilancia Sanitaria en lo que respecta a las acciones de vigilancia sanitaria, la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y enfermedades reemergentes, emergentes y con potencial pandémico, Sistema de Información de Salud, diseño e implementación de investigaciones y apoyo al laboratorio de referencia nacional; con la Dirección de Control de Enfermedades Infecciosas específicamente para la vigilancia resistencia antimicrobiana, y la prevención y

control de EID; con la Dirección de Saneamiento Ambiental en relación a los programas para enfermedades sectorizadas; y con el programa nacional de Tuberculosis y Lepra. Para las ECNT, existe relacionamiento con el Despacho de la Ministra de Salud, Dirección de Programas, Dirección de 1 nivel y Dirección de Hospitales, Programa Nacional de Salud Mental, Vigilancia de la Salud, Nutrición y Promoción de la Salud. Entre las otras instituciones trabajando en el sector salud existe relacionamiento con los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América en El Salvador (CDC), algunas Universidades, FOSALUD, Cancillería, ISSS, ISBM, Comisión de Salud y Medio Ambiente de la Asamblea Legislativa, el reciente Instituto Nacional de Salud, la recién creada Comisión Interinstitucional para la Atención Integral de las ECNT, Ministerio de Educación, Economía y Obras Públicas, la Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador (COMURES) y la coalición anti-tabaco, así como la participación activa en CISALUD.

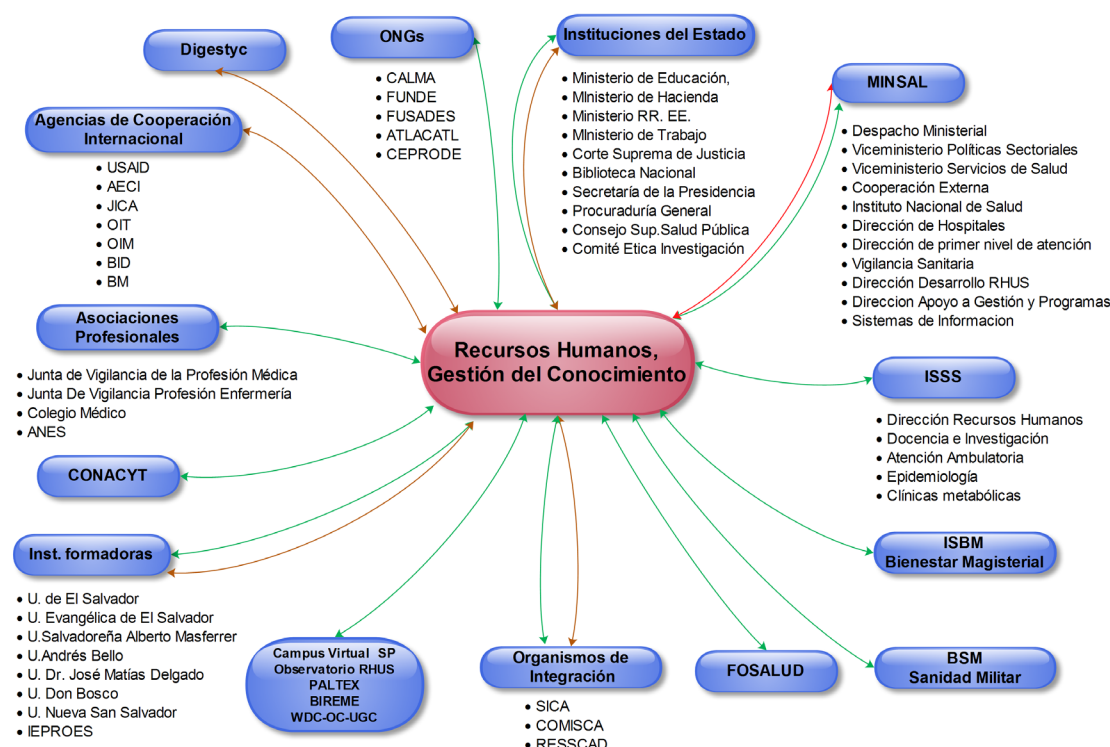


2. Desarrollo de RHUS, Gestión del conocimiento e investigación

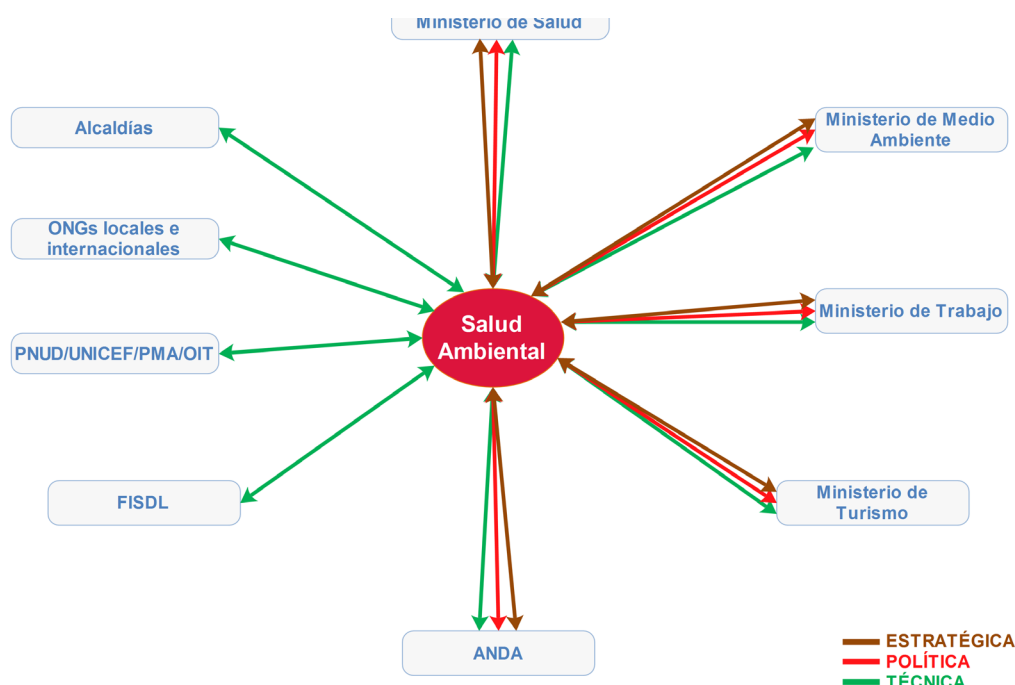
El desarrollo de RHUS y la Gestión del Conocimiento en el país involucra un conjunto amplio de actores que intervienen (1) en el campo de la educación: formadores de RH en salud, en áreas profesionales y técnicas, universidades e instituciones públicas y privadas; (2) la investigación: políticas nacionales, gestión de la información científica y generación de nuevo conocimiento; (3) regulación del ejercicio de la práctica profesional en salud: Juntas de Vigilancia de las profesiones, Consejo Superior de Salud Pública MINED. En el campo del trabajo en salud: (4) proveedores de servicios de salud MIN-SAL, ISSS y otros, (5) Ministerio de Hacienda para el financiamiento de las plazas de trabajo necesarias para la operación del Sistema de Salud, (6) Ministerio del Trabajo, Secretaría de la Presidencia de la República en la definición de los marcos laborales y de gestión pública aplicados a la salud, entre otros.

La OPS coordina directamente con el Despacho Ministerial el apoyo técnico para la reorganización institucional del MINSAL en este campo (Instituto Nacional de Salud y su Escuela de Gobierno), así como para la integración funcional de las direcciones nacionales que intervienen en decisiones de RHUS, en función de excelencia y adecuación de la formación profesional y técnica a la necesidad nacional, la suficiencia y equidad en la distribución del personal, la investigación y la gestión del conocimiento.

La OPS mantiene relaciones de cooperación técnica para la formación de capacidades en gestión de políticas de RHUS con los distintos actores nacionales en función de las necesidades del país, y coordina con otras agencias del sistema y cooperantes para la acción en el campo de Recursos Humanos, en un marco de armonización y alineamiento de este conjunto de actores a las definiciones de la política nacional de salud.



• Gestión ambiental y de riesgos



Esta representación gráfica, permite apreciar al conjunto de los actores involucrados en cada una de las prioridades establecidas y la gran potencialidad de movilización social de cada una de estos ejes de acción. Sin lugar a dudas el liderazgo y la clara orientación de la política sanitaria en el país y el marco de armonización y alineamiento de la CI, facilita los acuerdos y fortalece la institucionalidad de la salud en el país.

• Coordinación y efectividad de la Cooperación en el país

El marco de cooperación internacional en el país se encuentra en un momento de coordinación fluida, promovida desde el Gobierno, donde Salud se muestra como sector pionero, responsable por el ejercicio piloto de diseño de procesos y mecanismos de coordinación sectorial de la CI., que ha permitido una mayor claridad del rol del país frente a los Foros Internacionales de Salud, tanto del SNU, universidades, organismos de integración sectorial y el ejercicio de liderazgo en las tendencias de la salud internacional para nuestra región.

El gobierno salvadoreño mantiene relaciones de cooperación bilateral con 20 diferentes

países de América, Europa, Asia y Oceanía; a nivel multilateral es miembro del SICA, OEA, ONU y Comisión Mixta Centroamérica de la Comisión Europea.

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

Entre los principales donantes que forman parte de la cooperación Norte-Sur y que han apoyado al MINSAL con proyectos de infraestructura, equipamiento, cooperación técnica y desarrollo de recursos humanos, ya sea directamente o por medio de sus agencias bilaterales, se encuentran Estados Unidos, España (a través de AECID y de la cooperación descentralizada), Japón, Luxemburgo y Corea, entre otros.

El Sistema de Naciones Unidas, a través fundamentalmente de OPS/OMS y también con el apoyo de UNICEF y UNFPA, ha continuado apoyando sostenidamente al Ministerio. OPS/OMS ha proporcionado un apoyo técnico muy importante a la formulación e inicio de la implementación de la Reforma de Salud, así como a la evaluación de programas prioritarios, fortalecimiento institucional y desarrollo de recursos humanos. Se destaca que El Salvador fue uno de los primeros países seleccionados por la OMS para recibir un donativo de 1,600,000 vacunas para la influenza pandémica A H1N1, donativo que se concretó durante este segundo año. A este se sumó otro donativo de 676,000 vacunas para el mismo fin realizado por USAID. En conjunto la donación ascendió a cerca de quince millones de dólares y permitió al país lograr una de las coberturas más altas de vacunación en el mundo.

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

La cooperación reembolsable en salud gestionada por el MINSAL está centrada en el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Centroamericano de Integración Económica. Con el BM se está terminando el proyecto RHESSA iniciado en el año 2004 y que ha dejado como principal resultado la construcción/reconstrucción de 6 hospitales; una nueva operación de 80 millones de dólares fue aprobada por el Directorio del Banco en julio de 2011 y está en proceso de ratificación por parte de la Asamblea Legislativa. El 16 de diciembre de 2010, la Asamblea Legislativa ratificó un préstamo de 60 millones de dólares del BID; ya se ha iniciado la construcción del Nuevo Hospital de Maternidad con el préstamo otorgado por el BCIE por 42 millones de dólares.⁷⁰

⁷⁰ MINSAL. Informe de labores 2010 – 2011 y actualización de la información por UCE/MINSAL.

3.4.- Estado de la reforma de las Naciones Unidas y el proceso de evaluación común para los países y el marco de Asistencia de las naciones Unidas para el Desarrollo

El Sistema de las Naciones Unidas (SNU) en El Salvador junto con instituciones del Gobierno y en consulta con diferentes actores nacionales han desarrollado el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo 2012-2015 MANUD (UNDAF, por sus siglas en inglés).

El UNDAF se constituye en un marco de referencia para la acción conjunta y coordinada del Sistema de las Naciones Unidas en El Salvador, y se enmarca en la visión de desarrollo y las prioridades nacionales reflejadas en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, así como en las políticas y estrategias sectoriales del país.

La elaboración del UNDAF 2012-2015 se inscribe en el marco del proceso de reforma de las Naciones Unidas, proceso que tiene como objetivo aumentar el impacto del SNU a nivel nacional, incrementando la apropiación nacional de las intervenciones, reduciendo los costos de transacción y aumentando la eficiencia y la eficacia de las intervenciones para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo.

El UNDAF contempla y asume los cinco principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, de la cual El Salvador es parte, y que tiene por objeto lograr un mayor impacto en el desarrollo de los países receptores de la ayuda.

Como paso previo a la formulación del UNDAF, se desarrolló la Evaluación Común de País (CCA, por sus siglas en inglés), documento de análisis cuantitativo y cualitativo sobre la situación del desarrollo en el país y donde se apuntan las principales oportunidades y desafíos que el país enfrenta para avanzar en la senda del desarrollo humano y desde una perspectiva de los derechos humanos y de la reducción de la desigualdad.

Los principales desafíos y oportunidades identificadas, junto al análisis de las capacidades y ventajas comparativas del SNU fue-

ron los elementos tenidos en cuenta a la hora de priorizar y definir las líneas estratégicas y los resultados del UNDAF, que de esta forma se constituye en el marco de referencia que orientará las acciones del SNU en el periodo 2012-2015 para contribuir al desarrollo humano en El Salvador y acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En el proceso de formulación del UNDAF se aseguró la incorporación de los cinco principios transversales de la programación de Naciones Unidas: derechos humanos; igualdad de género; sostenibilidad ambiental; gestión basada en resultados y desarrollo de capacidades nacionales.

Como producto del proceso arriba detallado se establecieron cinco áreas estratégicas prioritarias que enmarcaran la cooperación de las Naciones Unidas en el periodo 2012-2015. Dichas áreas son:

- a. Equidad, inclusión social y reducción de la pobreza
- b. Desarrollo económico inclusivo, empleabilidad y trabajo decente
- c. Gobernabilidad democrática y reforma y modernización del Estado
- d. Seguridad ciudadana y prevención de la violencia
- e. Sostenibilidad ambiental y reducción del riesgo de desastres

A partir de estas áreas, con la participación de los actores nacionales, se identifican siete Efectos Directos que definen los cambios esperados en la situación de desarrollo del país con los cuales el SNU tiene ventajas comparativas y las capacidades requeridas para una contribución efectiva y sustantiva. La estructura del UNDAF no se organiza por temas sectoriales, sino que al interior de cada área y sus efectos directos se establecen las

contribuciones articuladas de las diferentes agencias, con mayor o menor peso de acuerdo a cada tema.

Para la implementación y seguimiento del UNDAF se propone la conformación de un Comité Directivo integrado por el Gobierno de El Salvador y el Equipo de País de las Naciones Unidas (UNCT). Dicho Comité supervisará la implementación del UNDAF, evaluará los avances en su implementación y proporcionará insumos estratégicos para garantizar que el UNDAF siga siendo relevante de acuerdo a las prioridades nacionales. Así mismo, el Comité Directivo examinará la disponibilidad de recursos disponibles para alcanzar los resultados comprometidos en el UNDAF y promoverá la ejecución financiera para implementar los planes de trabajo.

Por otro lado, el SNU promoverá la conformación de un Equipo de Gestión de Programa (PMT, por sus siglas en inglés) cuya función será proporcionar asesoramiento programático al UNCT para la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de todas las intervenciones del SNU enmarcadas en el UNDAF. Este equipo estará compuesto por funcionarias y funcionarios designados por los jefes de agencia con capacidad y autoridad de representar a sus agencias respectivas. La Oficina del Coordinador Residente (OCR) estará a cargo de la coordinación y facilitación del PMT.

El Sistema de Naciones Unidas en El Salvador ha estructurado Grupos Temáticos Interagenciales, en los cuales el sector salud tiene participación o liderazgo, dependiendo de su conformación, estos GTI son el espacio de articulación del trabajo interagencial. Los GTI de participación de OPS/OMS son: VIH Sida, Seguridad Alimentaria Nutricional, Género, Derechos Humanos, UNETE, GICOM.

3.5.- Resumen Sección 3

Tabla resumen de los principales logros, oportunidades y desafíos claves en el contexto de la cooperación al desarrollo y de las alianzas para el desarrollo.

Principales logros / oportunidades
• Capital político del Gobierno y la toma de control de las decisiones del país sobre su política de cooperación externa, en el marco de la Declaración de París y la soberanía. • El establecimiento de las prioridades del país establecidas en su plan quinquenal de desarrollo 2010-2014 y fundamentar en ello la relación con los cooperantes. • Se cuenta con un marco de asistencia de las Naciones Unidas para el desarrollo 2012 -2015, claramente definido y alineado con las prioridades de país, lo que permite establecer un plan de mejora de la cooperación buscando alinear las acciones e integrar los esfuerzos en el sector salud. • Evaluación y auditoria conjunta para los proyectos. • Se ha registrado también un importante cambio en el rol de Cancillería sobre la gestión de los proyectos asumiendo un rol facilitador. • Capacidades y competencias de la Unidad de cooperación externa del MINSAL para la gestión de la cooperación en salud.
Principales desafíos
• Mantener el rol articulador de la OPS en el área de la cooperación internacional en salud. • Lucha por el espacio fiscal, donde se requiere el apoyo y la definición del rol de Naciones Unidas. • Fortalecer la capacidad de gestión política por el cierre de espacios de diálogo y dificultad de la gestión pública por falta de eficacia en la implementación de políticas públicas orientadas a la recesión de la doble crisis económica y de inseguridad. • Escenario de restricciones fiscales y bajo crecimiento económico, con una cultura de cooperación internacional fragmentada. • Mantener los esfuerzos de integración centroamericana, en temas de seguridad, migración, enfermedad renal crónica, salud y turismo y de los riesgos que nuestros países están sometidos producto del cambio climático. • Abogacía coordinada (Cancillería, OPS, MINSAL) para facilitar el acceso a fondos de cooperación no reembolsable a los países de renta media diferenciando la renta media alta y baja.

