

REFORMA DE SALUD: Más allá de los servicios de salud

Congreso de la Reforma de Salud de El Salvador

EJE 1 	EJE 6 
EJE 2 	EJE 7 
EJE 3 	EJE 8 
EJE 4 	EJE 9 
EJE 5 	EJE 10 



Reforma de Salud: Más allá de los servicios de salud

Congreso de la Reforma de Salud de El Salvador

Reforma de Salud: Más allá de los servicios de salud
Congreso de la Reforma de Salud de El Salvador

Ministerio de Salud
Editorial del Ministerio de Salud
Primera edición, San Salvador, 2019

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar, Ministra de Salud
Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos, Viceministro de Salud
Dr. Julio Óscar Robles Ticas, Viceministro de Servicios de Salud

Equipo técnico

Eduardo Espinoza
Jorge Irazola
María Ángela Elías
Rolando Masis
Giovanni Francisco Guevara
Carlos Juan Martín Pérez
Arnoldo Cruz
Nadia Rodríguez
Luis Adiel Delgado
Luis Francisco López
Óscar Sánchez
Alex Guillermo Martínez
Boris Eduardo Flores

Diseño, diagramación e impresión

Imagen Gráfica El Salvador, S.A. de C.V.

Esta obra está protegida por la Ley de propiedad intelectual de la República de El Salvador, está permitida su reproducción parcial o total de la obra siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como las imágenes.

Ministerio de Salud
Calle Manuel José Arce, # 827
San Salvador, El Salvador, América Central,
Teléfono: (+503) 22 05 70 00
Sitio electrónico: <http://www.salud.gob.sv>

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia de Cooperación Española para el Desarrollo (AECID), con cargo al Convenio, 14-C01-063 "Apoyo a la Reforma del Sector Salud: Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud y las Redes Integrales e Integradas de Salud y Participación Comunitaria en Salud, en El Salvador". El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud y no refleja necesariamente la opinión de AECID.

Colaboradores internacionales

Hilda Leal, Guatemala
 Juan Luis Uría, País Vasco
 Lidia Cristina Morales, Guatemala
 María Hamlin, Nicaragua
 Nila Heredia, Bolivia
 Oscar Feo, Venezuela
 Pol de Vos, Bélgica
 Víctor Penchaszadeh, Argentina

Colaboradores nacionales

Ana María Barrientos
 Argelia Dubón
 Beatriz Yarza
 Carlos Godínez
 Carlos Hernández
 Emperatriz Crespin
 Ernesto Pleités
 Evelyn Nieto
 Gianira Benítez
 Graciela Baires
 Ingrid Palacios
 Ismael Hernández
 Lorenzo Monterrosa
 Luis Enrique Fuentes
 Luzmila Argueta
 Margarita García
 Margarita Posada
 Mario Díaz
 Maritza Linares
 Mirella Melgar
 Moisés García
 Morena Murillo
 René Láinez
 Roberto Bracamonte
 Rodolfo Peñate
 Rosa Aguilar Peñate
 Verónica Villalta
 Walter Flores

Sistematizadora del Congreso de la Reforma de Salud

Claudia Elizabeth Romero

Instituciones colaboradoras

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID
 Asociación de Ayuda Humanitaria PROVIDA
 Asociación de Profesionales Graduados en Cuba, AELAM
 Asociación de Promotores y Promotoras Comunes de El Salvador, APROCSAL
 Asociación Intersectorial para el Desarrollo Económico y el Progreso Social, CIDEF
 Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES
 Asociación Nacional de Enfermedades de El Salvador, ANES
 Centro de Apoyo de Lactancia Materna, CALMA
 Centro Nacional de Tecnología Agropecuaria y Forestal "Enrique Álvarez Córdova", CENTA
 Comando de Sanidad Militar, COSAM
 Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad, CONAIPD
 Consejo Superior de Salud Pública, CSSP
 Defensoría del Consumidor
 Dirección de Prevención Social de la Violencia y Cultura de Paz, PREPAZ
 Dirección Nacional de Medicamentos, DNM
 Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local, FISDL
 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF
 Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA
 Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado, FOPROLYD
 Fondo Solidario para la Salud, FOSALUD
 Foro Nacional de Salud, FNS
 Fundación Maquilishuatl, FUMA
 Instituto de Bienestar Magisterial, ISBM
 Instituto de Rehabilitación, ISRI
 Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de Salud de El Salvador, IEPROES
 Instituto Salvadoreño del Seguro Social, SSS
 Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU
 Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, ISNA
 Ministerio de Educación, MINED
 Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, MARN
 Movimiento Para la Salud de los Pueblos, MSP
 Movimiento por la Salud Dr. Salvador Allende
 Plan Internacional
 Procuraduría para los Derechos Humanos
 Universidad Evangélica

Agradecemos muy especialmente a las cerca de 1,100 personas que nos entregaron sus valiosos aportes, tiempo y esfuerzo en los intensos debates en los talleres territoriales y en el Congreso de la Reforma de Salud.