SECCION 4

REVISIÓN DE LA COOPERACIÓN ANTERIOR DE OPS/OMS EN EL CICLO DEL CCS 2006-2011

4.1.- Examen de la cooperación de la OPS/OMS con los interesados directos

La OPS/OMS El Salvador, estableció su Estrategia de Cooperación para el periodo 2006 – 2011 en coordinación con el equipo de salud liderado por el Ministro de Salud y Asistencia Social, Dr. Guillermo Maza Brizuela y con la Coordinación del jefe de la unidad de Cooperación Externa del MSPAS, durante la gestión del Gobierno Nacional del Presidente Antonio Saca (2004 – 2009). En marzo 2009 tienen lugar las elecciones presidenciales y el 1 de junio de 2009 inicia el gobierno del Presidente Mauricio Funes, primer triunfo de un partido de izquierda en la historia del país, lo que determina un importante proceso de transición técnica y política en toda la institucionalidad pública nacional. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se convierte en el Ministerio de Salud (MINSAL), liderado por la Ministra Dra. María Isabel Rodríguez. En este marco el equipo de OPS/OMS El Salvador realiza en diciembre 2009 un ajuste a la Estrategia de Cooperación de País 2006 – 2011 y acuerda con el nuevo gobierno una Agenda Estratégica ajustada a los nuevos lineamientos de gobierno, para el periodo 2010-2011.

Igualmente en la Oficina de la OPS/OMS en El Salvador ocurren cambios normales en la gerencia de la oficina por la rotación del personal internacional, con la conducción de tres diferentes Representantes durante el periodo de vigencia de la ECP.

• Reuniones con partes interesadas

De común acuerdo con las autoridades de salud, se organizó un taller de evaluación de la cooperación de la OPS/OMS en el ciclo 2006-2010, para lo cual fueron convocados como partes interesadas el jefe de la Unidad de Cooperación Externa para el periodo

2006-2009, y la actual jefa de la Unidad de Cooperación Externa 2009-2011, el día 27 de septiembre de 2011. Por parte de OPS participaron los consultores de análisis de situación y políticas de salud y de desarrollo de recursos humanos en salud.

Con este antecedente el examen externo de la cooperación se realiza dividido en dos periodos 2006-2008 basados en el documento original de ECP y la revisión de la ECP 2009-2011, basados en la agenda estratégica 2010-2011, y que incluye el periodo de transición de 2009.

• Marco para la recopilación y el análisis de las percepciones asociadas

Mediante la reunión –taller de evaluación con los interesados directos-, se recogió y analizó información sobre los siguientes aspectos:

- a. La contribución de la OPS/OMS al mejoramiento de la apropiación nacional: liderazgo del país y control sobre la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política, estrategia o plan nacional de salud.
- b. La armonización de la OPS/OMS con las prioridades nacionales de salud y sus contribuciones al cumplimiento de los ODM y otras cuestiones, que son pertinentes para las prioridades estratégicas definidas en el ciclo de la ECP que está concluyendo y están fuera del programa estratégico.
- c. Las esferas donde se requirió la contribución de la OPS/OMS, pero fue insuficiente para alcanzar los objetivos declarados.
- d. La OPS/OMS en su calidad de miembro del equipo de coordinación de las Naciones Unidas.
- e. La OPS/OMS como intermediario para la salud entre asociados y sectores.
- f. Las esferas en que la OPS/OMS tiene una ventaja comparativa y en las que debe centrarse, y las esferas en las que no debe concentrarse durante el próximo ciclo de la ECP.

A continuación se presentan los resultados del examen externo:

Contribución de OPS/OMS al mejoramiento de la apropiación nacional: Liderazgo del país y control sobre la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política, estrategia o plan nacional de salud.

• **La OPS ayudó al país a liderar la formulación de su política, estrategia o plan nacional de salud:** En el período 2006-2008, Se vivió un período difícil, con relaciones poco fluidas con las contrapartes nacionales, especialmente con la Unidad de Cooperación Externa; sin embargo, al mismo tiempo el equipo técnico mantuvo su trabajo coordinado con sus contrapartes directas. Se apoyó técnicamente en la formulación de las políticas y estrategias y el plan de nacional de salud, el MINSAL obtuvo fondos para garantizar las reuniones del BID y finalmente el plan fue aprobado por la Asamblea. Posterior al cambio de Gobierno 2009, se produjo un período de transiciones yuxtapuestas en el trabajo colaborativo OPS país, la transición del gobierno nacional y la transición de la conducción de OPS en El Salvador, dos transiciones muy significativas. De marzo a junio 2009 se elaboró el documento “Construyendo la Esperanza”, que más que política pública de salud constituye lineamientos de áreas prioritarias de salud por parte del nuevo gobierno y la OPS fue parte de esta construcción con la participación decisiva de los profesionales nacionales, la red de apoyo de funcionarios de la OPS del nivel regional y otras oficinas, vinculados a la Dra. María Isabel Rodríguez, que jugaron un rol crucial.

• **La OPS/OMS apoyó eficazmente la ejecución de algunas prioridades de la política, estrategia o plan nacional de salud:** En la ECP anterior, para el periodo 06-08, se puede afirmar que hubo un buen acompañamiento técnico en las prioridades definidas por el gobierno. Las áreas y logros con importante presencia de OPS/OMS ELS fueron: (1) enfermedades vectoriales, zoonosis, en enfermedades emergentes y re-emergentes y enfermedades infecciosas. (2) Línea de base en Mortalidad Materna y constitución de co-

misión nacional integrando varias agencias. (3) Introducción de nuevas vacunas. (3) En VIH/Sida clasificación Triple A del proyecto para Fondo Global lo que dio la posibilidad de hacer una ampliación sin ir a concurso. (4) En Cáncer Cérvico Uterino, El Salvador presentó el primer plan regional centroamericano de muy buena calidad, pero sin recursos para su desarrollo. (5) Importante movilización interinstitucional en la Secretaria de la Juventud y Red Solidaria. (6) Emergencias sanitarias, prevención y con énfasis en mitigación de desastres. Paralelo al apoyo técnico, se gestionaban fondos para la ejecución en otras agencias, pues había importantes recortes financieros en la OPS. En algunos temas como agua potable y saneamiento, desnutrición crónica, enfermedades crónicas, diabetes, lactancia materna, enfoque de género, salud mental, intoxicaciones por plaguicidas e inseguridad vial la participación de OPS/OMS se sintió menos. En ese periodo se creó FOSALUD, iniciativa que estableció una estructura paralela en la prestación de servicios de salud en el país un pequeño “Ministerio” con un acompañamiento bastante discreto por parte de OPS. Se comenzó a trabajar en el área de violencia doméstica, pero este abordaje y las dificultades del contexto no permitieron avanzar en este tema. Con la instauración del nuevo gobierno en Junio 2009, se establecieron prioridades y se reformuló cual era el tipo de apoyo que se necesitaba en salud y por tanto la OPS se alineó en función de estas necesidades. La OPS apoyó el desarrollo de la mayor parte de las áreas técnicas y de las prioridades definidas por la nueva administración. La OPS se concentró, tanto en la movilización de cooperación técnica como de recursos. La OPS, en medio de la transición, cuando ocurrió la tormenta Ida, facilitó la movilización de recursos frescos que pudieron ser utilizados de acuerdo a la dinámica requerida por el país.

• **La OPS/OMS apoyó al gobierno en la elaboración y aplicación de un marco o estrategia para vigilar y evaluar la ejecución de la política estrategia o plan nacional de salud:** La OPS ha respondido efectivamente en el diseño de estrategias identificadas como prioritarias por el gobierno, como ejemplo, el apoyo a la idea de la Escuela de Gobierno,

o en la afiliación del MINSAL a International Health Partnership, entre otros. Además ha trabajado por solicitud del MINSAL en la evaluación externa, con pares internacionales, de algunos programas como el programa de vacunas e inmunizaciones, tuberculosis y enfermedades respiratorias, VIH/Sida, -entre otros-, facilitando la planificación y la definición de prioridades de intervención, después de conocer los avances de los programas producto de la evaluación y finalmente en la actualidad se está en el camino de proyectar el trabajo conjunto para alcanzar los resultados sanitarios priorizados por el país en coordinación con OPS en el marco de la Reforma de Salud.

Concordancia de la OPS/OMS con las prioridades sanitarias nacionales y su contribución al cumplimiento de los ODM y más allá.

- **La OPS/OMS determinó las prioridades de la ECP con la cooperación del gobierno y de todos los interesados directos y asociados pertinentes:** Para el período 2006-2008, se considera que hubo participación organizando reuniones con otras agencias del SNU y ONGs, que contribuyeron en planteamientos que fueron incorporados a la ECP. Producto de la transición política administrativa en el 2009, la OPS acompañó y apoyo técnicamente al Ministerio de Salud en la reformulación de la estrategia de Cooperación de País a finales del 2009. Este esfuerzo se realizó con mucha agilidad y se ajustó a las prioridades definidas por el nuevo gobierno en el marco de la Reforma de Salud, adicionalmente en este proceso participaron los actores sectoriales afines, dentro y fuera del MINSAL.

- **La OPS/OMS contribuyó al cumplimiento de los ODM relacionados con la salud:** La oficina OPS/OMS de El Salvador, ha puesto importantes esfuerzos y contribuido con el cumplimiento de los ODM, especialmente en Salud Materna-Infantil, además de brindar el apoyo necesario para el fortalecimiento de las áreas nacionales directamente relacionadas con el cumplimiento de los ODM.

- **La OPS/OMS ajustó rápidamente la ECP**

y los planes de trabajo en el país para responder a los cambios de las circunstancias: Se realizaron ajustes al ECP cuando ocurrieron emergencias, los cuales fueron oportunos. Para el período de transición los ajustes en los planes de trabajo, se realizaron con agilidad ligados a las necesidades y prioridades planteadas por el nuevo gobierno.

Armonización de las normas y procedimientos de la OPS/OMS con los del país.

- **Cuando fue posible y resultaba apropiado, la OPS/OMS aplicó en sus programas los procedimientos del presupuesto nacional.** La OPS/OMS utilizó en sus programas los sistemas nacionales de compras, aplicó los procedimientos nacionales de preparación de informes financieros y utilizó los sistemas del país, por ejemplo, el de vigilancia. Respecto a los reportes financieros y técnicos de OPS/OMS, se considera que los informes en el tiempo evaluado, cumplen con las expectativas de reporte del gobierno, y son de gran utilidad. No obstante, en relación a los recursos que son ejecutados por OPS/OMS y que podrían transferirse al gobierno (como cartas-acuerdo) se considera adecuado que la OPS/OMS funcione con sus propios mecanismos

Áreas en que se necesitaba la contribución de la OPS/OMS, pero esta resultó insuficiente.

- **La OPS/OMS apoyó las áreas en que su contribución era requerida.** En el inicio de esta administración (Junio 2009), resultó insuficiente el apoyo de OPS/OMS a la estrategia de control de la influenza pandémica definida por el MINSAL, en momentos críticos, en donde el MINSAL y la OPS/OMS proporcionaron orientaciones diferentes a la población, y en una ocasión contrapuesta, lo que representó un costo para la credibilidad de las autoridades nacionales, que fue recuperado cuando la estrategia del MINSAL probó ser la apropiada.

- **Los procedimientos administrativos, financieros y de compras de la OPS/OMS permitieron una ejecución eficaz:** Desde el Ministerio se aprecia que en la OPS/OMS,

hay procedimientos administrativos-financieros de compra rígidos, que no admiten negociación. Un ejemplo es el de compra de medicamentos que se realizó durante el año 2011. A pesar que OPS/OMS participó en todo el proceso, los mecanismos y marco legal de la compra no siguió todos los procedimientos de OPS/OMS y tuvo que ser reiniciado, afectando el tiempo y el costo de una operación conjunta para la región. El MINSAL considera necesaria una revisión y actualización de estos procedimientos y se hizo una recomendación a la RESSCAD en coordinación con SE COMISCA para que se revisen los procedimientos de compra y adquisiciones, en especial de medicamentos, para evitar la duplicación de procesos de licitación, que evite posible desconfianza, tanto entre los proveedores como en los países compradores. En la última experiencia de compra, al no reconocer la OPS/OMS los procesos de negociación realizados en el marco de la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos, se produjeron atrasos en el proceso.

La OPS/OMS como miembro del equipo de las Naciones Unidas en el país (UNCT)

- **La OPS/OMS colaboró con otros organismos que forman parte del UNCT para determinar y ejecutar las prioridades de la ECP relacionadas con el apoyo a la política, estrategia o plan nacional de salud:** Los asociados de la OPS/OMS consideran que ésta ha cumplido las expectativas. La OPS/OMS complementó y no duplicó las contribuciones de otros asociados. La labor y los planes de trabajo de la OPS/OMS tuvieron en cuenta prioridades transversales como la igualdad de género y los derechos humanos. El personal internacional permaneció en la oficina en el país un tiempo suficiente para mantener alianzas eficaces.

- **La OPS/OMS apoyó, con la participación de todos los socios, en la elaboración, formulación de la estrategia y del plan nacional de salud.** La participación y convocatoria de la OPS/OMS en la formulación del Plan fue un importante ejercicio logrando que todos los organismos de NU (UNICEF, UNFPA, PMA y otros) llegaran juntos y no por separado. Fue un intento de evitar la fragmentación

de la cooperación de los socios con el Ministerio de Salud. Muchas de estas agencias dieron sus observaciones positivas a este proceso. No obstante, si bien se reconoce que existe un mecanismo de planificación integrado, aun se siguen duplicando algunos procesos; es importante que OPS/OMS avance en la coordinación e integración técnica de las iniciativas con los otros socios. Esto no es una responsabilidad de OPS/OMS, sino una expresión del traslape que aun existe en las acciones, tanto de las agencias de Naciones Unidas, como de otros actores de la cooperación. Es necesario visualizar con mayor claridad los roles diferenciados de OPS, UNFPA y UNICEF y aprovechar el potencial que tiene la acción combinada. Se requiere profundizar en los mecanismos para operacionalizar los acuerdos programáticos de las agencias. En este sentido, los esfuerzos que realiza la OPS/OMS son evidentes. Uno de los problemas son los lazos que los asesores de las agencias de las Naciones Unidas van construyendo con los técnicos de los distintos programas. Estos lazos en general presentan ventajas para desarrollar una relación fluida de cooperación, pero en ocasiones esta articulación entre sujetos se realiza bajo una interpretación de las políticas de salud que no siempre son coherentes con la visión de la Autoridad Sanitaria Nacional ni tienen el carácter integral que requieren. En el caso de OPS/OMS esta situación ha mejorado sustantivamente.

La OPS/OMS como un intermediario de los asuntos de salud entre (todos) los asociados y los distintos sectores.

- **La OPS/OMS cumplió su papel de intermediario entre todos los asociados y los distintos sectores con el fin de brindar el apoyo técnico de la mejor calidad a la política, estrategia o plan nacional de salud:** La OPS/OMS hizo aportaciones valiosas al dialogo político con el gobierno y los asociados en el sector de la salud y entre los distintos sectores, en el transcurso del diálogo político, -OPS/OMS-, respetó los puntos de vista de los interesados directos, abogó por la salud en todas las políticas y colaboró eficazmente con los asociados en la ejecución de cada prioridad de la ECP anterior. Adicional-

mente, la OPS/OMS apoyó al gobierno actual en la movilización de fondos para la salud, incluso mediante la cooperación con las Naciones Unidas y otros asociados, y proporciona información oportuna sobre cuestiones sanitarias al gobierno y otros asociados, cuando ésta se requiere.

• **Respuesta de la OPS/OMS a las interrogantes surgidas del sector salud del país:**

Debido a la definición de OPS/OMS como un organismo intergubernamental, le da la posibilidad de interactuar en relación directa con organismos nacionales e instituciones del Estado. En contextos de institucionalidad débil, esta importante función puede tener el riesgo de debilitar la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud, por lo que es muy importante mantener una comunicación y estrecha relación OPS/OMS- Autoridad Sanitaria para que la relación fortalecida con los asociados sectoriales y extra sectoriales represente también el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio y no se desarrolle a costa de la misma y finalmente es importante señalar que la abogacía que realiza OPS/OMS en la movilización de recursos para la implementación de las políticas del Ministerio de Salud en la actualidad es muy positiva.

4.2.- Síntesis de los resultados clave

1. Contribución de la OPS/OMS al mejoramiento de la apropiación nacional: liderazgo y control del país sobre la formulación, ejecución, vigilancia y evaluación de la política, estrategia o plan nacional de salud

Para ambos periodos del ciclo anterior de la cooperación técnica la OPS/OMS participó en la definición de las prioridades, acompañó la planificación de acciones y la implementación de estos planes. Su rol técnico fue percibido con mayor eficiencia e impacto en áreas específicas en donde tradicionalmente había una mayor fluidez de comunicación y de recursos con los programas del Ministerio, y su efectividad en el accionar conjunto dependió también de las condiciones del contexto y la comunicación con las autoridades de salud, incluyendo la orientación técnica.

Por ejemplo, la capacidad de OPS/OMS

de acompañar con propuestas técnicas en el caso del abordaje de la violencia desde la salud pública y el enfoque de género no pudo desarrollarse en un contexto y en un momento histórico en donde la aproximación de parte del gobierno fue una estrategia no basada en la prevención, sino más enfocada a la represión, como fue en la década pasada. Por el contrario, se evidenciaron logros en materia de formulación de políticas, información estratégica, formulación de proyectos y consecución de fondos en ese mismo periodo y se identifican como resultado de un trabajo coordinado entre la Autoridad Sanitaria Nacional y la OPS/OMS.

Para el periodo del actual gobierno 2009 – 2011, la relación de coordinación OPS/OMS – MINSAL es muy dinámica, con alineamiento y coherencia y se va orientando cada vez más a trabajar por resultados sanitarios nacionales concordados, monitoreo de los avances con evidencias e integración de equipos de trabajo de OPS/OMS y MINSAL para el trabajo conjunto.

2. Concordancia de la OPS/OMS con las prioridades sanitarias nacionales y su contribución al cumplimiento de los ODM y mas allá:

La planificación conjunta asegura la concordancia con las prioridades nacionales así como la integración y alineamiento de los compromisos internacionales. La participación del país a través de su Ministerio de Salud en los foros internacionales son elementos clave para apuntalar elementos de la salud pública promovidos por OPS/OMS en el plano de la salud internacional.

3. Armonización de las normas y procedimientos de la OPS/OMS con los del país

El mantenimiento de OPS/OMS de un sistema propio de planificación y ejecución financiera, es visto como positivo toda vez que permite al país la inversión de fondos de múltiples fuentes en salud con sistemas administrativos de mayor agilidad. El rol de OPS/OMS en la movilización de recursos en este sentido es clave.