Índice

Siglas y acrónimos	7
Prologo.....	9
1. Antecedentes de la Reforma de Salud	14
1.1 Las inequidades sociales y las inequidades en salud	14
1.2 Declaración de Alma Ata y la Atención Primaria en Salud.....	15
1.3 El Sistema Nacional de Salud salvadoreño antes del conflicto armado (desde el modelo capitalista agroexportador hasta el modelo neoliberal).....	18
1.4 Conflicto armado y autogestión comunitaria durante el conflicto armado en El Salvador.....	22
1.5 Luchas contra la privatización de la salud y desarrollo del movimiento social en salud.....	23
1.6 El proceso de Reforma de Salud.....	29
2. Antecedentes y metodología de las consultas territoriales y del Congreso de la Reforma de Salud en El Salvador.....	30
2.1 Antecedentes del Congreso de la Reforma de Salud.....	31
2.2 Metodología de las consultas territoriales	32
2.3 Metodología del Congreso de la Reforma de Salud	34
3. Conferencia inaugural.....	37
3.1 Avances y desafíos para profundizar la Reforma de Salud en El Salvador	39
4. Conferencias conceptuales.....	47
4.1 La Reforma de Salud en El Salvador – una mirada desde los sistemas de salud en Suramérica.	47
4.2 Alcances del Derecho a la Salud en América Latina y los efectos de la Reforma de Salud en El Salvador sobre su vigencia.....	57
4.3 El derecho a la salud	67
4.4 La horizontalización programática como clave operativa en la experiencia de los modelos integrales e incluyentes en la región (Perú, Guatemala, Bolivia y El Salvador).....	72
5. Ejes estratégicos de la Reforma de Salud	82
Eje 1 Redes Integrales e Integradas de Salud	83
Eje 2 Sistema de Emergencias Médicas (SEM).....	104
Eje 3 Medicamentos y otras tecnologías sanitarias	125
Eje 4 Intersectorialidad e Intrasectorialidad.....	151
Eje 5 Foro Nacional de Salud.....	164
Eje 6 Instituto Nacional de Salud.....	181
Eje 7 Información y Vigilancia Estratégica en Salud.....	191
Eje 8 Desarrollo del Talento Humano en Salud.....	211
Eje 9 Violencia y salud	236
Eje 10 Salud Ambiental.....	251
6. Lecciones aprendidas	271
7. Recomendaciones.....	271

Siglas y acrónimos

ACCP	Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud
ANEP	Asociación Nacional de la Empresa Privada
ANSAL	Análisis del Sector Salud de El Salvador
APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
CONASA	Comisión Nacional de Salud
COSAM	Comando de Sanidad Militar
DNM	Dirección Nacional de Medicamentos
DSS	Determinación Social de la Salud
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
Ecosf	Equipos Comunitarios de Salud Familiar
ENADE	Encuentro Nacional de la Empresa Privada
FF	Ficha Familiar
FMI	Fondo Monetario Internacional
FMLN	Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional
FNS	Foro Nacional de Salud
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
HEM	Hogares de Espera Materna
INS	Instituto Nacional de Salud
ISBM	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MINSAL	Ministerio de Salud
MINED	Ministerio de Educación
MSH	Management Sciences for Health
MSPAS	Ministerio de Salud y Asistencia Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual



OMS	Organización Mundial de la Salud
OPPS	Observatorio de Políticas de Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
PNC	Policía Nacional Civil
RIIS	Redes Integrales e Integradas de Salud
SIBASI	Sistemas Básicos de Salud Integral
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SIMETRISS	Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
SISAS	Sistemas Sanitarios
STISSS	Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UES	Universidad de El Salvador

Prólogo

El proceso de Reforma de Salud que inicio en la segunda mitad de 2009 con el primer Gobierno del FMLN, marcó una forma radicalmente diferente a lo que se venía haciendo en salud durante los 50 años de tiranía militar, el periodo del conflicto armado y los 20 años de gobiernos neoliberales que le sucedieron.

La medida más emblemática y el mensaje más claro a la población de lo que sería la Reforma, fue la supresión de las “cuotas voluntarias” y todo tipo de cobros a los usuarios del sistema público. Esta medida generó un súbito estancamiento del gasto de bolsillo de los hogares en salud, que cada año anterior a 2009 se había venido incrementando.

Este acto marcó el carácter antiprivatizador que sería uno de los rasgos fundamentales de la Reforma de Salud, para responder a una de las demandas y necesidades más sentidas de la población. El siguiente paso consistiría en una total y profunda reorganización de la red básica de servicios del Ministerio de Salud (MINSAL) y de los instrumentos diseñados para ejercer la rectoría en salud, con miras a construir un sistema de salud público, único, fuerte, incluyente, financiado por impuestos generales y capaz de cumplir con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña.

La Reforma de Salud se inspiró en la **Determinación Social de la Salud** la cual señala al modelo de desarrollo hegemónico como el elemento generador de modos de vida inhumanos, como consecuencia de un crecimiento económico inequitativo, contaminante e infinito, en un mundo finito con riquezas naturales igualmente finitas. Esta concepción hegemónica de desarrollo, nociva y aberrante, ha extrapolado a dimensiones globales una relación entre la humanidad y la naturaleza caracterizada por una depredación global, organizada por grupos cada vez más pequeños que concentran cada vez más riquezas y que en sus ansias incontenibles de ganancias, generan problemas de dilapidación, agotamiento de las riquezas naturales, contaminación del aire y de las aguas, cambio climático, sequías, inundaciones, erosión y otras manifestaciones que configuran la realidad con que se enfrentan grandes masas poblacionales, que cada vez son más golpeadas por la pobreza, la violencia, el desempleo, la explotación, la exclusión, la vivienda precaria y desigualdades económicas y sociales de todo tipo.

Otra fuente de inspiración para el proceso de Reforma de Salud salvadoreño la constituyó la estrategia de **Atención Primaria en Salud (APS)**, tal y como se concibió en 1978 en Alma Ata, particularmente en sus pilares básicos de participación social, organización comunitaria, trabajo intersectorial y búsqueda constante de la equidad, todos los cuales marcarían a la Reforma de Salud con un carácter popular reflejado en la apertura de espacios para que la población, como titular del derecho humano a la salud, participara en la formulación de las políticas públicas, instrumentos normativos, el ejercicio de la contraloría social y la rendición de cuentas. Este carácter estratégico y

fundamental tuvo su manifestación más significativa en la identificación y desarrollo de una poderosa y pujante organización comunitaria: el Foro Nacional de Salud.

Una tercera fuente de inspiración para el proceso de reforma estuvo constituida por las experiencias desarrolladas durante el conflicto armado por las comunidades ubicadas en las zonas más conflictivas, de donde el Estado salvadoreño se retiró y dejó de prestar servicios básicos, obligando a la población a autogestionar dichos servicios. La Reforma de Salud rescató el sistema comunitario de salud organizado por las comunidades que repoblaron la localidad de Guarjila en Chalatenango y el Hogar de Espera Materna organizado por las comunidades de Perquin en el departamento de Morazán. Ambas experiencias aportaron a la reforma las ventajas de una amplia organización comunitaria y de una participación social significativa, dieron paso a dos de las innovaciones más emblemáticas de la Reforma de Salud: los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecosf) y la red de Hogares de Espera Materna (HEM).

Uno de los actores estratégicos en el proceso de implementación de la Reforma de Salud fue el personal de salud que se desempeña en la red de servicios, especialmente en el primer nivel de atención. Este personal mantiene una estrecha relación con las comunidades y no solo son la puerta de entrada al sistema de salud, sino que también, en la mayoría de los casos, son el único referente que la población tiene del sistema. La comunidad no solo los identifica como los actores que le deben devolver la salud perdida cuando se enferman, sino que en la implantación de la Reforma serían los portadores de los nuevos conceptos y las nuevas intervenciones. Por todas estas características, el éxito o el fracaso, y la rapidez con que avanzaría el proceso de reforma, dependía en buena medida de que el personal de salud se empoderara de los nuevos contenidos y catalizara su puesta en práctica, tanto en la comunidad como en la red de servicios. Es por eso que este actor fue tempranamente identificado como la **"Piedra Angular"** de la transformación que necesitaba el Sistema de Salud.

A partir de 2009, los elementos conceptuales anteriormente descritos, se contextualizaron en la realidad salvadoreña y se plasmaron en el documento de política **"Construyendo la Esperanza"** que orientaría la reorganización y la modernización del Sistema Nacional de Salud. En ese marco 8 ejes estratégicos para hacer avanzar la Reforma de Salud fueron identificados inicialmente, dando paso a un amplio trabajo para formular y poner en práctica las estrategias y las actividades en cada uno de estos ejes, que en el quinquenio que iniciaba debían generar los cambios y los resultados esperados. Estos ejes fueron:

- Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS)
- Sistema de Emergencias Médicas (SEM)
- Medicamentos y otras tecnologías sanitarias
- Intersectorialidad e Intrasectorialidad

- Foro Nacional de Salud (FNS)
- Instituto Nacional de Salud (INS)
- Información y Vigilancia Estratégica en Salud
- Desarrollo del Talento Humano en Salud

A mediados de 2014 se realizó una amplia consulta para formular la Política Nacional de Salud 2015 – 2019, en la cual se identificaron 2 ejes estratégicos adicionales:

- Violencia y Salud
- Salud Ambiental

Es oportuno señalar que antes del actual estudio, hubo tres momentos en los que se hizo una evaluación estratégica del proceso de reforma que desde 2009 estaba en marcha: en 2012 el Observatorio de Políticas de Salud (OPPS) de la Universidad de El Salvador (UES) reunió a académicos internacionales y nacionales de larga trayectoria en salud pública que junto a representantes del Foro Nacional de Salud y otros actores relevantes discutieron los avances y desafíos del proceso de reforma; en 2013 la OPS/OMS El Salvador desarrollo la jornada “El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud: Logros y desafíos”; y en la transición de la gestión 2014, se realizó un proceso de sistematización de la Reforma de Salud, con la finalidad de identificar con invitados internacionales y nacionales las brechas de la reforma.

A diferencia de los tres eventos anteriores, las opiniones, datos y planteamientos que se recogen en este libro, son el más reciente resultado de un amplio proceso de evaluación realizado a finales de 2017 y que tuvo dos fases: una primera fase de consulta popular amplia en talleres desarrollados en todo el territorio nacional y una segunda fase que fue el Congreso de la Reforma de Salud. El sentido y la importancia de esta jornada evaluativa se recoge a plenitud en las palabras del médico venezolano Oscar Feo en una de las charlas introductorias durante el desarrollo de este congreso que tuvo una amplia participación nacional e internacional:

“Es importante que un Ministerio de Salud convoque a una jornada internacional para evaluar su política de salud. Pocos ministerios hacen eso, encontramos pocas oportunidades para ejercer lo que es una de las funciones fundamentales de la gestión pública: la evaluación. Que este Ministerio de Salud haya convocado una jornada para presentar los avances pero también para identificar los desafíos del proceso de reforma, como política de salud del Estado Salvadoreño, es un hecho trascendental y en ese sentido quiero expresar mi felicitación y mi beneplácito por encontrarme compartiendo esta jornada con ustedes.”