Se pone énfasis en la necesidad de mante-

ner actualizados y en permanente análisis y ajuste a los mecanismos administrativos, principalmente de compras para armonizar los procedimientos con los países que buscan su utilización. Especial solicitud en medicamentos de cara a los procesos de compra conjunta en la región centroamericana en coordinación con la SE COMISCA. Se indica que las experiencias en vacunas tienen mayor aplicabilidad al momento.

4. Áreas en que se necesitaba la contribución de la OPS/OMS, pero esta resultó insuficiente

La evaluación de las áreas de impacto depende de los resultados alcanzados en cada período. Hay un comentario sobre el liderazgo técnico que OPS/OMS puede tener en momentos de decisión y la necesidad de buscar información clave en el momento oportuno que permita impulsar medidas de mayor profundidad y su capacidad de movilización política y técnica, sin lugar a dudas esta relacionado directamente con la fluidez de la relación autoridad sanitaria - OPS.

5. La OPS/OMS como miembro del equipo de las Naciones Unidas en el país (UNCT)

El ejercicio conjunto de OPS/OMS en el marco de Naciones Unidas es visto como un avance importante del país, un inicio promotor de la necesaria articulación entre agencias del SNU. Existe expectativa por parte del MINSAL de una mayor articulación y mecanismos más efectivos para concretar en la práctica esta integración en la programación. El inicio de los Programas Conjuntos Interagenciales con Fondos de ODM en 2010 son una experiencia de aprendizaje que aún requiere ser evaluada.

6. ÁREAS que la OPS/OMS tiene una ventaja comparativa y en las que debe centrarse o áreas de las que debe desobligarse durante

el siguiente ciclo de la ECP.

Las áreas donde debe de concentrarse están bien definidas en la agenda estratégica establecida en conjunto con las autoridades del Ministerio. No obstante la OPS/OMS debería de seguir reforzando las capacidades conducción y gestión tanto política como técnica del Ministerio de Salud, con el objetivo de fortalecer su rol rector.

Es de suma importancia que el PWR del país siga manteniendo una comunicación fluida, una flexibilidad para la realocación de recursos, tanto humanos como financieros, cuando se estime necesario especialmente en casos de crisis o emergencias que enfrente el país.

Apoyar la necesidad de seguir coordinando esfuerzos entre las agencias de cooperación, para evitar su duplicidad.

Afianzar el rol de la OPS/OMS en apoyo al fortalecimiento de las capacidades de gestión de la cooperación internacional en salud por parte del MINSAL.

Un elemento central es apoyar en la cooperación en salud del país con otros países de la subregión, región y globalmente (favorecer la cooperación Sur-Sur, la cooperación técnica entre países y el enfoque inter-fronterizo, sobre todo en temas como VIH/Sida (SUMEVE), TB, Malaria, Dengue, enfermedad renal crónica, entre otros); Acompañamiento al país en el cumplimiento de los acuerdos y regulaciones internacionales, tratados, convenciones y otros mandatos en salud, ya sean subregionales, regionales y globales.

Acompañar los procesos de integración subregionales e iniciativas regionales y globales, tanto de salud, como de protección de los DDHH y de asuntos relacionados con los derechos de la mujer y de los pueblos indígenas entre otros. (SICA/ SISCA, COMISCA, COMMCA, OEA, ONU, etc).

SECCION 5

AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERACIÓN DE OPS/OMS

5.1.- Definición de la Agenda Estratégica

La Agenda estratégica se construye a partir de los principios y orientaciones estratégicas de la OPS/OMS, basados en los derechos relacionados con la salud humana, la equidad y la igualdad de género, los determinantes de la salud y el desarrollo, en el contexto del Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo - UNDAF 2012-2015 en el país y que se vinculan con el Plan Quinquenal de desarrollo, la Política y la estrategia nacional de salud que se expresa en los lineamientos de la Reforma de Salud.

La viabilidad y sostenibilidad de Reforma de Salud en El Salvador, como eje de la estrategia de cooperación con el país, en un contexto político de cambio y en un escenario de doble crisis económica y de seguridad, per-

mite integrar las prioridades estratégicas de la cooperación en 5 bloques: 1/ la generación y desarrollo de una nueva institucionalidad del MINSAL y de la capacidad de rectoría del SNS, 2/ la consolidación de redes integrales de servicios de salud basadas en APS, 3/ la sostenibilidad financiera y de recursos para la reforma, 4/ el desarrollo de la capacidad de gobierno y de gestión en un escenario de riesgo y alta vulnerabilidad y 5/ el monitoreo de los resultados sanitarios factibles, con énfasis en la equidad y el enfoque de derechos.

Sobre la base del escenario estratégico, sintetizado en la gráfica siguiente, la Organización Panamericana de la Salud en su rol de acompañamiento a la autoridad sanitaria para el desarrollo de la salud del país, en coordinación con las autoridades nacionales ha identificado las siguientes prioridades estratégicas:

Escenario estratégico, reforma de salud y cooperación internacional

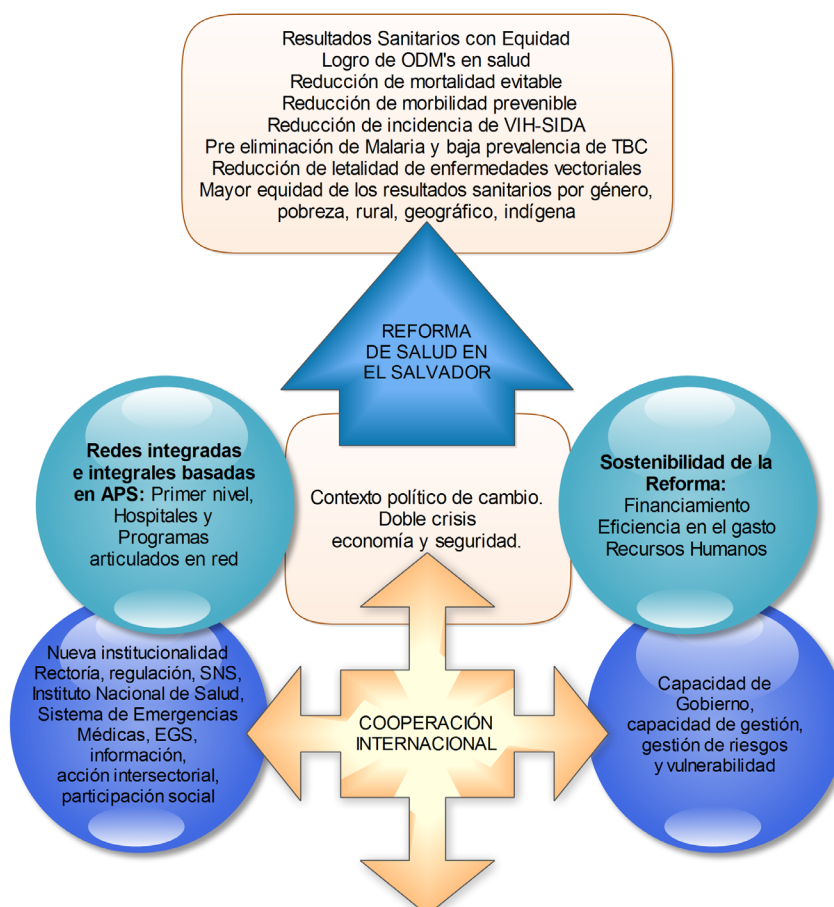


Tabla 5.1.- Prioridades Estratégicas y áreas de Interés principal

Prioridades estratégicas	Áreas de Interés principal
1. Fortalecimiento de la Gobernanza, su estrategia intersectorial y la Cooperación internacional en salud (CIS) para el desarrollo nacional de la Salud.	<u>1.1. Gobernanza</u> • Conducción y gestión política. • Nuevo marco organizacional e Institucional. • Fortalecimiento de la gestión del sistema de salud. • Financiamiento en salud y eficiencia del gasto. • Fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria. <u>1.2. Marcos jurídicos y Estrategias Intersectoriales</u> • Marco jurídico y legislación basada en el derecho a la salud • Acción Intersectorial y participación social y equidad (Foro Nacional de Salud, participación ciudadana territorial y participación ciudadana sectorial). • Equidad de género <u>1.3. CIS e inserción del país en foros e iniciativas, subregionales, regionales y globales de salud.</u> • Articulación de la Cooperación Técnica alrededor del tema de salud • Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la producción de normas y procesos técnicos de Cooperación Internacional en Salud • Apoyo a la creación y desarrollo de alianzas estratégicas alrededor de las prioridades del MINSAL • Cooperación técnica entre países • Movilización de recursos
2. Organización de los Servicios de salud centrados en las personas, las familias y las comunidades basados en la atención primaria y en los derechos humanos.	• Redes integradas e integrales de Servicios de Salud basados en APS • Vigilancia de la Salud y Sistemas Integrados de Información en Salud • Acceso a Medicamentos, vacunas, trasplantes, sangre de calidad. • Abordaje desde los Determinantes sociales de la salud y medición del impacto en la salud. • Mejoramiento de la Calidad de la atención, incluyendo la seguridad del paciente • Construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas • Adecuación por discapacidad, grupos étnicos, género, ciclo de vida
3. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, la Investigación y Gestión del Conocimiento.	<u>3.1. Recursos Humanos</u> • Gestión del trabajo • Planificación y distribución acorde al modelo • Carrera Sanitaria • Gestión de la Educación • Capacidades de conducción y gobierno • Reorientación de la formación profesional hacia la APS • Integración entre las instituciones formadoras y servicios de salud y el desarrollo de los RHUS especial énfasis en las Residencias Médicas • Creación del Instituto Nacional de Salud <u>3.2. Investigación en salud y Gestión del Conocimiento.</u> • Evaluación de iniciativas, documentación de Buenas Prácticas y divulgación • Apoyo al fortalecimiento de las capacidades sobre Investigación en Salud • Estudio, análisis, vigilancia y control de la enfermedad renal crónica
4. Salud y Ambiente, gestión de riesgos y Seguridad humana.	<u>4.1. Salud y Ambiente y Desarrollo Sostenible.</u> • Salud Ambiental. Trabajo con municipios, alianzas con actores nacionales clave Asamblea Nacional, Asociaciones de Jóvenes. • Gestión de Riesgos en emergencias y desastres. • Desarrollo de instrumentos técnicos de análisis de riesgos ambientales y de seguridad humana con énfasis en agotamiento del recurso, vulnerabilidad, contaminación y efectos a la salud. • Prevención de la violencia y seguridad vial. • Cambio climático y su impacto en la salud (agua, saneamiento, seguridad alimentaria, enfermedades vectoriales).

5. Mantenimiento y Avance en los logros de los Resultados en Salud, con énfasis en población vulnerable y equidad.

• Logro de ODM en Salud: Indicadores y metas ODM al 2015

En relación a los programas:

- Reforzar y desarrollar el Sistema de Vigilancia de la Salud, reglamento sanitario internacional e infecciones nosocomiales
- Prevención y control de enfermedades transmisibles epidémicas (Dengue, Leptospirosis y AH1N1), control de la Tuberculosis, Lepra, Chagas y Rabia, así como la eliminación de la Malaria y el abordaje integrado de las enfermedades desatendidas.
- Continuar las acciones de prevención y control de problemas de salud prevalentes, tales como EDA, ERA y Conjuntivitis
- Atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles en especial la emergente enfermedad renal crónica (ERC), salud mental y discapacidad
- Fortalecer los esfuerzos de las áreas de salud materna, perinatal y salud sexual y reproductiva
- Atención integral a la población infantil y adolescente
- Atención a víctimas y prevención de la violencia de género en todas sus formas
- Reforzar los esfuerzos del área de nutrición y desarrollo
- Atención integral y acceso universal a las personas con VIH/Sida y enfermedades de transmisión sexual
- Acceso equitativo a vacunas, fortalecer los servicios de inmunización y mantener y reforzar las coberturas del programa de vacunas
- Promoción de la salud, estilos de vida saludables (prevención de fumar y consumo de alcohol), la buena alimentación y la actividad física

5.2.- Agenda Estratégica

1. Fortalecimiento de la gobernanza y la cooperación internacional en salud (CIS) para el desarrollo nacional de la salud. El desarrollo pleno de la función rectora por parte del MINSAL en calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, y la estructura legal para la conducción, regulación y reorientación del sector salud (público y privado) al sistema propuesto por la Reforma de Salud (Sistema Nacional Integrado de Salud), exige concentrar esfuerzos en las siguientes áreas de interés principal: 1/ un nuevo marco institucional,

contemple la estructura, organización y desarrollo institucional y marco legal que enfrente la fragmentación y las distorsiones de la actualidad y 2/ el financiamiento del SNS, que garantice la identificación de nuevas fuentes de financiamiento y mayor inversión en salud que permitan avanzar, completar y consolidar los esfuerzos de reforma en curso, continuar cerrando las brechas y ampliando el acceso a servicios de salud con mayor calidad y equidad, junto con el desarrollo de mecanismos de financiamiento que generen recursos en forma recurrente para garantizar la sostenibilidad del SNS reformado.

1.1. Fortalecer la Gobernanza y la responsabilidad intersectorial: Es una prioridad estratégica el reforzar la capacidad de conducción del MINSAL, así como sus capacidades gerenciales que favorezcan su institucionalidad.

Área de Interés Principal

Contribuir al fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional para la adecuada conducción y regulación sectorial, la modulación del financiamiento, y el desempeño óptimo de las funciones esenciales de la Salud Pública.

Abordajes estratégicos:

1.1.1. La consolidación institucional del MINSAL para ejercer el rol rector nacional, incluyendo al Consejo Nacional de Salud y la integración del sistema nacional de salud.	1.1.2. Formulación de políticas y planes de salud, construcción y actualización de la legislación y su expresión en reglamentos, normas y lineamientos.	1.1.3. La abogacía para la implementación de la política y la ley de medicamentos; la ley de seguridad alimentaria y nutricional; ley de vacunas.
1.1.4. Desarrollo del sistema de cuentas en salud.	1.1.5. Desarrollar mecanismos de monitoreo y evaluación de los progresos de la reforma, que faciliten la conducción sectorial y la alineación de los diferentes actores con la Agenda nacional de salud.	1.1.6. Vigilar la garantía del derecho a la salud y la reducción de inequidades por género, discapacidad, etnicidad o ciclo de vida.

1.2. Fortalecer el Marco Jurídico y las Estrategias Intersectoriales: Es una prioridad el tener un marco jurídico sólido y coherente que garantice la sostenibilidad legal del sistema y que además favorezca la generación de mecanismos viables de integración sectorial y de participación social en salud para el abordaje de los determinantes de la salud y la gestión de riesgos.		
Área de Interés Principal Apoyo técnico para el desarrollo de estrategias, instrumentos jurídicos y reglamentarios que fortalezcan el trabajo intersectorial en determinantes ambientales, sociales y que consoliden el proceso de democratización y gobernabilidad, transparencia, responsabilidad social con actores clave como la Asamblea Legislativa, instituciones nacionales, municipales y sociedad civil. Énfasis base en derechos y en enfoque de género		
Abordajes estratégicos		
1.2.1. Consolidar mecanismos institucionales como CISALUD en el abordaje de los determinantes sociales de la salud en temas de salud ambiental, enfermedades vectoriales, tabaco, regulación sanitaria, etc.,	1.2.2. Fortalecer los mecanismos de participación social a través de FORO, Comités de salud, ADESCOS, ONGs locales, etc., para promover la planificación participativa y la rendición de cuentas.	1.2.3. Apoyo técnico en el diseño y formulación de instrumentos legales y metodológicos para la participación intersectorial en los territorios, especialmente en Gabinetes departamentales, Municipales, SIBASIS, consorcios de municipios, etc.
1.3. Fortalecer la Cooperación internacional en salud (CIS) e inserción del país en foros e iniciativas a nivel subregional, regional y global: Se tiene la meta de mejorar la capacidad institucional del MINSAL para la gestión estratégica de la CIS en función de las prioridades nacionales y las necesidades de la Reforma de Salud, promover la inserción y liderazgo del país en los foros e iniciativas globales, regionales y subregionales e incrementar la movilización de recursos		
Área de interés principal Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la producción de normas y procesos técnicos de CIS, garantizar el apoyo a la creación y desarrollo de alianzas estratégicas alrededor de las prioridades del MINSAL e impulsar una vigorosa cooperación técnica entre países y que permita la movilización de recursos.		
Abordajes estratégicos		
1.3.1. En el marco de las normativas del GOES y de la Declaración de París se impulsa la revisión de las normas y procedimientos existentes en el MINSAL en lo referente a la CIS	1.3.2. Definición de un marco político de gestión de la CIS por el MINSAL, basado en el principio de soberanía nacional, difusión y capacitación del personal directamente responsable de la CIS	1.3.3. Producción de nuevas normas ajustadas a los marcos políticos definidos, diseño de nuevos procedimientos acordes y capacitación de personal
1.3.4. Identificación y sistematización de las necesidades y prioridades del MINSAL en materia de CIS, según urgencia e importancia estratégica, definición de un cuadro de Oportunidades de CIS en apoyo a la Reforma de Salud	1.3.5. Identificación de socios estratégicos y establecimiento de acuerdos y programas de cooperación, según urgencia y trascendencia estratégica para la Reforma de Salud	1.3.6. Desarrollo de programas, planes y proyectos de CIS con los socios estratégicos
1.3.7. Identificación de necesidades de cooperación entre países considerando las similitudes entre sistemas de salud, las capacidades nacionales y las ventajas comparativas entre países	1.3.8. Revisión sistemática de las normas vigentes en materia de cooperación entre países con la finalidad de simplificarlas y adaptarlas a las necesidades nacionales	1.3.9. Desarrollo de programas, planes y proyectos de cooperación entre países con los países identificados como socios estratégicos
1.3.10. En el marco de las políticas y estrategias nacionales y los ejes de la Reforma de Salud y del marco de oportunidades establecido, se realiza la identificación de necesidades de recursos financieros, técnicos y de recursos humanos	1.3.11. Análisis estratégico de necesidades de inversión masiva, revisión de procesos en curso y apertura de negociación de nuevos proyectos, así como renegociación y reprogramación de proyectos en curso	1.3.12. Establecimiento de nuevas pautas de gestión y de nuevas prácticas de diálogo y negociación con los socios del desarrollo en función de las políticas y prioridades nacionales y de la nueva orientación de la gestión de la CIS

2. Fortalecimiento de la Redes Integrales de Servicios de salud y acceso a servicios de salud familiar en el curso de la vida

2.1. Fortalecimiento de la Red de atención y acceso universal a servicios de salud con calidad (RIISS-APS).

La articulación eficiente y efectiva de los servicios de salud para consolidar las redes integradas de servicios basados en Atención Primaria en Salud, requiere (entre otros) de mayor coordinación y complementariedad

entre niveles de atención, del desarrollo de mecanismos estandarizados que faciliten la gestión clínica, la gestión de los insumos y suministros, de los recursos humanos, físicos y del equipamiento, de nuevas formas de planificar los servicios de salud y de asignar/gestionar los recursos, involucrando en estos esfuerzos a la red de servicios del MINSAL junto con los demás actores que componen el SNS; con el objetivo último de impactar en el estado de salud de nuestra población a través de una atención de calidad y con calidez, con enfoque de género y basada en derechos.