“Cuando se habla de reforma de salud en América Latina, no se habla de lo mismo que está ocurriendo en El Salvador. Las reformas en otras latitudes están orientadas al mercado, al capital, son las que vienen sucediendo en Colombia, Chile, México, Perú, República Dominicana y en muchísimos países en donde lo que impera es el pensamiento del mercado y el pensamiento del capital. En El Salvador claramente no está sucediendo lo mismo, ésta es una reforma orientada a la gente, que tiene como objetivo principal garantizar el derecho a la salud de la población salvadoreña.”

Tanto los talleres de consulta territorial como el Congreso de la Reforma de Salud recogieron los aspectos positivos y negativos que en cada uno de los ejes de la reforma habían tenido mayor relevancia en el contexto local, nacional e internacional, los cuales se detallan en cada uno de los diez ejes estratégicos contenidos en el capítulo cinco de este libro.

La lectura pormenorizada del capítulo cinco, permitirá al lector confirmar que desde la reforma del sistema de salud cubano, ningún otro proceso de reforma desarrollado en el continente, ha logrado resultados tan relevantes y de tanta trascendencia como los generados por la Reforma de Salud en El Salvador. Ello incluye indicadores de muy difícil reducción ya que implican un funcionamiento coherente y efectivo del sistema de salud en su conjunto como la reducción de la mortalidad materna y las coberturas útiles y sostenidas de vacunación; igualmente resultados como el control efectivo y sostenible de las arbovirosis y la ausencia de casos autóctonos de Malaria desde 2016 no serían posibles sin el desarrollo de una amplia organización comunitaria y una amplia participación de la misma; los logros espectaculares en términos de lactancia materna y la disminución de la transmisión vertical de VIH (solo detrás de Cuba en ambos casos, en el continente) no se hubieran alcanzado sin el trabajo integrado del personal de salud del primer nivel de atención, la organización comunitaria (especialmente el Foro Nacional de Salud) y la formulación e implementación de políticas de promoción de la salud; la extirpación de los conflictos de interés en la instancia reguladora, los mecanismos de control de precios y los mecanismos de control de calidad en los medicamentos tampoco hubieran sido posibles (sobre todo con una Asamblea Legislativa controlada por la derecha), sin la lucha conjunta del personal de salud, el Foro Nacional de Salud y la población en general. Por último no podemos dejar de citar el desarrollo del Sistema Único de Información en Salud, considerado como uno de los tres mejores del continente por la OPS y el Sistema de Vigilancia de la Salud, ambos, columna vertebral del proceso de reforma, cuyos últimos productos son: el Atlas de Inequidades en Salud por lanzarse próximamente, la Ficha Familiar en términos de recolección y manejo de información y el Expediente Electrónico Único en Salud cuya instalación en los establecimientos de la red de servicios del MINSAL está en marcha desde 2013.

El Congreso de la Reforma de Salud también identificó desafíos estratégicos entre los que sobresalen las amenazas de los privatizadores de siempre, que se focalizan sobre

elementos emblemáticos del proceso de reforma como la supresión de los cobros, la supresión de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecosf) que ya calificaron de “despilfarro” e “inoperantes”, la sostenibilidad jurídica y financiera del proceso de reforma, la toma de control de la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) para posibilitar abolir el control de precios de los medicamentos, la introducción irrestricta de nuevas tecnologías sanitarias y medicamentos de alto costo y dudoso beneficio, al listado oficial de medicamentos.

El denominador común a todas estas amenazas, supone el abandono del concepto de salud como derecho humano fundamental, para ser sustituido por el concepto de salud como mercancía, de acuerdo a lo cual cada individuo accede al nivel de salud que le permite su capacidad adquisitiva.

La Reforma de Salud tuvo que bregar con condiciones adversas propiciadas por un amplio espectro de actores que comprendía desde sus adversarios naturales hasta quienes se supondría debían ser sus aliados naturales. Ello fue así (como ya citamos) porque el abordaje de determinación social de salud de la reforma, establece que la salud está determinada por el modelo hegemónico de desarrollo y el modo de producción en el que se sustenta y por tanto, es imperativo un abordaje más allá de los servicios e instituciones que conforman el sistema de salud. Esto no fue entendido por todos los actores del gobierno y del sistema de salud, especialmente estos últimos, que pusieron más interés en la gestión institucional individual bajo su propia responsabilidad. Imperó más la mentalidad de funcionarios que la de revolucionarios, lo cual afectó la forma de abordar y transformar las condiciones generadoras de inequidades.

Si a lo anterior sumamos el peso burocrático de la gestión pública, la insuficiencia presupuestaria, la negativa a crear un sistema tributario progresivo capaz de subsidiar los gastos en salud identificados, el excesivo énfasis en la red de servicios, así como el proceso de judicialización de la salud emprendido por una de las salas del Órgano Judicial, se entenderá mejor la ralentización que sufrió la reforma en el segundo quinquenio de gobierno (2015-2019).

La autocrítica apunta a señalar también el poco o nulo abordaje que se demandaba para clarificar la relación gobierno, partido y movimiento popular, lo que degeneró en sectarismos y alejamiento del MINSAL con el movimiento social y con el mismo personal de salud (sindicalizado y no sindicalizado), condición subjetiva que vino a sumarse a otros hechos ajenos a salud que golpearon la credibilidad en el proceso de Reforma de Salud al no recibir lo que se esperaba de funcionarios que además se ufanan de ser revolucionarios. Ello terminó por ensombrecer el destello de la Reforma de Salud, esto se señala porque lo importante no es justificar errores, sino impedir que se repitan. Luchar por la salud es luchar por la vida en todas sus formas, lo cual equivale a oponerse a un sistema hegemónico productor de muerte en todo sentido, esa es la tarea pendiente y es nuestro deber no abandonarla jamás.

1. Antecedentes de la Reforma de Salud



"Del comercio" del pintor Carlos Cañas, describiendo la venta de medicamentos y sus envases al interior del Hospital Nacional Rosales durante su estada como paciente en 1973.

1.1 Las inequidades sociales y las inequidades en salud

La desigualdad en las sociedades precapitalistas era reconocida como un fenómeno natural y hasta divino. En los tiempos de las sociedades esclavistas la diferenciación social era atribuida al precepto no humano de los esclavos. En las sociedades feudales, las relaciones de servidumbre eran legítimas por derecho divino y la dominación feudal era aceptada por los siervos sin miramientos por dogmas de fe.

Durante la Revolución Francesa la igualdad se impuso como un objetivo fundamental, junto a la libertad y a la fraternidad. Jean Jacques Rousseau y otros filósofos debatieron ampliamente sobre el tema y sostenían que la desigualdad social y política no es natural, no derivaba de una voluntad divina y tampoco era consecuencia de la desigualdad natural entre las personas. Por el contrario, su origen deriva de la propiedad privada y de los abusos de aquellos que se apropian para sí de la riqueza del mundo y de los beneficios privados que genera esa apropiación (Rousseau, 1754).

Los sistemas políticos imperantes con posterioridad a la Revolución Francesa, entendieron la desigualdad como una condición necesaria de todas las sociedades y surgió del espejismo de recompensar a las personas más destacadas y atribuir mayor poder, bienestar material e importancia funcional a ciertas tareas. En tal sentido la desigualdad estaba determinada por lo que a su juicio los actores económicos, sociales

y políticos veían lo que era justo y lo que no lo era. Sin embargo el pensamiento marxista se fue abriendo paso en atención a sus postulados sobre la condición inherente al capitalismo de generar desigualdades paralelamente a la generación de ganancias y a la acumulación de capital.

En salud este planteamiento se reflejaba en el conocimiento generado por investigaciones en diversos estratos sociales que cada vez con mayor frecuencia evidenciaban la distribución desigual de la salud y la enfermedad. La necesidad de identificar, describir y abordar esta distribución desigual condujo también a la introducción de los términos equidad/inequidad en salud, con el objetivo manifiesto de posibilitar la distribución de bienes, riquezas, recursos y otros elementos tendientes a reducir las desigualdades en salud entre grupos poblacionales.

La mejor descripción de equidad en salud por su simplicidad y sencillez, sigue siendo la propuesta por Margaret Whitehead en 1990, que en realidad corresponde a una definición de inequidad en general, pero que ilumina sobre los componentes principales de la equidad en salud: *Por inequidad en salud se entienden las diferencias **sistemáticas** que son **innecesarias** y **evitables** además de **injustas**.*

Whitehead parte su reflexión del hecho observado en la realidad que la salud no se encuentra distribuida de manera igualitaria en la población. La igualdad en salud supone que todas las personas desarrollen su máximo potencial en salud. Por tanto, para acercarse cada vez más a la igualdad, es necesario asignar los recursos, definir los servicios de salud, identificar las variables y analizar los resultados de nuestros estudios, promover los espacios de participación social y otras acciones, de manera equitativa, no igualitaria, es decir según la necesidad. Dicho de otra manera, **la equidad es el camino para alcanzar la igualdad.**

1.2 Declaración de Alma Ata y la Atención Primaria en Salud

Con los pródromos y posterior a la Segunda Guerra Mundial, dos grandes modelos se abrieron paso y condicionaron el desarrollo de los sistemas de salud de muchos de los países centrales y periféricos. Los modelos de salud Bismarquiano (basado en la cotización de patronos, trabajadores y Estado) y de Beveridge (financiado por impuestos generales y organizado desde un único prestador: el Estado) han sido adoptados en la mayoría de naciones aunque en los países periféricos lo que observamos es una convergencia de ambos sistemas el Bismarquiano para garantizar la estabilidad de la fuerza laboral industrial y de servicios, el de Beveridge para dar servicios al resto de población, coexistiendo además ambos, con un sistema privado al alcance de quienes tienen fondo para pagar servicios que no se prestan en ninguno de los dos anteriores. Esta mezcla es funcional en su conjunto al sistema capitalista.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (DUDH) adoptada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, agrega a los abordajes de la salud existentes, el concepto de derecho, pero quedó atrapada bajo los enfoques

antropocéntricos, clínico y de cobertura de servicios de salud; lo anterior pese a que ese mismo año entró en vigor la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entidad creada por la Conferencia Sanitaria Internacional y que establece que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.» Sin embargo, esta tendencia de salud vista como derecho logra permear en el imaginario colectivo de organización social y gracias a ella se instituyen los ministerios de salud en la organización Estatal de cada país y finalmente la salud es vista como derecho.