Área de interés principal		
Fortalecimiento de la atención y acceso universal a servicios de salud con calidad (RIISS-APS), contribuir al desarrollo de redes de servicios de salud de calidad y la implementación del nuevo modelo de atención integral.		
Abordajes estratégicos		
2.1.1.- Apoyar la integración progresiva de otras instituciones del SNS a las RIISS.	2.1.2. Contribuir a mejorar y profesionalizar la gestión clínica y la producción eficiente de servicios en las RIISS.	2.1.3. Fortalecer los servicios de emergencias médicas e implementar un sistema de atención pre-hospitalaria
2.1.4. Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios y la calidad de la atención.	2.1.5. Desarrollar mecanismos de negociación, compra conjunta y gestión integral de medicamentos asociados a estándares internacionales, a un único listado oficial, y a guías de práctica clínica.	2.1.6. Desarrollo del sistema integrado de información en salud con énfasis en la utilización efectiva y análisis local de la información gerencial que producen las RIISS.
2.1.7. Fortalecer la capacidad de gestión de RHUS para garantizar la suficiencia y competencia del RHUS a lo largo de la red integrada de servicios de salud	2.1.8 Fortalecer las competencias y capacidades del RHUS para aplicar un enfoque de género, promover el acceso equitativo de los servicios de salud	

2.2. Acceso a los servicios de salud familiar y comunitaria en el curso de la vida:

Contribuir al fortalecimiento del sector salud

para ampliar el acceso universal de salud y nutrición en el curso de vida, con enfoque de género y derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Áreas de Interés Principal	
Apoyar al Sector Salud en el incremento del acceso a servicios integrales e integrados de salud y nutrición, dirigidos a las mujeres, madres, niños, adolescentes y jóvenes en el Curso de Vida, con enfoque de género y derechos humanos, sexuales y reproductivos.	
Abordajes estratégicos	
2.2.1. Proporcionar asistencia técnica al sector salud en el uso del Sistema Informático Perinatal y el Sistema de Vigilancia Activa de la Mortalidad Materna y Neonatal para el monitoreo, evaluación y la toma de decisiones en la salud sexual y reproductiva.	2.2.2. Contribuir técnicamente al diseño e implementación de un sistema de fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de servicios de salud sexual, reproductiva y nutrición dirigidos a las mujeres y madres.
2.2.3. Acompañar en el diseño e implementación de un sistema de fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de servicios de salud dirigidos a la niñez, adolescencia y juventud con enfoque de género, derechos y determinantes sociales y con énfasis, en el caso de la niñez, en el crecimiento, desarrollo, lactancia exclusiva, AIEPI.	2.2.4. Apoyar al Sector Salud en la formulación de la política de género y programas con enfoque de derechos humanos y género, así como el diseño de indicadores de equidad de género que nos permitan el monitoreo y evaluación de los programas.

2.3. Acceso a esquemas de vacunas completos:

Contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud en el desarrollo de capacidades para alcanzar y mantener la cobertura

de vacunación DPT3 y SPR2 por arriba del 95%, a través del análisis de la dosis aplicadas por municipios y regiones, el análisis de información de la morbilidad y mortalidad de la enfermedades prevenibles por vacuna en el Sistema de vigilancia epidemiológica.

Área de Interés Principal

Apoyar la abogacía ante la Asamblea de la República de El Salvador para la aprobación de una Ley de Vacunas, que permita contar con recursos financieros destinados para la oportuna adquisición de vacunas e insumos y asegurar el acceso a la población. Proporcionar el apoyo técnico para mantener coberturas de vacunación por arriba del 95% y la capacitación continua del personal de salud del MINSAL (ECOS, ECOSF, Hospitales, FOSALUD) e ISSS, SM, BM, para garantizar una vacunación segura, eliminación o erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.

Abordajes estratégicos

2.3.1. Acompañar al Sector Salud en la gestión para la lograr la aprobación de la Ley de vacunas.	2.3.2. Coordinar con los socios estratégicos la abogacía para la aprobación de la Ley.
2.3.3. Entrega de asistencia técnica para el desarrollo de un sistema de registro nacional vía web, de tipo nominal de personas vacunadas que facilite la verificación de las dosis aplicadas de vacunas en cada individuo y permita la identificación de aquellas personas con dosis pendientes.	2.3.4. Acompañar al PNVI para la vigilancia epidemiológica, que permita el análisis de datos confiables para la toma de decisiones en todos los niveles de atención.
2.3.5. Brindar apoyo técnico para el fortalecimiento de la sala situacional en la red de salud.	2.3.6. Acompañar técnicamente al MINSAL a través de la vigilancia centinela (SIREVA II), para realizar análisis de situación nacional ante la introducción de nuevas vacunas, así como estudios de costo efectividad (PROVAC) y de impacto ante las nuevas vacunas
2.3.7. Apoyar el desarrollo de capacidades en el personal de salud de las áreas comunitarias para la aplicación de vacunas del programa regular y nuevas vacunas.	2.3.8. Ayudar en fortalecer la Vigilancia de los Efectos supuestamente asociado a la vacunación e inmunizaciones graves (ESAVI grave) con la participación de médicos clínicos y epidemiólogos para su oportuna notificación, investigación y clasificación, así como el manejo adecuado de la crisis.

2.4. Contribuir al acceso universal a las ITS y VIH/SIDA.

Contribuir con Sector Salud en la res-

puesta nacional a ITS/VIH para alcanzar el acceso universal (prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados y seguimiento).

Área de Interés Principal

Acompañar al Sector Salud y a la Sociedad civil en la Respuesta Nacional a ITS/ VIH.

Abordaje estratégico

2.4.1. Acompañar la implementación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, con el fin de fortalecer la respuesta del sector a ITS/VIH/Sida con enfoque de GE, DDHH y SSR.	2.4.2. Contribuir en el fortalecimiento de los Sistemas de Información Estratégica, Vigilancia, monitoreo y evaluación del VIH y coinfección TB/VIH.
--	---

3. Recursos Humanos en Salud, la Investigación y Gestión del Conocimiento.

En el proceso de reforma del sector salud, el MINSAL ha definido al RH como la piedra angular del sistema, el país ha desplegado un intenso esfuerzo de dotación equitativa de RHUS para implementar efectivamente al nuevo modelo de atención, el reclutamiento y retención de especialistas, cuyo déficit se estima en 8,062 trabajadores es uno de los grandes desafíos de la reforma. La generación de capacidades en la fuerza laboral sanitaria exige construir una infraestructura para la formación profesional, impulsar la investigación y reorientar los procesos de regulación de la calidad de los procesos educativos, reorientar los procesos de formación especializada, modular la fuerza laboral nacional acorde al nuevo contexto.

3.1.- Recursos Humanos:

El análisis conjunto MINSAL - OPS, ha formulado los ejes de la Política de Desarrollo de RHUS, identificando 8 áreas prioritarias: 1) Recursos Humanos necesarios para el Primer Nivel de atención de las RIIS, del Sistema Nacional Integrado de Salud 2) Recursos Humanos necesarios para los Hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud 3) Reorientar y regular las Residencias Médicas en concordancia con las prioridades de la Reforma de Salud 4) Desarrollo de Líderes (áreas críticas) para la Reforma de Salud 5) Asegurar la pertinencia social y técnica de la práctica de los Promotores de Salud 6) Desarrollar una Carrera Sanitaria para el conjunto de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud 7) Reorientación de la Formación Profesional y Técnica acorde a los requerimientos de la Reforma de Salud 8) Educación Permanente para todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud.

Área de interés principal

Contribuir al fortalecimiento de un Sistema Nacional Integrado de Salud, con RHUS suficientes, competentes y valorados, para responder a las necesidades de salud de la población.

Abordaje estratégico

3.1.1. Apoyar el proceso de planificación y dotación de RHUS necesarios para el Sistema Nacional Integrado de Salud en los distintos niveles de conducción y operación del sistema.	3.1.2. Acompañar los procesos de reorientación de las residencias médicas.	3.1.3. Acompañar el proceso de integración entre instituciones formadoras y servicios de salud acorde a las exigencias de calidad y competencia del RHUS.
3.1.4. Reactivación del Observatorio Nacional de Recursos Humanos asociado a incentivos para investigación, producción de información y toma de decisiones.	3.1.5. Apoyar la caracterización de los problemas de la gestión del trabajo en salud como base para el desarrollo de una propuesta de carrera sanitaria.	3.1.6. Apoyar a la Escuela de Gobierno en el fortalecimiento de las competencias de RHUS a través de procesos de Educación Permanente.

3.2. Investigación y Gestión del Conocimiento

Un estudio del CONACYT⁷¹, en el 2009, muestra que 8% del presupuesto dedicado a la educación se destina a investigación. Sólo el 35% de los investigadores tienen estudios de maestría o doctorado. En el periodo 2000 a 2009, las fuentes de financiamiento para la investigación, son principalmente provenientes de fondos propios de universidades y estudiantes como requisito de graduación (76,44%) y del extranjero (11,26%). El aporte de la empresa privada (4,71%) y el gobierno (3,26 %) es bajo. La inter-

vencción requerida para impulsar el desarrollo de la investigación y la generación de conocimiento que alimente la implementación de la política sanitaria es un desafío que estará liderado por el MINSAL a través de su recién creado Instituto Nacional de Salud, mismo que incluye: 1) Red de Laboratorios 2) Escuela de Gobierno: a) Programa de Educación Permanente para todo el personal de salud que garantice la actualización, desarrollo y adquisición de competencias técnicas específicas para desarrollar su trabajo, b) desarrollo sostenido de la capacidad gerencial y de gestión entre los cuadros de conducción del sistema en todos sus niveles, c) fortalecimiento de un sistema de residencias médicas y estudios de postgrado en salud. 3) Investigación para la toma de decisiones.

⁷¹ CONACYT, Indicadores de Ciencia y tecnología, estadísticas de actividades científico tecnológicas. Noviembre 2010 El Salvador. <http://www.conacyt.gob.sv/101213%20RA%20correccion%20a%20DocumentoCONACYT2010%20marroquin.pdf>

Área de interés principal Contribuir al fortalecimiento de un Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de la investigación y la gestión de conocimiento sobre los principales problemas de salud del país		
Abordaje estratégico		
3.2.1. Apoyar el Funcionamiento del Instituto Nacional de Salud cuya orientación es fomentar de manera sostenida la investigación científica en políticas, sistemas y servicios de salud.	3.2.2. Fortalecer la Unidad de Gestión del Conocimiento, con el aporte bibliográfico del Centro de documentación, la Biblioteca Virtual en Salud y la Red Nacional de Instituciones Documentales en salud, para apoyar el funcionamiento del Instituto Nacional de Salud.	3.2.3. Apoyar la implementación del sistema nacional de Investigación en Salud Impulsar la formación de una red de investigación en Salud Pública, alineada a la política sanitaria.

4. Ambientes, gestión de riesgos y Seguridad humana.

4.1. Salud Ambiente y Desarrollo Sostenible.

En el 2009, de acuerdo al reporte anual del GFDRR (Global Facility for Disaster Risk Reduction and Recovery), en El Salvador el 95.4% de la población está viviendo en áreas de riesgo. En veintiocho años (1980-2008), el país registro en promedio 1.5 eventos de desastres por año. Para el mismo período CEPAL (Comisión Eco-

nómica para América Latina) en su reporte del 2009 hace un cálculo del impacto estimado en términos económicos producido por los desastres durante este período de tiempo resultando en US\$ 16 mil millones, a un promedio anual de US\$ 470 millones, lo que equivale a su vez al 4.2% del PIB del país. Esta situación demanda de una urgente atención por parte de todas las instituciones del Estado Salvadoreño, que permita contar con instrumentos jurídicos y técnicos para un mejor manejo de prevención de los desastres y control de los impactos.

Áreas de Interés Principal Fortalecer al Ministerio de salud y otras instituciones nacionales en el abordaje de los determinantes de la salud mediante construcción de instrumentos técnicos y jurídicos, a la adopción de estilos de vida saludable y sostenible, vigilancia ambiental, prevención de la violencia y gestión de riesgo.		
Abordaje estratégico		
4.1.1. Apoyo técnico para el desarrollo de estrategias, instrumentos jurídicos y reglamentarios que fortalezcan el trabajo en determinantes ambientales, sociales y que consoliden el proceso de democratización y gobernabilidad, transparencia, responsabilidad social con actores clave como la Asamblea Legislativa, instituciones nacionales, municipales y sociedad civil.	4.1.2. Apoyar a las instituciones nacionales en el desarrollo de instrumentos técnicos de análisis de riesgos ambientales y de seguridad humana con énfasis en agotamiento del recurso, cambio climático, vulnerabilidad, contaminación y efectos a la salud.	4.1.3. Desarrollar instrumentos de análisis sobre determinantes ambientales y sociales, fortaleciendo el acceso y gestión de la información como instrumento de diseminación, Innovación y desarrollo.

5. Mantenimiento y Avance en los logros de los resultados en salud, en población vulnerable con equidad.

5.1. Vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades

El Ministerio de Salud de El Salvador, ha venido haciendo importantes esfuerzos de prevención y control de enfermedades ta-

les como la Tuberculosis, Malaria, Lepra y Shigella, entre otras, así como ha podido alcanzar altas coberturas por vacunas, por lo tanto es pertinente y necesario seguir haciendo esfuerzos para mantener estos niveles de avances y en paralelo es necesario el reforzar los sistemas de vigilancia y medidas de control de las enfermedades emergentes, con un enfoque intersectorial y de participación social.

Áreas de Interés Principal

Apoyar la consolidación de un Sistema Único/Integrado de Vigilancia de salud pública de enfermedades (transmisibles y no transmisibles, incluyendo enfermedades emergentes), riesgos y determinantes sociales y ambientales de la salud que contribuya a un mejor control

Abordajes estratégicos

5.1.1. Proporcionar asistencia técnica para el diseño y establecimiento de un sistema integral de vigilancia de la salud (enfermedades crónicas no transmisibles, violencia, accidentes de tránsito), de VIH. Respuesta ante enfermedades pandémicas (Influenza AH1N1). Reforzamientos de los laboratorios de salud pública, y realizar investigación y control de brotes.	5.1.2. Fortalecimiento de las acciones para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), fortalecer las capacidades básicas del personal de salud para su aplicación y reforzar al CNE.	5.1.3. Asistencia técnica en la vigilancia, prevención, manejo y control de las infecciones nosocomiales, resistencia antimicrobiana, especialmente en los servicios de atención materna y neonatal.
---	---	---

5.2. Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles.**Áreas de Interés Principal**

Proporcionar asistencia técnica en la aplicación de medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, enfocando aquellas con potencial de eliminación y potencial pandemiogénico.

Abordaje estratégico

5.2.1. Entrega de asistencia técnica para el diagnóstico, vigilancia y control de Dengue, EDA, IRA, Leptospirosis.	5.2.2. Fortalecer las acciones y medidas prevención y control de Enfermedades Transmisibles con potencial de eliminación como Chagas, Lepra, Malaria, y Tuberculosis.	5.2.3. Proporcionar la asistencia técnica para el abordaje Integrado de prevención y control de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (Leishmaniasis, Geohelmintiasis, Toxoplasmosis, Histoplasmosis, Zoonosis, etc.).
---	--	---

5.3. Atención integral de enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental y discapacidad.**Área de Interés Principal**

Apoyar técnicamente los esfuerzos del sector salud para garantizar un abordaje de Atención Integral a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Abordaje estratégico

5.3.1. Entrega de asistencia técnica para el desarrollo de políticas y planes nacionales que permitan un ambiente político la atención integral de las ECNTn y cáncer (cervico uterino, de mamas, diabetes e hipertensión arterial).	5.3.2. Proporcionar asistencia técnica para la atención integral y manejo de información para implementar adecuadas políticas públicas dirigidas a poblaciones vulnerables que presentan trastornos mentales y del comportamiento, así como los discapacitados con un enfoque intersectorial.	5.3.3. Brindar la asistencia técnica necesaria para el abordaje integral de la Enfermedad Renal Crónica. Apoyar los esfuerzos de MINSAL en la realización de estudios y su difusión; además del diseño de una estrategia de salud pública para la atención integral de los pacientes, que contemple desde el nivel primario al terciario de salud.
---	--	---

5.4. Salud en el curso de vida.**Área de Interés Principal**

Apoyar y fortalecer técnicamente los esfuerzos del sector salud para garantizar un abordaje de Atención Integral a la población vulnerable de la madre y el niño/a; así como las acciones de salud sexual y reproductiva y de prevención de la desnutrición.

Abordaje estratégico

5.4.1. Brindar la asistencia técnica necesaria para fortalecer los esfuerzos en la atención materna y perinatal tanto a nivel de atención primario como secundario. Especial énfasis en poblaciones de adolescentes y en los aspectos de salud sexual y reproductiva.	5.4.2. Fortalecer los planes y acciones para la atención infantil a través del programa AIEPI, atención integral y la prevención del embarazo en adolescentes	5.4.3. Brindar la asistencia técnica necesaria para la detección y para el ulterior abordaje integral de las poblaciones sujetas de violencia de género en cualquiera de sus formas incluyendo la sexual.
--	--	--

5.4.4.

Proporcionar asistencia técnica para la atención integral e implementación de programas de vigilancia nutricional y de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición especialmente dirigido a poblaciones históricamente excluidas.

5.5. Atención integral y acceso universal en VIH/Sida.

Área de Interés Principal

Brindar servicios integrales de prevención y atención a la población sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida con una visión de género y de derechos humanos

Abordaje estratégico

5.5.1.

Brindar la asistencia técnica necesaria para fortalecer los esfuerzos garantizar un acceso universal a la atención integral de personas con VIH/Sida y enfermedades de transmisión sexual y especialmente dirigido a poblaciones vulnerables o de riesgo. Fortalecimiento de acciones del trabajo interprogramático, interagencial e intersectorial relacionados con VIH/Sida y diversidad de sexual.

5.6. Acceso equitativo a vacunas y fortalecimiento de los servicios de inmunización.

Área de Interés Principal

Fortalecer los esfuerzos de país por mantener las coberturas del programa de vacunas según estándares internacionales

Abordaje estratégico

5.6.1.

Garantizar la asistencia técnica necesaria para fortalecer los esfuerzos que realiza el programa ampliado de inmunizaciones bajo una estrategia de trabajo interprogramático, interagencial, e intersectorial relacionado con inmunizaciones y vacunas.

5.7. Promoción de la Salud.

Área de Interés Principal

Promover o fortalecer acciones y/o políticas públicas para el alcance de estilos de vida saludable y disminución de riesgos de la población general

Abordaje estratégico

5.7.1.

Brindar la asistencia técnica necesaria para la formulación y desarrollo de acciones y políticas públicas de promoción de estilos de vida saludables y de prevención de riesgos

5.3.- Prioridades estratégicas y su validación con las prioridades del Plan Quinquenal de Desarrollo para el período 2010-2014 y de la Reforma de Salud de El Salvador.

El Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD) contiene la visión, las apuestas, las prioridades, los objetivos y las metas del Gobierno de la República de El Salvador para el período 2010-2014. El PQD, busca contribuir a la definición de una estrategia nacional de desarrollo de mediano y largo plazo que cuente con un amplio respaldo nacional y con el apoyo de la comunidad internacional. En este sentido, el plan constituye una importante herramienta que busca coadyuvar a la construcción de una visión compartida de país y, por tanto, al logro de la unidad nacional. Por ello, si bien el Plan Quinquenal de Desarrollo se circunscribe al período 2010-

2014, las políticas y medidas que lo componen están fundamentadas en una visión de largo plazo cuyo horizonte es el año 2024.

De la misma manera el MINSAL ha definido sus ocho (8) prioridades de reforma de salud como una expresión de su política nacional de salud que comprende: i) construcción de la Redes Integrales e Integradas (RIISS), ii) construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM), iii) respuestas a las necesidades de medicamentos y vacunas, iv) articulación progresiva con la Seguridad Social y otros prestadores públicos y fortalecimiento de la intersectorialidad, v) apoyo al Foro Nacional de Salud y participación ciudadana en salud, vi) creación del Instituto Nacional de Salud (INS), vii) Desarrollo de un sistema único de información en salud, viii) recursos humanos en salud como piedra angular del sistema nacional integrado de salud.

Tabla 5.3.1. Vinculación de las Prioridades estratégicas de cooperación en el país con las prioridades nacionales de política, estrategia y plan nacional de reforma de salud.

Prioridades estratégicas	Áreas de Interés principal	Prioridades de la Reforma Sanitaria de El Salvador	Prioridades del Plan Quinquenal de Desarrollo ELS 2010-2014
1. Fortalecimiento de la Gobernanza, su estrategia intersectorial y la Cooperación internacional en salud (CIS) para el desarrollo nacional de la Salud.	1.1. Gobernanza • Conducción y gestión política. • Nuevo marco organizacional e Institucional. • Fortalecimiento de la gestión del sistema de salud. • Financiamiento en salud y eficiencia del gasto. • Fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria. 1.2. Marcos jurídicos y Estrategias Intersectoriales • Marco jurídico y legislación basada en el derecho a la salud • Acción Intersectorial y participación social y equidad (Foro Nacional de Salud, participación ciudadana territorial y participación ciudadana sectorial). 1.3. CIS e inserción del país en foros e iniciativas, subregionales, regionales y globales de salud • Articulación de la Cooperación Técnica alrededor del tema de salud • Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la producción de normas y procesos técnicos de Cooperación Internacional en Salud • Apoyo a la creación y desarrollo de alianzas estratégicas alrededor de las prioridades del MINSAL • Cooperación técnica entre países • Movilización de recursos.	• Articulación progresiva con la Seguridad Social y otros prestadores públicos y fortalecimiento de la intersectorialidad: Uno de los mayores retos de la Reforma de Salud es superar la segmentación y fragmentación del sistema y avanzar hacia la integración, inicialmente con la Seguridad Social, después en todo el sistema público. Ello aumentará la calidad y cantidad de las prestaciones, se ampliará la cobertura integrando la prestación de servicios y con mayor eficiencia en el gasto, sin que eso signifique deterioro en las prestaciones de ninguno de los subsectores reduciendo las inequidades internas. • Apoyo al Foro Nacional de Salud y la Participación ciudadana en Salud: • La participación Social es uno de los pilares principales y garante de la Reforma de Salud. A partir del 28 mayo 2010 con el lanzamiento del Foro Nacional de Salud, a través de sus consultas, ha contribuido a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan asegurar la transformación del sistema de salud.	• Reducción significativa y verificable de la pobreza, la desigualdad económica y de género y la exclusión social. • La reforma estructural y funcional del Estado, la consolidación del régimen democrático y el fortalecimiento del estado de derecho. • La construcción de políticas de Estado y la promoción de la participación social organizada en el proceso de formulación de las políticas públicas. • La promoción de la integración política, geoestratégica, económica, social y cultural de Centroamérica.
2. Organización de los Servicios de salud centrados en las personas, las familias y las comunidades basados en la atención primaria y en los derechos humanos.	• Redes integradas e integrales de Servicios de Salud basados en APS. • Vigilancia de la Salud y Sistemas Integrados de Información en Salud. • Acceso a Medicamentos, vacunas, trasplantes, sangre de calidad. • Abordaje desde los Determinantes sociales de la salud y medición del impacto en la salud. • Mejoramiento de la Calidad de la atención, incluyendo la seguridad del paciente. • Construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas.	• Construcción de las Redes integrales e Integradas de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (RIIS): La RIIS son el nuevo entorno de servicios desarrollado alrededor de la vida de la comunidad, las familias y las personas, Supone una nueva cultura organizacional con énfasis en los determinantes de la salud, enfoque democrático-participativo para la gestión, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones. Centrado en la persona y NO en problemas o patologías • Construcción de un Sistema de Emergencias Médicas (SEM): Construir un SEM de carácter intersectorial para garantizar a toda la población Salvadoreña una atención oportuna, eficaz y continua durante las 24 hrs.	• Reducción significativa y verificable de la pobreza, la desigualdad económica y de género y la exclusión social. • La reforma estructural y funcional del Estado, la consolidación del régimen democrático y el fortalecimiento del estado de derecho. • La profundización en el respeto de los derechos humanos y el cumplimiento de los compromisos de reparación integral de daños a las y los lisiados de guerra, y otras víctimas con as que el Estado tiene demandas pendientes.

Prioridades estratégicas	Áreas de Interés principal	Prioridades de la Reforma Sanitaria de El Salvador	Prioridades del Plan Quinquenal de Desarrollo ELS 2010-2014
3. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, la Investigación y Gestión del Conocimiento	3.1. Recursos Humanos • Gestión del trabajo a. Planificación y distribución acorde al modelo. b. Carrera Sanitaria • Gestión de la Educación a. Capacidades de conducción y gobierno. b. Reorientación de la formación profesional hacia la APS. c. Integración entre las instituciones formadoras y servicios de salud y el desarrollo de los RHUS especial énfasis en las Residencias Médicas. • Creación del Instituto Nacional de Salud 3.2. Investigación en salud y Gestión del Conocimiento • Evaluación de iniciativas, documentación de Buenas Prácticas y divulgación. • Apoyo al fortalecimiento de las capacidades sobre Investigación en Salud. • Estudio, análisis, vigilancia y control de la enfermedad renal crónica.	• Recursos Humanos en Salud como piedra ANGULAR del Sistema Nacional Integrado de Salud: Los trabajadores de la salud son el pilar del sistema de salud y eje de la Reforma. Para que produzca el servicio con calidad, calidez y dignidad es necesario asegurar que el personal de salud –adecuado y motivado- trabaje de manera efectiva y productiva en el lugar que se le necesita y en el momento que se le requiera. • Creación del Instituto Nacional de Salud (INS): El 13 de Septiembre de 2010, la Ministra de Salud creó por Acuerdo Ministerial el INS, el que será lanzado en el 2012. El INS, es una organización científico-técnica subordinada al MINSAL que liderará la búsqueda de mejoras sustantivas en salud. Será integrado por una Escuela de Gobierno, recursos para la investigación y laboratorios especializados en el control de calidad de los medicamentos, agua, y demás que le demande el sistema.	• Reducción significativa y verificable de la pobreza, la desigualdad económica y de género y la exclusión social. • La reforma estructural y funcional del Estado, la consolidación del régimen democrático y el fortalecimiento del estado de derecho.
4. Ambientes, gestión de riesgos y Seguridad humana.	4.1. Salud y Ambiente y Desarrollo Sostenible. • Salud Ambiental. Trabajo con municipios, alianzas con actores nacionales clave Asamblea Nacional, Asociaciones de Jóvenes. • Gestión de Riesgos en emergencias y desastres. • Desarrollo de instrumentos técnicos de análisis de riesgos ambientales y de seguridad humana con énfasis en agotamiento del recurso, vulnerabilidad, contaminación y efectos a la salud • Prevención de la violencia y seguridad vial • Cambio climático y su impacto en la salud (agua, saneamiento, seguridad alimentaria, enfermedades vectoriales)	• Desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud: La extrema fragmentación de la información del sistema de salud actual. Un sistema de información único permitirá tener una visión completa y estratégica de la situación de salud, mejorar el análisis en la toma de decisiones, desarrollar políticas en salud, evaluar los resultados de las múltiples intervenciones realizadas, así como acciones y estrategias destinadas a controlar epidemias y litigar situaciones de desastre.	• La gestión eficaz de riesgos ambientales con perspectiva de largo plazo y la reconstrucción de la infraestructura y la recuperación del tejido productivo y social dañados por efectos de la tormenta Ida, así como por otros fenómenos naturales y acciones humanas. • La prevención efectiva y el combate de la delincuencia, la criminalidad y la violencia social y de género.

Prioridades estratégicas	Áreas de Interés principal	Prioridades de la Reforma Sanitaria de El Salvador	Prioridades del Plan Quinquenal de Desarrollo ELS 2010-2014
5. Mantenimiento y Avance en los logros de los Resultados en Salud, en población Vulnerable con equidad.	- Logro de ODM en Salud: Indicadores y metas ODM al 2015 - En relación a los programas: - Reforzar y desarrollar el Sistema de Vigilancia de la Salud, reglamento sanitario internacional e infecciones nosocomiales - Prevención y control de enfermedades transmisibles epidémicas (Dengue, Leptospirosis y AH1N1), control de la Tuberculosis, Lepra, Chagas y Rabia, así como la eliminación de la Malaria y el abordaje integrado de las enfermedades desatendidas. - Continuar las acciones de prevención y control de problemas de salud prevalentes, tales como EDA, ERA y Conjuntivitis - Atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles en especial la emergente enfermedad renal crónica (ERC), salud mental y discapacidad - Fortalecer los esfuerzos de las áreas de salud materna, perinatal y salud sexual y reproductiva - Atención integral a la población infantil y adolescente - Atención a víctimas y prevención de la violencia de género en todas sus formas - Reforzar los esfuerzos del área de nutrición y desarrollo - Atención integral y acceso universal a las personas con VIH/ Sida y enfermedades de transmisión sexual - Acceso equitativo a vacunas, fortalecer los servicios de inmunización y mantener y reforzar las coberturas del programa de vacunas - Promoción de la salud, estilos de vida saludables (prevención de fumado y consumo de alcohol), la buena alimentación y la actividad física	Respuesta a la Necesidades de Medicamentos y Vacunas: Asegurar el acceso universal a medicamentos y vacunas es una prioridad central por parte del MINSAL. Desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud: La extrema fragmentación de la información del sistema de salud actual. Un sistema de información único permitirá tener una visión completa y estratégica de la situación de salud, mejorar el análisis en la toma de decisiones, desarrollar políticas en salud, evaluar los resultados de las múltiples intervenciones realizadas, así como acciones y estrategias destinada a controlar epidemias y litigar situaciones de desastre.	Reducción significativa y verificable de la pobreza, la desigualdad económica y de género y la exclusión social.

5.4.- Prioridades Estratégicas y su validación con los efectos directos e indicadores del UNDAF de El Salvador.

El UNDAF, -por sus siglas en Inglés-, es el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2012-2015, y es producto de un proceso dinámico y participativo donde El sistema de la Naciones Unidas (SNU) en El Salvador junto con instituciones del Go-

bierno y en consulta con diferentes actores nacionales lo plantearon y desarrollaron. En este sentido El UNDAF se constituye en un marco de referencia para la acción conjunta y coordinada del Sistema de las Naciones Unidas en El salvador, y se enmarca en la visión de desarrollo y la prioridades nacionales reflejadas en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, así como en las políticas y estrategias sectoriales del país.

Prioridades estratégicas	Áreas de Interés principal	Efectos Directos del UNDAF e indicadores
1. Fortalecimiento de la Gobernanza, su estrategia intersectorial y la Cooperación internacional en salud (CIS) para el desarrollo nacional de la Salud.	1.1. Gobernanza • Conducción y gestión política. • Nuevo marco organizacional e Institucional. • Fortalecimiento de la gestión del sistema de salud. • Financiamiento en salud y eficiencia del gasto. • Fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria. 1.2. Marcos jurídicos y Estrategias Intersectoriales • Marco jurídico y legislación basada en el derecho a la salud • Acción Intersectorial y participación social y equidad (Foro Nacional de Salud, participación ciudadana territorial y participación ciudadana sectorial). 1.3. CIS e inserción del país en foros e iniciativas, subregionales, regionales y globales de salud. • Articulación de la Cooperación Técnica alrededor del tema de salud • Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la producción de normas y procesos técnicos de Cooperación Internacional en Salud • Apoyo a la creación y desarrollo de alianzas estratégicas alrededor de las prioridades del MINSAL • Cooperación técnica entre países • Movilización de recursos	Efecto D. 1.1.- El país habrá diseñado e implementado políticas, programas y mecanismos equitativos e inclusivos y sostenibles para la superación de la pobreza y la mejora en el acceso y la calidad de los servicios sociales estratégicos. • Indicadores: 1. Porcentaje de políticas sociales estratégicas y normativas asociadas elaborada y/o revisadas en el período, cumplen con criterios de calidad. Efecto D. 3.1.- Se habrán diseñado y adoptado instrumentos para la profundización del régimen democrático, de la igualdad de género, de la gobernabilidad a todos los niveles y de las capacidades ciudadanas para la demanda de los derechos humanos y participación en la formulación de políticas públicas. • Indicadores: 2. Número y naturaleza de políticas públicas en marcha que han sido concertadas con representantes de la sociedad civil en el marco del CES (Consejo Económico y Social) y otros espacios de concertación. El UNDAF contempla y asume los cinco principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, de la cual El Salvador es parte, y que tiene por objeto lograr un mayor impacto en el desarrollo de los países receptores de la ayuda.
2. Organización de los Servicios de salud centrados en las personas, las familias y las comunidades basados en la atención primaria y en los derechos humanos.	• Redes integradas e integrales de Servicios de Salud basados en APS • Vigilancia de la Salud y Sistemas Integrados de Información en Salud • Acceso a Medicamentos, vacunas, trasplantes, sangre de calidad. • Abordaje desde los Determinantes sociales de la salud y medición del impacto en la salud • Mejoramiento de la Calidad de la atención, incluyendo la seguridad del paciente • Construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas	Efecto D. 1.1.- El país habrá diseñado e implementado políticas, programas y mecanismos equitativos e inclusivos y sostenibles para la superación de la pobreza y la mejora en el acceso y la calidad de los servicios sociales estratégicos. • Indicadores: 2. Número de establecimientos de salud que cumplen con criterios de calidad de servicios de SSR, estandarizados acorde a la nueva política de SSR y de atención a la infancia del MINSAL 3. Número de los equipos comunitarios de salud familiar (ECOS) funcionando como parte de la RIIS. 4. Porcentaje de familias cubiertas por los ECOS 5. Porcentaje de personas en condiciones de vulnerabilidad con acceso a servicios de atención integral de VIH-ITS, con énfasis en la prevención 6. Porcentaje de personas con VIH que tienen acceso a tratamiento antirretrovirales 8. Porcentaje de adolescentes que residen en comunidades en condiciones de pobreza con acceso a servicios de educación sexual integral formal o no formal Efecto D. 3.2.- Capacidad del aparato estatal mejorada para garantizar la planificación y ejecución sostenible, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas y la ejecución de la inversión pública • Indicadores: 4. Grado de mejora del acceso y la calidad de la información estadística: Reducción del subregistro, Mayor y mejor desagregación de la información, Mayor cantidad y calidad de indicadores, Mayor número de indicadores de género, y un número de nuevos productos estadísticos producidos y mejorados.