Fue así que en medio de las tensiones de la guerra fría, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y OMS organizaron en 1978 la Conferencia de Alma Ata que enarbó el lema: «Salud para todos en el año 2000» como una meta que todos los países firmantes asumían. Aunque la meta no fue lograda, implicó plantear un reto de alta voluntad política para el abordaje de salud. En la conferencia por primera vez se propuso una política global que atañe a la salud en general y no sólo al control o tratamiento de la enfermedad; superando así el discurso tradicional y el enfoque biomédico sobre la salud, para introducir factores económicos, sociales y culturales, como elementos importantes e incluso determinantes.

La conferencia propuso la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) la cual «se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.» Se reconoció que era posible alcanzar salud para toda la humanidad en el año 2000, siendo necesario cambiar las prioridades en inversión y gasto público expresamente se mencionó el gasto mundial en armamentos.

Alma Ata hizo planteamientos de avanzada, notables para su época y que aún continúan teniendo vigencia; planteaba que la búsqueda constante de la equidad, el trabajo intersectorial, la organización social y la participación comunitaria a través de las organizaciones de la población civil eran los elementos fundamentales a trabajar para lograr salud para todos. Estos planteamientos que no fueron valorados en su justa dimensión e implicaciones por los ministros de salud que acudieron a la cita, no tardaron en encontrar limitaciones y actores que veían en dichos planteamientos un peligro para los sistemas capitalistas en la mayoría de los países que estaban fundamentados en la explotación irracional de la fuerza de trabajo. En sintonía con estas reacciones las mismas instancias que habían promovido la conferencia dieron paso a la mediatización de la estrategia de APS conceptualizando y poniendo en práctica los programas verticales y otras formas similares para entorpecer la puesta en práctica de los conceptos originales.

La *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* elaborada en 1986 por la OMS, reiteró el llamado a «Salud para todos en el año 2000» reforzando la necesidad de un auténtico trabajo intersectorial. La carta pone en evidencia que la salud integral, necesita condiciones previas, a saber: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistemas saludables, justicia social y equidad. Por supuesto que esto era ajeno a la

lógica armamentista que reinaba en la Guerra Fría y a la creciente cultura del derroche capitalista que impidieron la puesta en marcha de este segundo llamado.

Pese a los esfuerzos acotados, la mercantilización de la salud continuo abriéndose paso con el apoyo de actores locales, regionales e internacionales, el complejo médico industrial, la industria farmacéutica internacional y desarrollo de tecnologías sanitaria de alto costo, supuestas fundaciones de «ayuda» que coadyuvan en su promoción en colaboración con actores importantes y hegemónicos como: Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Organización Mundial del Comercio (OMC) y Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), que de facto continuaron truncando las esperanzas de los pueblos y obstruyendo las iniciativas de la OMS como la Carta de Ottawa.

Un ejemplo de lo anterior es el informe que en 1993 elaboró la Universidad de Oxford para el BM titulado *Invertir en Salud. Indicadores del desarrollo mundial*. Este documento propugna por un conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales dirigidos hacia población pobre [sic.], pero exige al resto que pague la totalidad o una parte de sus propios gastos. Es por este tipo de propuestas que ahora el lema «salud para todos» se encuentra menguado o ausente del discurso público: ha sido reducido (en el mejor de los casos) a hablar de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales, tras haber sido incumplidos, pasaron a denominarse Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los conceptos vertidos por el documento del BM fueron retomados por los países conservadores de todo el mundo, implementando programas de privatización que comprendían una amplia gama de variables, desde programas de recuperación de costos de los servicios públicos hasta la privatización total de los sistemas de salud (casos de Colombia y Chile), pasando por los servicios de salud que eran más rentables como la atención hospitalaria y especializada. Todos estos programas de privatización de grado variable relegaban casi totalmente las intervenciones de salud pública que eran las únicas funciones que se dejaban a cargo de los ministerios de salud.

Es en este contexto complejo que para poner de relevancia el incumplimiento de los Estados para lograr la meta de «salud para todos» fijada en 1978, se convoca a la primera Asamblea de Salud de los Pueblos en el año 2000 la cual se celebró en Bangladesh, con participación de unos 1500 delegados de 75 países bajo el lema «escuchar a los ignorados».

La Asamblea planteó la necesidad de crear un movimiento internacional orientado a retomar el legado de Alma Ata e impulsar mejores políticas públicas nacionales e internacionales en salud, formulando un documento trascendental para los activistas por el derecho a la salud: la *Declaración para la Salud de los Pueblos*, que se transforma en un llamado a la acción radical y una herramienta reivindicativa y punto de encuentro para el movimiento mundial de salud. Uno de sus cinco principios establece que los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar el acceso universal a una atención sanitaria de calidad, a la educación y otras prestaciones sociales, conforme las necesidades de la población y no según su capacidad de pago.