Prioridades estratégicas	Áreas de Interés principal	Efectos Directos del UNDAF e indicadores
3. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, la Investigación y Gestión del Conocimiento	3.1. Recursos Humanos Gestión del trabajo a. Planificación y distribución acorde al modelo b. Carrera Sanitaria Gestión de la Educación a. Capacidades de conducción y gobierno b. Reorientación de la formación profesional hacia la APS c. Integración entre las instituciones formadoras y servicios de salud y el desarrollo de los RHUS especial énfasis en las Residencias Médicas • Creación del Instituto Nacional de Salud 3.2. Investigación en salud y Gestión del Conocimiento. • Evaluación de iniciativas, documentación de Buenas Prácticas y divulgación • Apoyo al fortalecimiento de las capacidades sobre Investigación en Salud • Estudio, análisis, vigilancia y control de la enfermedad renal crónica	Efecto D. 3.2.- Capacidad del aparato estatal mejorada para garantizar la planificación y ejecución sostenible, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas y la ejecución de la inversión pública • Indicadores: 3. Existencia de mecanismo de regulación profesional de la administración pública Efecto D. 4.2.- Instituciones nacionales y locales adoptan e implementan mecanismo para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres, Niñas y Niños y Adolescentes (NNA) • Indicadores: 3. Porcentaje de mujeres que tienen una percepción positiva de la calidad en la atención a casos de violencia contra las mujeres
4. Ambientes, gestión de riesgos y Seguridad humana.	4.1. Salud y Ambiente y Desarrollo Sostenible. • Salud Ambiental. Trabajo con municipios, alianzas con actores nacionales clave Asamblea Nacional, Asociaciones de Jóvenes. • Gestión de Riesgos en emergencias y desastres. • Desarrollo de instrumentos técnicos de análisis de riesgos ambientales y de seguridad humana con énfasis en agotamiento del recurso, vulnerabilidad, contaminación y efectos a la salud. • Prevención de la violencia y seguridad vial • Cambio climático y su impacto en la salud (agua, saneamiento, seguridad alimentaria, enfermedades vectoriales).	Efecto D. 4.1.- Se habrán mejorado las capacidades para la coordinación e implementación de la política nacional y plan estratégico de justicia, seguridad ciudadana y convivencia en el nivel regional, nacional y local. • Indicadores: 4. Municipios que desarrollan e implementan planes de convivencia y seguridad ciudadana en forma articulada Efecto D. 4.2.- Instituciones nacionales y locales adoptan e implementan mecanismo para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres, Niñas y Niños y Adolescentes (NNA) • Indicadores: 5. Número de niños, niñas y adolescentes beneficiados con programas de prevención y atención de violencia que les afecta (ej. Maltrato, niñez víctima de delito, explotación), en municipios seleccionados Efecto D. 5.1.- El Gobierno nacional y los gobiernos locales habrán diseñado e implementado estrategias, planes y mecanismos en la forma participativa que promuevan la reducción de riesgos de desastres, el manejo sostenible de los recursos naturales, la recuperación de los ecosistemas y la adaptación y mitigación al cambio climático. • Indicadores: 2. Número de sectores que integran en su planificación sectorial temas relacionado a mitigación y adaptación al cambio climático. 3. Número de municipios y comunidades que han integrado en sus procesos de planificación y normativas que realizan acciones en: a) reducción de riesgos de desastres, con enfoque de género, b) manejo de cuencas hidrográficas, c) recuperación y manejo sostenible de los recursos naturales y ecosistemas 4. Grado de avance del Programa Nacional para el Manejo de Contaminantes

Prioridades estratégicas	Áreas de Interés principal	Efectos Directos del UNDAF e indicadores
5. Mantenimiento y Avance en los logros de los Resultados en Salud, en población Vulnerable con equidad.	Logro de ODM en Salud: Indicadores y metas ODM al 2015 En relación a los programas: • Reforzar y desarrollar el Sistema de Vigilancia de la Salud, reglamento sanitario internacional e infecciones nosocomiales • Prevención y control de enfermedades transmisibles epidémicas (Dengue, Leptospirosis y AH1N1), control de la Tuberculosis, Lepra, Chagas y Rabia, así como la eliminación de la Malaria y el abordaje integrado de las enfermedades desatendidas. • Continuar las acciones de prevención y control de problemas de salud prevalentes, tales como EDA, ERA y Conjuntivitis • Atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles en especial la emergente enfermedad renal crónica (ERC), salud mental y discapacidad • Fortalecer los esfuerzos de las áreas de salud materna, perinatal y salud sexual y reproductiva • Atención integral a la población infantil y adolescente • Atención a víctimas y prevención de la violencia de género en todas sus formas • Reforzar los esfuerzos del área de nutrición y desarrollo • Atención integral y acceso universal a las personas con VIH/Sida y enfermedades de transmisión sexual • Acceso equitativo a vacunas, fortalecer los servicios de inmunización y mantener y reforzar las coberturas del programa de vacunas • Promoción de la salud, estilos de vida saludables (prevención de fumado y consumo de alcohol), la buena alimentación y la actividad física	El UNDAF, se constituye en el marco de referencia que orientará las acciones del SNU en el período 2012-2015 para contribuir al desarrollo humano en El Salvador y acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

5.5.- Validación del programa estratégico de la ECP con los objetivos estratégicos del Plan estratégico a Medio Plazo OPS/OMS

Tabla 5.5.1. Objetivos estratégicos⁷² (SO) y Resultados esperados regionales (RER) del Plan estratégico a medio plazo que se aplican en el programa estratégico de la estrategia de cooperación de país.

RER	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5	SO6	SO7	SO8	SO9	SO10	SO11	SO12	SO13	SO14	SO15	SO16
1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	
2	•	•	•	•		•	•	•		•	•	•	•	•	•	
3	•		•	•		•		•		•	•		•	•	•	•
4	•	•		•	•	•	•	•	•		•		•			
5			•	•	•	•	•		•					•		
6	•		•	•		•	•	•								
7	•			•	•											
8				•												
9	•															

⁷² OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

OE1 Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.

OE2 Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

OE3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

OE4 Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

OE5 Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico.

OE6 Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud.

OE7 Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

OE8 Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.

OE9 Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.

OE10 Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

OE11 Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud.

OE12 Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.

OE13 Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios.

OE14 Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.

OE15 Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas.

OE16 Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.

SECCION 6

IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA: IMPLICACIONES PARA TODA LA SECRETARÍA

El Salvador enfrenta retos importantes, los problemas dominantes se relacionan a la seguridad y la delincuencia, a la economía y la pobreza, el territorio y la población son altamente vulnerables a los desastres naturales, la infraestructura hospitalaria y de servicios básicos ha sido afectada de manera importante por los frecuentes eventos. Una proporción importante de la población había permanecido excluida del acceso integral a servicios de salud por barreras físicas y económicas, la inversión pública en salud y el gasto total en salud ha sido de los más bajos de la región, con un alto componente en medicamentos debido a su alto precio de mercado, relativamente mayor al promedio de la región. En este panorama de limitaciones fiscales, la política del Gobierno de El Salvador 2009-2014 incorpora un fuerte componente social, establece una estrategia de protección social universal, logra incrementos en el financiamiento de los sectores sociales e inicia un proceso de reforma de salud encaminado a mejorar el acceso con calidad de la población excluida.

Como consecuencia, el presupuesto del MINSAL con respecto al PIB ha tenido una tendencia creciente, para 2005 representó el 1.7% del PIB, mientras que para 2011 ascendió a 2.4%. El aumento más pronunciado se presenta a partir del año 2009, cuando en el segundo semestre se proporciona un importante refuerzo presupuestario, que continúa en los años subsiguientes, a pesar de las condiciones de la economía del país en crisis.

De las 15 primeras causas de muertes, 89% corresponden a enfermedades no transmisibles y 11% a enfermedades transmisibles, las causas violentas (agresión, accidentes, trastornos mentales/consumo de alcohol) e Insuficiencia Renal Crónica IRC son más frecuentes en hombres, y juntas representan más del 90% de total de las muertes. Algunas enfermedades transmisibles siguen siendo preva-

lentes, como la enfermedad diarreica aguda y el Dengue, la persistencia de altas coberturas de vacunación han permitido el control efectivo de algunas enfermedades inmunoprevenibles y la permanencia de programas priorizados ha permitido éxitos en el cumplimiento de las metas en VIH Sida y Tuberculosis, algunas enfermedades como la Malaria, están en fase de eliminación o se está avanzando en la interrupción de la transmisión del Chagas.

La ECP se articula fuertemente con las Principales Metas del MINSAL para el Quinquenio 2009-2014: Fortalecimiento de la capacidad de rectoría del MINSAL; Aumento significativo del financiamiento público de salud; Cobertura de los servicios de salud con nuevo modelo de atención integral y equitativo a la población excluida; Reducción de la mortalidad prevenible, especialmente materna e infantil; Erradicación de enfermedades transmitidas por vectores, con metas de interrupción de la transmisión domiciliar de Chagas y eliminación de la malaria autóctona; Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud; Mejora de la calidad y la calidez en toda la red de servicios. Aumento del abastecimiento sostenido de medicamentos; 95% de la cobertura sostenida de vacunación; mejoras importantes en la infraestructura sanitaria; Reducción sustancial de la brecha en equipamiento en todos los niveles del sistema; Contratación de personal de salud para cerrar una parte importante de la brecha existente; Puesta en funcionamiento del Instituto Nacional de Salud que incluya una Red de Laboratorios, Escuela de Gobierno e Investigación para la toma de decisiones; Poner en marcha el Sistema de Emergencias Médicas; Consolidar el Sistema Único de Información en Salud; Fomentar la acción Intra e intersectorial; Incentivar la participación y Contraloría Social.

La OPS/OMS es reconocida como un referente importante en salud pública en El Salva-

dor, la cooperación técnica ha sido relevante en momentos clave de su historia, durante el conflicto armado la salud fue un puente para la paz, permitiendo el acceso de programas preventivos y de salud pública a las comunidades y sirvió de garantía y conducto para la atención de combatientes. Ha acompañado a las autoridades y servicios de salud en la preparación y respuesta a epidemias como el cólera, dengue y influenza AH1N1, ha sido parte de la respuesta humanitaria ante emergencias y desastres y contribuye a la preparación y mitigación de los servicios de salud, ha contribuido a la organización del Sistema nacional de salud y las entidades públicas, especialmente con el Ministerio de Salud, como su principal referente en el gobierno, la Seguridad Social, ISRI e ISBM, ha ofrecido respaldo técnico en la formulación de proyectos de inversión y desarrollo en salud y ha acompañado desde las etapas de diseño hasta la operación y la evaluación de resultados del proceso de reforma de salud en marcha.

6.1.- El rol y presencia de la OPS/OMS de acuerdo con la Agenda Estratégica

- Rol de OPS/OMS. Los principios fundamentales por los que se rige la cooperación de la OPS/OMS en el país y que son la base de ésta son los siguientes:
- Apropiación del propio país en el proceso de desarrollo;
- Concordancia con las prioridades nacionales y fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud para apoyar la política, estrategia o plan nacional de salud;
- Armonización con la labor de los organismos hermanos de las Naciones Unidas y otros aliados en el país, con miras a conseguir que la ayuda sea más eficaz;
- Colaboración recíproca para fomentar las aportaciones de los Estados Miembros al programa de acción sanitaria mundial.

El rol principal de la de OPS/OMS será el de contribuir al logro de las metas de salud del Gobierno de El Salvador que a su vez, están articuladas con las prioridades estratégicas de esta agenda. Específicamente este rol puede definirse mejor en relación a las prioridades estratégicas de la Agenda Estratégica.

• Presencia de OPS/OMS

La OPS/OMS en El Salvador comenzó en 1950 con un Convenio de Cooperación entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud, que fue ratificado el 30 de julio de 1954. desde entonces coopera técnicamente, en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud y con otras instituciones de salud y afines en los sectores público y privado. En la actualidad, bajo la conducción técnica, administrativa y política del Representante de la OPS/OMS en El Salvador, la Re-

Tabla 6.1.- Modalidades de Cooperación

1. Gestión de políticas públicas saludables y marcos regulatorios en derecho a la salud, promoción de salud y calidad de vida, con participación intersectorial.
2. Asistencia técnica y difusión de herramientas y conocimientos sobre gestión de servicios de salud y redes.
3. Capacitación y educación permanente de recursos humanos, que respondan a las prioridades y necesidades del Sector Salud.
4. Gestión de la información y el conocimiento para la preparación de los recursos humanos y cuadros directivos de salud, a través de la Unidad de Gestión del Conocimiento tripartita (UES-MINSAL-OPS) que incluya redes de información, la Biblioteca Virtual de Salud, la enseñanza Virtual y la difusión.
5. Desarrollo de la calidad de los sistemas de información y de vigilancia en salud del sector a través de la gestión y transferencia de conocimientos en las áreas prioritarias y de investigaciones sobre determinantes del estado de salud de la población, en particular con la perspectiva de igualdad de género y las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad.
6. Facilitación de la cooperación internacional, la cooperación Sur-Sur, la triangulación de la cooperación en salud, el Intercambio de experiencias, de buenas prácticas, capacidades e información y la movilización de recursos y expertos de la región.

presentación trabaja bajo una modalidad de cooperación técnica que incluye programas y proyectos en salud.

La OPS/OMS ha desarrollado equipos técnicos para la cooperación sub-regional. En el caso de Centro América y República Dominicana tiene a disposición recursos humanos especializados en temas como Salud Mental, Dengue, RSI, Desarrollo de Recursos Humanos, Salud Materno-Infantil, Salud y Turismo, Vigilancia y control de enfermedades y análisis de la situación de salud, entre otros, que cooperan técnicamente en el ámbito sub-regional e interpaís apoyando el interés de El Salvador en la integración social centroamericana como estrategia de desarrollo.

La OPS/OMS cuenta con una oficina local en El Salvador, la planta de personal está compuesta por el Representante, 6 Asesores internacionales, 10 consultores locales, 1 consultora internacional, un equipo de administración de 6 funcionarios, y 5 asistentes administrativas y personal de apoyo logístico. El MINSAL contribuye a través de asignaciones de profesionales, asistentes y personal de apoyo.

Unos de los desafíos de la oficina local de OPS es la necesidad de fortalecer las competencias y recursos en la gestión del conocimiento y la investigación, para apoyar la formulación de políticas y estrategias basadas en datos probatorios. Asimismo, el desarrollo de habilidades de negociación, conformación de alianzas y movilización de recursos. Estas necesidades pueden suplirse por medio de intercambios con otras oficinas y la creación de grupos de tarea y funcionales que colaboren con las áreas de planificación y relaciones externas de OPS.

La organización de la cooperación técnica por proyectos se describe en el anexo 1, Organización de la cooperación técnica 2012-2013. El Organigrama de la Oficina de país refleja las prioridades estratégicas y se estructura

bajo un modelo de gerencia basada en resultados. Ver Anexo 2.

6.2.- Uso de la CCS

La ECP es un poderoso instrumento de planificación que define prioridades y estrategias para el quehacer de la OPS/OMS en El Salvador y establece criterios de la relación de cooperación Información a gobierno y sus socios estratégicos. La Estrategia de Cooperación del país será el punto de partida para la definición de los programas de trabajo bianuales de la OPS/OMS en el país, la movilización de recursos, la organización de la oficina de país y la coordinación con el MINSAL que permita priorizar las actividades dirigidas a fortalecer la capacidad nacional e institucional y considerar la posibilidad de complementar y establecer sinergia con las aportaciones de otros aliados.

Este documento constituye la información de base para la relación con las autoridades de salud y de cooperación externa y permite mantener la continuidad de la cooperación en el caso de cambios de autoridades o en las transiciones por cambio de gobierno, realizando los ajustes necesarios a la Agenda estratégica.

Permite tener un punto de partida común para otros análisis y ejercicios de programación, en especial para aportar con la dimensión sanitaria de la evaluación común de las agencias del Sistema de Naciones Unidas y la articulación con los planes nacionales de salud.

6.3.- Monitoreo y Evaluación de la CCS

Se programará una actividad de monitoreo de la aplicación de la ECP anualmente, al término de cada año calendario y se realizará una evaluación al término del periodo del CCS. El contenido e indicadores del M&E serán definidos y aplicados conjuntamente por el MINSAL y OPS, con base en los abordajes estratégicos de la Agenda.

Tabla 6.1.- Rol de la OPS/OMS de acuerdo a las Prioridades Estratégicas y áreas de Interés principal de la Agenda Estratégica

Prioridades estratégicas	Rol de la OPS/OMS
1. Fortalecimiento de la Gobernanza, su estrategia intersectorial y la Cooperación internacional en salud (CIS) para el desarrollo nacional de la Salud.	• Apoya la formulación de políticas y promueve, hace abogacía y convoca a actores • Transferencia de experiencias, buenas prácticas, capacidades e información para la gobernanza • Facilita la movilización de recursos • Genera espacios de análisis de estrategias • Brinda asesoría en regulación y legislación sanitaria • Promueve de enfoque de derechos y determinantes de la salud • Acompaña y promueve estrategias y acciones intersectoriales con CISCALUD • Fortalece las capacidades institucionales de gestión del conocimiento • Promueve Intercambio de experiencias • Mantiene la Información y comunicación en con niveles regional y global de OPS/OMS y las autoridades • Promueve alianzas, relaciones con países y cooperantes, cooperación sur-sur y triangulación • Facilita al MINSAL la articulación de la Cooperación alrededor del tema de salud • Fortalece las capacidades nacionales
2. Organización de los Servicios de salud centrados en las personas, las familias y las comunidades basados en la atención primaria y en los derechos humanos.	• Difunde conceptos, métodos, herramientas y conocimientos sobre RISS • Brinda asesoría técnica directa en la organización y gestión de servicios de salud • Apoya la transferencia de tecnología a los Sistemas de información • Fortalece las capacidades de Gestión de servicios de salud en red • Acompaña en el diseño y aplicación de sistemas de Monitoreo y evaluación • Gestión del conocimiento
3. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, la Investigación y Gestión del Conocimiento.	• Fortalece la capacidad de gestión de RHUS • Investigación y análisis de información en RHUS • Promueve la conformación de redes de instituciones académicas y de provisión de servicios para la planificación de RHUS • Fortalecer capacidades nacionales • Fomentar Redes de gestión del conocimiento • Gestión de la Biblioteca Virtual en salud • Apoyo al funcionamiento del Campus virtual en salud pública de El Salvador • Fortalecer las capacidades de Gestión de la investigación
4. Salud y Ambiente, gestión de riesgos y Seguridad humana.	• Promover alianzas intersectoriales y municipios • Fortalecer las capacidades en prevención y mitigación de desastres • Promover la adopción de normas técnicas de seguridad hospitalaria y de construcción. • Monitoreo de resultados de control de enfermedades vectoriales
5. Mantenimiento y Avance en los logros de los Resultados en Salud, con énfasis en población vulnerable y equidad.	• Monitoreo del Logro de ODM en Salud: Indicadores y metas ODM al 2015 • Fortalecer capacidades para reducción de mortalidad materna y neonatal • Promover alianzas y colaboración para la armonización de la cooperación en salud materna e infantil. • Apoyar el mejoramiento de la calidad de la información de estadísticas vitales • Acompañar el Plan de VIH promoviendo la atención integral y acceso universal a las personas con VIH/Sida y • Servir de referente para el RSI • Contribuir al mejoramiento de la calidad de los sistemas de vigilancia de la salud. • Alertar sobre los resultados del análisis de situación de salud • Acompañar en la investigación epidemiológica y la definición de intervenciones de las ECN y especialmente de la ERC • Apoyar la atención a víctimas y prevención de la violencia de género en todas sus formas • Promover un enfoque integral de determinantes sociales para la seguridad alimentaria nutricional • Facilitar la compra de vacunas y productos biológicos a través del Fondo rotatorio de vacunas • Promover la compra de medicamentos por el fondo estratégico • Movilizar a otros sectores para la promoción de la salud

ANEXO 1

ORGANIZACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA 2012-2013

PROYECTO 1. GERENCIA Y COORDINACIÓN

Coordinación: Dr. José Ruales

TEMAS	CONTENIDOS
Tema 1.1. Liderazgo y gestión de la Cooperación Oficial Responsable: Dr. José Ruales	
Coordinación con Ministerio de Salud y otras contrapartes del gobierno	Programación y monitoreo de la Cooperación Técnica Monitoreo y actualización de la estrategia de cooperación con el país Fortalecimiento de la oficina de cooperación externa del MSPAS
Coordinación SNU, Cooperación bilateral, SICA y Ministerio de relaciones Exteriores	UNCT, UNDAF, ONUSIDA, MDGF Armonización y Alineamiento con política nacional de cooperación externa
Gerencia de la Oficina local de OPS	Representación de OPS/OMS en el país Relaciones con contrapartes nacionales Relaciones con OPS y OMS Ordenador del gasto y administración de Recursos
Publicaciones y Comunicación Social	Publicaciones Noticias Página WEB Comunicación interna
Tema 1.2. Administración Oficial responsable: Delmy Pineda	
Apoyo administrativo a la gestión de proyectos	Gestión de recursos AMPES/OMIS Seguridad UN
Recursos humanos	Bienestar y seguridad del personal Plan de desarrollo y capacitación del personal Reclutamiento, selección y contratación Procesos de transferencias, retiros/salidas del personal Lugar de trabajo
Presupuesto y finanzas	Análisis financiero y presupuestarios Preparación de informes financieros y presupuestarios Tesorería
Bienes y Servicios	Compras nacionales Compras internacionales, PAI y FE
Cursos, Seminarios y viajes	Cursos y seminarios locales Viajes generales y por misiones internacionales, Conciliación bancaria Inventarios en sistema operativo Salas de reuniones
Servicios Generales	Mantenimiento y seguridad de instalaciones Radiocomunicaciones y portería Mensajería, Almacén (inventarios) Transporte
PALTEX	Planificación, recepción, distribución y almacenamiento de material Administración/auditoría puntos de venta.
Tema 1.3. Red informática Oficial Responsable: Ricardo Araúz	
Red Informática	Infraestructura física y lógica Soporte técnico, Mantenimiento
Página WEB	Mantenimiento web 2.0 Apoyo a Proyectos, Boletines electrónicos Conferencias Web, Elluminate Apoyo técnico canal salud

PROYECTO 2. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL, ACCESO UNIVERSAL A LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN APS

Coordinación: Dr. Gerardo Alfaro

TEMAS	CONTENIDOS
Tema 2.1. Fortalecimiento de la gobernanza para el desarrollo nacional de la salud Responsable: Dr. Gerardo Alfaro	
• Gestión de políticas sectoriales e intersectoriales en salud. • Fortalecimiento institucional a nivel nacional y territorial para el ejercicio de la rectoría.	• Implementación de la política nacional de medicamentos. • Actualización e implementación del marco jurídico de bancos de sangre y medicina transfusional. • Apoyo al desarrollo e instrumentalización de los Gabinetes de Gestión Departamental y de los Comités intersectoriales. • Fortalecimiento de competencias a nivel central y territorial para el ejercicio de la rectoría. • Metodología para el monitoreo y evaluación de los ejes de la Reforma
• Financiamiento en salud y eficiencia del gasto.	• Desarrollo de mecanismos de financiamiento y asignación de recursos • Definición del piso de la Protección social en salud y mecanismos de extensión.
Tema 2.2. Redes Integradas de servicios de salud basados en APS Oficial Responsable: Dr. Gerardo Alfaro	
• Desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud. • Apoyo al desarrollo del modelo de atención familiar y comunitario • Desarrollo de la gestión de servicios de salud.	• Definición e implementación del modelo de gestión en las RISS • Fortalecimiento de competencias para la gestión de las RISS • Gestión de la atención en las RISS • Iniciativas para el desarrollo de la salud familiar y comunitaria. • Desarrollo de mecanismos de coordinación de proveedores y asignación de recursos. • Mecanismos de participación social y trabajo intersectorial en el marco de las RISS. • Definición e implementación del conjunto de prestaciones. • Apoyo a procesos de desconcentración de funciones, recursos y responsabilidades para fortalecer los SIBASIS- • Desarrollo de modelo de gestión de suministros, medicamentos y tecnologías de salud. • Procesos de gestión de la calidad y seguridad del paciente. • Promoción de la donación de sangre voluntaria, garantía de calidad y uso adecuado.
• Sistema de emergencias medicas	• Desarrollo normativo e instrumentalización. • Sistematización de experiencias • Aplicación a nivel local.
Tema 2.3. Desarrollo de recursos humanos en salud Oficial responsable: Dra. Mónica Padilla	
• Planificación y distribución de RHUS acorde al Nuevo Modelo.	• Dotación de RHUS • Observatorio de RHUS • Sistema de información
• Gestión de la educación en salud	• Desarrollo de capacidades y competencias • Fortalecimiento sistema de Especialidades en salud • Convenios de cooperación entre instituciones formadoras
• Gestión del trabajo	• Análisis y vigilancia de la situación de contratación de la fuerza de trabajo. • Bases para la definición de una carrera sanitaria

PROYECTO 3. VIGILANCIA DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Coordinador: Dr. Miguel Aragón

TEMAS	CONTENIDOS
Tema 3.1. Vigilancia Sanitaria Oficial Responsable: Dr. Miguel Aragón	
Vigilancia Sanitaria	Sistema integral de vigilancia de la salud (enfermedades crónicas no transmisibles, violencia, accidentes de tránsito). Vigilancia de VIH Investigación y control de brotes. Respuesta ante enfermedades pandémicas (Influenza AH1N1) Laboratorio de salud pública Vigilancia Inmunoprevenibles Otros de vigilancia en salud pública
Reglamento Sanitario Internacional	Capacidades básicas Fortalecimiento del CNE
Infecciones nosocomiales	Vigilancia de infecciones Resistencia antimicrobiana Control y manejo de las inf. Nosocomiales en servicios de neonatología y maternos
Tema 3.2. Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. Oficial Responsable: Dr. Miguel Aragón	
Enfermedades transmisibles epidémicas	Diagnóstico, vigilancia y control de Dengue, EDA, IRA, Leptospirosis
Tuberculosis	Prevención, tratamiento apoyo y atención Coinfección TB-VIH Farmacorresistencia
Eliminación de la Malaria	Prevención, tratamiento apoyo y atención Farmacorresistencia
Abordaje Integrado de las Enfermedades Infec. Desatendidas	Prevención, control y eliminación: Chagas, Rabia (TCC HON-ELS), Lepra, geohelmintiasis, zoonosis y otras desatendidas
Tema 3.3. Atención integral de enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental y discapacidad Oficial Responsable: Dr. Miguel Aragón	
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Cáncer (cervicouterino y mamario) Diabetes, Hipertensión Enfermedad Renal
Salud Mental	Descentralización Servicios de Salud Mental Políticas Públicas de Salud Mental
Discapacidad	Política para la Atención e inclusión de personas con discapacidad
Tema 3.4: Análisis de Información en salud y políticas de salud basadas en datos. Oficial Responsable: Dr. Rodolfo Peña	
Análisis de Información en Salud, fuentes de datos y encuesta	Indicadores de datos básicos Perfil de salud del país Red métrica de salud FESAL Otras fuentes
Desarrollo de sistemas de información en salud	Apoyo al desarrollo del SIIS, SUMEVE, SILEX SIMMOW, VIGEPE, etc.
Fortalecimiento de capacidades en gestión y análisis de la información demográfica	DIGESTYC; Clasificación y codificación de enfermedades (CIE10, CIF)
Determinantes sociales de la salud	Análisis de determinantes
Observatorios de Salud	Mortalidad materna Exclusión en salud Inequidades
Políticas públicas y planificación	Información para opciones de política y estrategia de cooperación CCA, CCS

PROYECTO 4. SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA

Coordinación Dra. María Dolores Pérez-Rosales

TEMAS	CONTENIDOS
Tema 4.1. Salud en el Curso de Vida Oficial Responsable. Dra. Guadalupe Díaz de Razeghi	
Salud Materna y perinatal	Mortalidad materna Salud neonatal SIP
Salud Sexual y Reproductiva	Salud Materna Sífilis materna y congénita Mortalidad Materna Adolescentes Embarazo en adolescente Diversidad sexual PF Cáncer Cérvico Uterino y mamario
Salud infantil	AIEPI Escuelas saludables
Salud y desarrollo de adolescentes	Embarazo en adolescentes Salud o atención Integral para adolescentes
Violencia de género	VBG Violencia sexual
Alianza nutrición y desarrollo: Determinantes de la nutrición	Lactancia, vigilancia alimentaria nutricional, micronutrientes Inocuidad de alimentos Normas y reglamentos Enfermedades crónicas relacionadas con nutrición Recursos humanos
Punto focal INCAP-OPS	Plan INCAP-OPS
Tema 4.2. Atención integral y acceso universal en VIH-sida Oficial Responsable: María Dolores Pérez-Rosales	
Acceso Universal a la Atención integral VIH-SIDA y ITS	Servicios integrales (Promoción, prevención, atención y seguimiento) a las ITS/VIH PTMI de VIH y sífilis congénita VIH en adolescentes Trabajo interprogramático, interagencial, e intersectorial relacionados con VIH-sida diversidad Sexual Desarrollo de competencias con Sociedad civil Gestión de medicamentos ARV
Información Estratégica (VE, M&E, e investigación)	Sistema de Información en ITS/VIH Vigilancia, M&E en ITS/VIH,(1ra y 2da generación) Farmacorresistencia ARV Investigaciones operativas
Tema 4.3: Acceso equitativo a vacunas y fortalecimiento de los servicios de inmunización Oficial Responsable: Dr. Rafael Baltrons	
Programa Ampliado de Inmunizaciones	Fortalecimiento de los servicios de Inmunización: Investigaciones operativas Cadena de frío Promoción de vacunas Erradicación de la polio, eliminación de SR y SRC Trabajo interprogramático, interagencial, e intersectorial relacionado con inmunizaciones y vacunas

PROYECTO 5. SALUD, MEDIO AMBIENTE Y GESTION DE RIEGOS

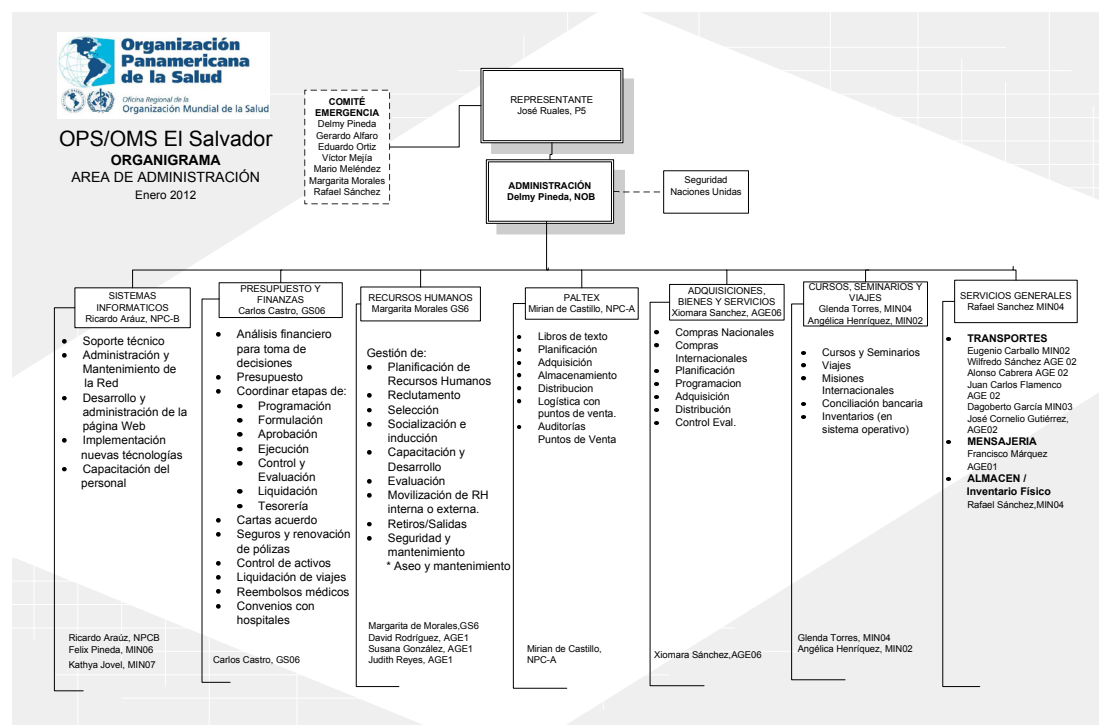
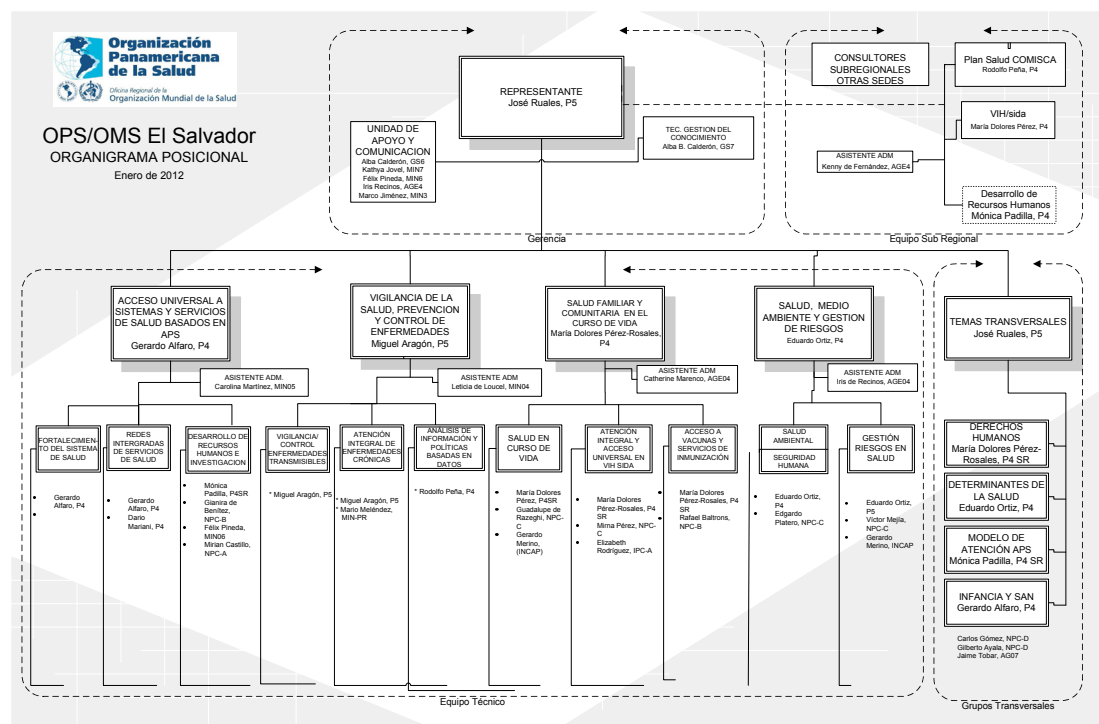
Coordinación Ing. Eduardo Ortiz

TEMAS	CONTENIDOS
Tema 5.1. Seguridad Humana Oficial Responsable: Dr. Edgardo Platero	
Violencia, lesiones y seguridad humana	Observatorio de violencia Investigación Convivencia
Seguridad vial	Participación social y prevención de la violencia y accidentalidad vial.
Salud de pueblos indígenas	Etnia, cultura y salud
Tema 5.2. Salud ambiental Oficial Responsable: Ing. Eduardo Ortiz	
Agua	Planes de Seguridad del Agua Disposición de aguas residuales
Desechos sólidos y calidad del aire	Gestión de desechos sólidos Ecoclubes Gestión de calidad del aire
Salud urbana	Ciudades/viviendas saludables
Salud ocupacional	Condiciones de salud en el ambiente de trabajo
Control de vectores	Componente ambiental en el control de vectores
Cambio climático	Calentamiento global Variabilidad del clima
Salud y turismo	Hospitalidad, inocuidad de alimentos Seguridad y viajes
Tema 5.3. Gestión de riesgos Oficial Responsable: Dr. Víctor Mejía	
Coordinación OPS en respuesta a desastres	Mesa técnica sectorial Cluster Salud Cluster WASH
Iniciativa hospitales seguros	Capacitación Mejora de establecimientos
Gestión de sustancias químicas y desechos peligrosos	Proyecto DDT, Toxafeno Emergencias Químicas
Equipos de primera respuesta	Preparación Capacitación
Brotos relacionados con alimentos	Coordinación

TEMAS TRANSVERSALES: Coordinador: Dr. José Ruales
Tema 1. Derechos Humanos, Género, etnias, estigma y discriminación. Oficial Responsable: Dra. María Dolores Pérez-Rosales
Enfoque de Género Derechos humanos Grupos desatendidos
Tema 2. Determinantes de la salud Oficial responsable: Dr. Rodolfo Peña
Desigualdades económicos, geográficas, sociales y pobreza (exclusión social en salud) Factores étnicos, culturales y educativos
Tema 3. Promoción de la salud y acción intersectorial Oficial Responsable: Dr. Eduardo Ortiz
Foro nacional de Salud, participación social en salud Municipios saludables, Rostros, Voces y Lugares, Escuelas saludables Promoción de la salud en ECNT, Estilos de vida, actividad física, tabaco, alcohol, grasas trans, sal.
Tema 4. Gestión del conocimiento e investigación. Oficial responsable: Dra. Monica Padilla
Integración, uso y diseminación de fuentes de conocimiento. Generación de evidencia para fundamentar las intervenciones sanitarias