La Reforma de Salud desarrollada en El Salvador, parte de las enseñanzas aportadas por todos estos movimientos progresistas que conciben a la salud como un derecho y de sus propias experiencias, particularmente las sufridas por la población de parte de la tiranía militar y la explotación oligárquica, así como de las luchas contra la privatización de la salud que movilizaron a amplios sectores de la población en la postguerra inmediata.

1.3 El Sistema Nacional de Salud salvadoreño antes del conflicto armado (desde el modelo capitalista agroexportador hasta el modelo neoliberal)

Segmentación y Fragmentación

Uno de los principales problemas y también uno de los desafíos que se ha venido señalando y paradójicamente también postergando, en las diferentes propuestas de reformas al Sistema de Salud desde el período de la postguerra, es la segmentación y fragmentación del sistema a las cuales se responsabiliza de ser generadoras de inequidades. De hecho cuando se habla de la aspiración de configurar un Sistema Único de Salud, de lo que se trata es de romper con este lastre que no solo genera inequidades sino también reduce la efectividad de las intervenciones en salud, induce protocolos o guías de atención diferenciadas y con uso igualmente diferenciado de tecnologías sanitarias, genera costos y gastos per cápita diferenciados institucionalmente, hace ineficiente el gasto público e impide cumplir con eficacia la misión de proveer cada vez más y mejores niveles de salud para la población salvadoreña.

La **segmentación** en el sistema de salud es la coexistencia de subsistemas que tienen a cargo, son responsables o prestan prioritariamente servicios de salud (generalmente de atención a la enfermedad) a segmentos poblacionales con algunas características particulares que son comunes a cada uno de estos segmentos, por ejemplo la población atendida por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) que comparte la circunstancia de tener empleo formal y que por tanto legalmente cotiza a esta instancia, la cual a su vez se obliga a prestarle servicios. En la misma situación se sitúan el Comando de Sanidad Militar (COSAM) que presta servicios al estamento militar y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) que presta servicios al magisterio público. Estas tres modalidades señaladas anteriormente se financian por la vía de las cotizaciones de usuarios, patronales y estatales. Las instancias que administran los fondos recaudados son entidades públicas, aunque son autónomas y tienen por ello potestad de subcontratar al sector privado o público la prestación de algunos servicios, como es el caso de la provisión de medicamentos al COSAM o la atención hospitalaria por el MINSAL al ISBM.

Existe otro grupo de instancias que presta prioritariamente servicios de salud al segmento poblacional que no está comprendido en los segmentos anteriormente descritos, como la red de servicios del MINSAL y FOSALUD, e instancias que prestan servicios especializados también a este último segmento como es el caso del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI). Este grupo de instituciones se financia

con fondos provenientes de impuestos canalizados a través del presupuesto estatal. Tanto el MINSAL como FOSALUD suprimieron el pago directo de los usuarios como una de las medidas emblemáticas de la Reforma de Salud iniciada en 2009.

Existe también un segmento poblacional, que aunque cotice o tenga acceso a cualquiera de las instancias anteriormente citadas, acude en busca de servicios de salud al sector privado con fines de lucro. En general, es población con ingresos superiores a la media o que recibe remesas del exterior, que busca prestaciones o intervenciones que no brinda el sector público (ortodoncia y cirugía estéticas, intervenciones con algunas tecnologías de punta aun no incorporadas al sistema público, modalidades privadas de seguro, etc.), ausencia de listas de espera, mejores condiciones de hotelería y otras condiciones similares.

La **fragmentación** por otra parte, se da al interior de cada una de las instancias que presta servicios a un segmento poblacional. El mayor nivel de fragmentación y que mejor ilustra esta modalidad es el sector privado, donde existen múltiples prestadores sin ninguna coherencia orgánica entre sí más allá del lucro y con un amplio rango de tarifas por un mismo servicio.

La fragmentación en el sector público contribuye a fragmentar igualmente el modelo de organización, gestión y atención integral de los servicios de salud. Existen dos modalidades de fragmentación en el sector público: por un lado, algunas instancias del sector público pueden subcontratar servicios privados, como el caso de la subcontratación de atención especializada por el ISBM y en algunos casos también por el ISSS. Sin embargo, el mayor nivel de fragmentación en el sector público está dado por los llamados "programas verticales" los cuales surgieron originalmente cuando la Atención Primaria de Salud (APS) dejó de ser una estrategia y se redujo al primer nivel de atención, particularmente a la entrega de un paquete extremadamente básico de servicios, a la población que acudía a este nivel en demanda de satisfacción de sus necesidades de salud. Los programas verticales fueron un diseño para evadir los problemas que suscitaba la participación social y la organización comunitaria, ambos elementos fundamentales de la estrategia de APS, al tiempo que aplacaban las protestas de la población por la satisfacción de otras necesidades que no satisfacía el paquete básico. Típicamente los programas verticales surgen para cubrir una enfermedad, un conjunto de enfermedades relacionadas o una condición propia del curso de vida, por ejemplo, el programa materno infantil, el programa contra el VIH, el programa contra la tuberculosis, contra la malaria y así en grado variable en los diferentes países. Estos programas generalmente gozan de un financiamiento específico, cuentan con sus propias bases de datos, mecanismos diferenciados y específicos de recolección de dichos datos y el personal asignado a cada programa goza generalmente de prerrogativas que no tiene el resto del personal de salud (insumos, capacitaciones, condiciones laborales y ambientales, vehículos, etc.).