ANEXO 2

ORGANIGRAMA DE LA OFICINA DE OPS/OMS EN EL SALVADOR



ANEXO 3

LISTA DE INVITADOS A LOS TALLERES DE PREPARACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON EL PAÍS 11 al 13 de octubre de 2011

SESIÓN 1: Política Nacional de Salud (Ejes de Política, Rectoría, Conducción y Organización del Sistema)

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora del Despacho Ministerial para Cooperación Internacional
3	Dr. Eduardo Espinoza	Viceministro de Políticas Sectoriales
4	Dra. Violeta Menjívar	Viceministra de Salud
5	Lic. Verónica Villalta	Directora FOSALUD
6	Dra. Argelia Dubón	Directora Primer Nivel de Atención
7	Dr. Robles Ticas	Director Nacional de Hospitales
8	Lic. José Mauricio Pineda	Gerente de Operaciones
9	Dr. Leonel Flores Sosa	Director ISSS
10	Dr. José Vicente Coto	Director ISRI
11	Cnel. Rhina Sandoval de Cruz	Directora Batallón Sanidad Militar
12	Prof. Rafael Antonio Coto	Director ISBM
13	Cnel. y Lic. René Antonio Díaz Argueta	Gerente General IPSFA
14	Cnel. Aminta del Carmen Calixto de Romero	Comandante del Batallón de Sanidad Militar

SESIÓN 2: Desarrollo Institucional para sostenibilidad de la Reforma del Sector Salud (Rectoría, fortalecimiento institucional, financiamiento)

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora del Despacho Ministerial para Cooperación Internacional
3	Sra. Zoila Beatriz Quijada	Presidenta Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa
4	Dr. Guillermo Mata Benett	Miembro de la Comisión de Salud Asamblea Legislativa y de CISALUD
5	Lic. Alexander Segovia	Secretario Técnico de la Presidencia
6	Lic. Edgar Soto	ISSS. Area Planificación
7	Lic. Pedro Rosalío Escobar Argueta	Presidente Consejo Superior Salud Pública
8	Dr. Fernando Sacoto	UCP-BID MINSAL
9	Lic. Irma Orellana	Asamblea Legislativa. Comisión de Salud
10	Lic. Marta Cea	Secretaria Consejo Superior de Salud Pública

SESIÓN 3: Sistema de Naciones Unidas, UNDAF y Articulación de la Cooperación

N°	Nombre	Cargo
1	Sr. Roberto Valent	Coordinador Residente y Representante Residente de PNUD
2	Sr. Salvador Aguilera	Especialista en Coordinación Interagencial Sistema de Naciones Unidas

3	Sr. Richard Barathé	Representante Residente Adjunto PNUD
4	Sra. María Elena Zúñiga	Representante de UNFPA
5	Sr. Gordon Jonathan Lewis	Representante de UNICEF
6	Sr. Dagoberto Molina	UNICEF
7	Sr. Pedro Pablo Peña	Representante de FAO
8	Sra. Dorte Ellehammer	Representante de PMA
9	Sr. Roberto Carrillo	Oficial del Programa UNOPS
10	Sr. Jesús de la Peña	Coordinador IPEC- OIT
11	Sr. Norberto Girón	Jefe de Misión de OIM
12	Sr. Jorge Sagastume	OIM
13	Sra. Clara Gordito	OIM
14	Sr. Pedro Di Maggio	Asesor de Seguridad de Naciones Unidas
15	Sra. Roxana Delgado	Coordinadora ONUMujeres
16	Dr. Herbert Betancourt	Coordinador de ONUSIDA
17	Sr. Fabrizio Zarcone	Representante Banco Mundial

SESIÓN 6: Fortalecimiento de las Redes Integradas de Salud y Atención, Acceso a servicios de salud

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora Cooperación Internacional
3	Dra. Violeta Menjívar	Viceministra de Salud
4	Dr. Julio Robles Ticas	Director Nacional de Hospitales
5	Dra. María Argelia Dubón	Directora del Primer Nivel de Atención
6	Dra. Marina Estela Avalos	Directora Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria
7	Lic. Verónica Villalta	Directora Ejecutiva FOSALUD
8	Dr. Manuel Beza	Director de Planificación
9	Ing. Carlos Martín Pérez	Dirección Tecnología de Información y Comunicación
10	Dra. Xiomara Arriaga de Orellana	Colaboradora Técnica Médica de la Dirección Apoyo Gestión Nivel Central
11	Dra. Nadia Rodríguez	Colaboradora Técnica Médica de la Dirección de la Dirección del Primer Nivel de Atención

SESIÓN 7: Gestión del Conocimiento y Desarrollo de RHUS

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora Cooperación Internacional
3	Dr. Miguel Machuca	Instituto Nacional de Salud/E. Gobierno
4	Lic. María Ángela Elías M.	Directora Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL
5	Ing. José Francisco Marroquín	Director Nacional de Educación Superior
6	Dra. Fátima de Zúñiga	Decana Facultad Medicina, Universidad de El Salvador
7	Lic. Celestina de Massis	Directora Maestría Salud Pública. Universidad de El Salvador
8	Dra. Cristina de Amaya	Decana Facultad Medicina Universidad Evangélica de El Salvador
9	Dra. Concepción de Herrera Rebollo	Directora Post-grado en Salud, Universidad Evangélica de El Salvador
10	Dr. Nicolás Astacio Soria	Decano Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Dr. José Matías Delgado
11	Dra. Celia Díaz de Uriarte	Decana Facultad Medicina, Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer

12	Dr. Cañas	Maestría en Salud Pública, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
13	Lic. Irma Yolanda de Landos	Decana Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Andrés Bello
14	Enf. Zoila Marina Torres de Guadrón	Directora General IEPROES
15	Ing. Carlos Roberto Ochoa	Director Ejecutivo, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)
16	Lic. Guadalupe Guzmán	Jefa Laboratorio Central Max Block, Ministerio de Salud
17	Dr. Ricardo Miranda	Director Centro de Investigaciones Científicas y Desarrollo en Salud (CENSALUD), Univerisdad de El Salvador
18	Dr. Alvaro Pleités	Vice-rector de Investigación y Proyección Social Universidad Evangélica de El Salvador

SESIÓN 8: Acción Intersectorial y Participación Social en Salud

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora del Despacho Ministerial para Cooperación Internacional
3	Dr. Eduardo Espinoza	Viceministro Políticas Sectoriales
4	Dr. Julio Armero	Dir. Vigilancia Sanitaria
5	Prof. Salvador Sánchez Cerén	Ministro Educación
6	Lic. José Napoleón Duarte	Ministro de Turismo
7	Licda. Lina Pohl	Vice de Medio Ambiente y RN
8	Ing. Hector David Martínez	Dir. Gral. Ganadería MAG
9	Lic. Irma Yolanda Núñez	Dir. Nac. Ciudad Mujer
10	Lic. José Rodríguez	Dir. Ejecutivo CHREDO
11	Sr. Bernardino Romero	Alcalde de Guatajiagua
12	Licda. Magdalena Cortez	Directora FUMA
13	Lic. Margarita Posada	Coord. Foro Nac. Salud
14	Ing. Marco Antonio Fortín	Presidente ANDA
15	Lic. Oscar Ortiz	Alcalde Sta. Tecla y Miembro de COMURES
16	Dr. Mario Gamero	Pres. Asoc./infectología
17	Dr. Rodolfo Alfredo Canizález	Presidente Colegio Médico
18	Dr. Mario Ernesto González	Alcalde de San Martín y Representante COAMS
19	Lic. Armando Flores	Presidente Defensoría Consumidor
20	Dr. Benjamin Ruiz Rodas	Presidente Cruz Roja Salvadoreña
21	Dra. Anita Calderón de Buitrago	Viceministra de Trabajo y Prev. Social
22	Cnel./Dra. Rhina Oddett Sandoval	Dir. Batallon Sanidad Militar.
23	Lic. Marcelo Cruz Cruz	Asesor Despacho de Ministro de Gobernación
24	Sr. William Hernández	Director Asociación entre Amigos
25	Sra. Betty Pérez	Coordinadora Nacional CCNIS
26	Ing. Manlia Romero	Coordinadora AIDIS
27	Ing. Mauricio Velázquez Paz	Colaborador AIDIS

SESIÓN 9: Gestión de riesgos y vulnerabilidad

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora Cooperación Internacional
3	Dr. Julio Armero	Director de Vigilancia Sanitaria Ministerio de Salud

4	Dra. Argelia Dubón	Directora Primer Nivel de Atención
5	Licda. María Ángela Elías Marroquín	Comisión Técnica de Albergues de Protección Civil Ministerio de Salud
6	Lic. Jorge Antonio Meléndez	Secretario de Vulnerabilidad y Director de Protección Civil Ministerio de Gobernación
7	Lic. Gloria Calles	Coordinadora de Unidad de Emergencias y Desastres Ministerio de Salud
8	Sra. Dorte Ellehammer	Coordinadora Equipo Técnico de Emergencias de Naciones Unidas en casos de Desastres
9	Dr. Julio Robles Ticas	Director Nacional de Hospitales Mesa sectorial de Salud
10	Dr. Fernando Sacoto	Proyecto BID Ministerio de Salud
11	Dr. Paúl Torres Ministerio de Salud	Comisión Técnica Sectorial de Salud de Protección Civil
12	Dr. Carlos Escalante Ministerio de Salud	
13	Lic. Oscar Sánchez Ministerio de Salud	
14	Lic. Douglas García Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados	
15	Dra. Genoveva Morales Instituto Salvadoreño del Seguro Social	
16	Dr. René Hernández Cruz Roja Salvadoreña	
17	Dra. Anabel Amaya Plan Internacional	
18	Capitán Víctor Baires Comando de Sanidad Militar	
19	Sr. Carlos Monchez Visión Mundial	
20	Sr. Regis Víctor Aragón Ministerio de Educación	
21	Sra. Marina Méndez Cooperación de Municipalidades de la República de El Salvador (COMURES)	
22	Dr. Miguel Ramírez Ministerio de Agricultura y Ganadería	
23	Dra. Carolina Galdámez Policía Nacional Civil	
24	Ing. Arnoldo Cruz Ministerio de Salud	
25	Dr. Eduardo Espinoza	Viceministro de Políticas Sectoriales
26	Dr. Juan Antonio Tobar	Jefe Unidad de Emergencias, Hospital Nacional Rosales

SESIÓN 10: Articulación de la Cooperación Externa en Salud

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora del Despacho Ministerial para Cooperación Internacional Ministerio de Salud
3	Don Ignacio Nicolau	Representante Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo AECID

4	Dra. Beatriz Yarza	Responsable de Programas de Acción Humanitaria Salud y Agua - Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo - AECID
5	Lic. Caroll Vasquez	Oficina Desarrollo Humano Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
6	Dr. Christof Küchermann	Director Residente Cooperación Técnica Alemana
7	Dr. Wilfrido Clará	Representante para El Salvador Centers for Disease Control and Prevention - CDC
8	Dr. Ryuichi Nasu	Representante Residente Agencia Cooperación Internacional de Japón JICA
9	Lic. Leonel Velásquez	Coordinador Regional Enfants du Monde
10	Pedro Pablo Prada	Embajador de Cuba
11	Dr. Juan Carlos Pérez	Coordinador de la Brigada Médica Cubana
12	Sr. Kim Eun	Sub Representante Residente Agencia de Cooperación Internacional de Korea
13	Lic. Margarita Fernández	Directora CARE El Salvador
14	Lic. Ketty Tedeschi	Oficina de Cooperación Italiana
15	Dr. Rolando Hernández	Secretario Ejecutivo COMISCA
16	Sra. Elayne Whyte Gómez	Directora Ejecutiva Proyecto Mesoamérica
17	Lic. Rodrigo Bustos	Director Ejecutivo Plan Internacional Alianza Salud Neonatal
18	Lic. Josefa Blanco	Directora Ejecutiva CALMA Alianza Salud Neonatal
19	Lic. Sonia Silva	Directora Ejecutiva Save the Children Alianza Salud Neonatal
20	Dr. Carlos Ramos	Alianza Salud Neonatal Director Ejecutivo INTERVIDA
21	Dr. Ricardo Calderón	Director Ejecutivo Visión Mundial El Salvador Alianza Salud Neonatal
22	Dra. Ralf Syring	Proyecto VIH Cooperación Internacional Alemana
23	Sr. Alejandro Panameño	Presidente Cámara Junior Internacional

SESIÓN 11: Seguridad humana, violencia y convivencia

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora del Despacho Ministerial para Cooperación Internacional
3	Licdo. Miguel Ángel Pereira	Director CONJUVE
4	Licdo. Ismael Ortiz	Observatorio Nacional de Violencia(CONJUVE)
5	Licdo. Luis Escamilla	Director de Transito Viceministerio Transporte
6	Comandante Hugo Ramírez	Subdirector de Seguridad Pública
7	Comandante César Flores Murillo	Subdirector de Transito

8	Licdo. Manuel Melgar	Ministro de Justicia y Seguridad Pública
9	Licda. Lisette Miranda	Coordinadora Programa Conjunto para la Prevención de la Violencia
10	Sr. Roberto Cruz	Director Ejecutivo Comandos de Salvamento
11	Sr. Luis Edgardo Colorado	Presidente Cruz Verde
12	Licda. Sandra Aguilar Marin	Jueza 4ª de Tránsito
13	Dr. José Miguel Fortín Magaña	Director Instituto Medicina Legal
14	Licdo. Benjamín Cestoni	Coordinador Comisión de Seguridad y Convivencia
15	Sra. María Isabel Alemán	Alcaldesa Acajutla
16	Licdo. Oscar Luna	Procurador General Procuraduría de Derechos Humanos
17	Licdo. Carlos López	Fundemos Paz
18	Dr. Carlos Escalante	Jefe Programa Nacional de Salud Mental

SESIÓN 12: Cumplimiento de Resultados Sanitarios y Vigilancia de la Salud

N°	Nombre	Cargo
1	Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud
2	Dra. Laura Nervi	Asesora del Despacho Ministerial para Cooperación Internacional Ministerio de Salud
3	Dr. Julio Armero	Director de Vigilancia Sanitaria
4	Dr. Roberto Edmundo Sánchez Ochoa	Director Hospital Nacional de Maternidad
5	Dra. Genoveva Morales	Jefa Departamento de Epidemiología ISSS
6	Dr. Hugo Salgado	Director Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
7	Dra. Marina Estela Ávalos	Directora Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria MINSAL
8	Dr. Eduardo Suárez Castaneda	Director Enfermedades Infecciosas MINSAL
9	Dra. Ana Isabel Nieto	Directora Programa Nacional ITS/VIH/SIDA MINSAL
10	Dr. Julio Garay Ramos	Director Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias MINSAL
11	Dra. Sofía Villalta	Coordinadora Unidad de Salud Sexual y Reproductiva MINSAL
12	Dr. Carlos Meléndez	Coordinador Unidad de Atención al Recién Nacido
13	Dr. Mario Soriano	Programa Atención Integral a los Adolescentes MINSAL
14	Licda. Ana Beatriz Sánchez	Jefa Nacional de Nutrición
15	Dr. Mario Meléndez	Coordinador Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
16	Dr. Carlos Orantes	Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
17	Dr. Carlos Escalante	Jefe Programa Salud Mental
18	Dr. Mario Antonio Martínez Rodríguez	Director General (DIGESTYC)
19	Dra. Sofía Villalta	Coordinadora de Atención Integral de la Salud a la Mujer
20	Dr. Julio Alemán	Encargado del Programa de Malaria

Equipo evaluador OPS/OMS

N°	Nombre	Cargo
1	Joaquín Molina	Representante OPS Panamá
2	Guillermo Mendoza	CFS WDC
3	Catherine Cocco	Jefa de Personal Oficina Directora OPS WDC
4	Reynaldo Holder	Asesor Regional HSS

5	Gerardo De Cossio	Representante OPS Belice
6	Shelly Abdool	Asesora Regional Salud y Género Panamá
7	Haydeé Padilla	Consultora FCH

Equipo técnico Oficina OPS/OMS El Salvador

N°	Nombre	Cargo
1	Gerardo Alfaro	Asesor Sistemas y Servicios de Salud
2	Miguel Angel Aragón	Asesor en Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades
3	Eduardo Ortiz	Asesor Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente
4	Rodolfo Peña	Asesor Análisis Situación de Salud
5	Mónica Padilla	Asesora Desarrollo de Recursos Humanos CA-DOR
6	María Dolores Perez-Rosales	Asesora Subregional VIH/ITS
7	Gianira Chávez de Benítez	Consultora Local Desarrollo Recursos Humanos
8	Guadalupe de Razeghi	Consultora Local para el Programa Salud Familiar a lo largo del Ciclo de Vida
9	Rafael Antonio Baltrons	Coordinador Nacional Vacunas e Inmunizaciones FCH
10	Ligia Molina	Coordinadora Programa F
11	Edgardo Platero	Consultor Nacional Violencia
12	Mario Meléndez	Consultor local Prevención y control de enfermedades crónicas
13	Gerardo Merino	Coordinador INCAP
14	Mirna Pérez	Consultora Local VIH, Sangre Segura y Enfermedades Nosocomiales
15	Víctor Mejía	Consultor Local Programa Gestión de Riesgos
16	Elizabeth Rodríguez	Consultor Local en VIH/ITS
17	Gilberto Ayala	Consultora Local Programa Conjunto Infancia y Nutrición
18	Carlos Gómez	Consultor Local Coordinador Programa Conjunto Infancia y Nutrición
19	Ricardo Arauz	Consultor local Administración de sistemas

GLOSARIO

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y desarrollo
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretroviral
CAP	Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos
EHPM	Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples
ES	Educación de la Sexualidad
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FM	Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
FMLN	Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional
GOES	Gobierno de El Salvador
IEC	Información, Educación, Comunicación
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LEPINA	Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia
MCP	Mecanismo de Coordinación de País (para proyectos con el Fondo Mundial)
MINSAL	Ministerio de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM	Objetivos del Milenio
OG	Organización Gubernamental.
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización no Gubernamental.
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y el sida.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil.
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PGR	Procuraduría General de la República
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional de Sida
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
RHUS	Recursos humanos en salud
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIMMOW	Sistema de Información de morbilidad y mortalidad vía Web
SISNAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo y Evaluación
TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años x 1000 niños nacidos vivos
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
UNIFEM	Fondo de las Naciones Unidas para la mujer
URMIM	Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