Un caso especial de fragmentación en el sector público lo constituye FOSALUD, quien presta sus servicios en los mismos establecimientos y al mismo segmento poblacional atendido por el MINSAL. FOSALUD recibe una asignación presupuestaria específica provenientes de los impuestos al alcohol, tabaco y armas. Su concepción original fue la de un gestor de fondos, pero paulatinamente se le confirió también la capacidad de prestar servicios, con el objetivo no declarado de generar empleo discrecionalmente a personas políticamente afines al gobierno de turno. Con el tiempo, el MINSAL contribuyó a la fragmentación trasladando a FOSALUD responsabilidades y tareas como la atención en horario extendido (24 horas), fines de semana y días festivos. FOSALUD compra sus propios medicamentos, tiene un régimen laboral distinto al del MINSAL en su personal, su propio equipamiento y muchas otras circunstancias que generan inequidades entre el personal de salud del sector público e ineficiencia en el gasto.

Con anterioridad a 2009 también se gestaron iniciativas tendientes a reducir la segmentación como es el caso de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (vigente) que plantea que el MINSAL es el rector del Sistema; sin embargo, en el debate legislativo de dicha ley, los diputados modificaron la propuesta original planteando que los integrantes del Sistema cumplirían las orientaciones del rector en la medida en que no afectaran sus respectivos marcos legales impidiendo el ejercicio pleno de la rectoría por el MINSAL, adicionalmente se excluyó al sector privado del Sistema.

A partir de 2009, la Reforma de Salud ha planteado diferentes iniciativas para avanzar en el conocimiento y práctica institucionales, tendientes a implementar formas de avanzar o crear un clima más receptivo a la eliminación de la segmentación y la fragmentación:

- Se intentó absorber el personal de salud de FOSALUD devolviéndole su concepción original de Fondo, eliminando así esta modalidad de fragmentación, pero la iniciativa fue bloqueada en el seno de la Asamblea por la derecha legislativa
- En el quinquenio 2009-2014 se desarrolló entre el ISSS y el MINSAL, una experiencia exitosa de prestación conjunta de servicios en el primer nivel de atención en el área de San Martín (SIBASI Oriente) en el que se compartieron insumos, materiales, personal, guías y protocolos de atención.
- El Consejo Directivo del Sistema Nacional de salud, aprobó en 20016 diversos acuerdos para tendientes a la unificación cuyos principales avances fueron:
- La vigilancia de la salud sustentada en el seguimiento a las enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo al RSI, el desarrollo y publicación de indicadores de país para monitorear la salud y la enfermedad y fin de tomar decisiones informadas, la implementación de diferentes módulos del sistema único de información de salud en todos los actores del sistema, lo que robusteció las estadísticas de país y les confirió representatividad para el monitoreo y seguimiento de la situación de salud y enfermedad nacionales; la gestión y desarrollo del talento

humano, la regulación y mecanismos de compras de medicamentos, la formulación participativa de políticas de salud y otros documentos normativos del sector (todos los integrantes del sistema fueron convocados para la elaboración)

La segmentación y fragmentación actuales como reflejo del desarrollo histórico del modelo hegemónico de producción

La segmentación (división de la población en segmentos, atendidos cada uno por un ente diferente: MIMSAL, Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, privados, etc.) y la fragmentación (división de cada ente descrito en múltiples prestadores) han sido señaladas como dos de los mayores obstáculos para que el sistema de salud salvadoreño cumpla con su labor de llevar salud a toda la población, en consecuencia son también dos de los principales obstáculos al proceso de reforma de salud en El Salvador. De hecho el estudio de su configuración permite definir claramente como el modelo de acumulación del capital y generación de la ganancia es, en cada momento histórico, el que ha condicionado el modelo de estructuración y desarrollo del sistema de salud salvadoreño, desde sus orígenes hasta nuestros días.

Paralelamente al desarrollo del modelo agroexportador se organizaron los hospitales de caridad para dar servicios a las amplias mayorías campesinas y jornaleras que vendían su fuerza de trabajo durante el periodo de la recolección de la cosecha y el resto del año la empleaban en cultivos de subsistencia (maíz y frijoles). Este modelo era altamente inequitativo, generador de una sociedad polarizada en extremo, con servicios de salud muy precarios que además entraron en conflicto y aniquilaron física e intelectualmente, con eventos como la masacre de 1932, la cultura de salud ancestral de los pueblos originarios.

El triunfo de la Revolución Cubana en 1959 alertó a la potencia hegemónica continental, USA, sobre las enormes posibilidades de que la experiencia cubana se reprodujera en países polarizados como El Salvador y otros países latinoamericanos. Fue entonces que los Estados Unidos de Norteamérica lanzo el proyecto reformista de Alianza para el progreso en Punta del Este, Uruguay, 1961¹, con el objetivo de contrarrestar los logros que estaba teniendo la revolución cubana y contribuir a despolarizar los efectos excluyentes del modelo capitalista que asignaba a los países periféricos el rol de proveedores a los países centrales de materias primas agrícolas y minerales. También formo parte de esta política la estrategia de sustitución de exportaciones y de industrialización. Estos últimos elementos se expresaron en Centroamérica y alcanzaron su máxima expresión con el Mercado Común Centroamericano.

Paralelamente a estos nuevos elementos introducidos en el modelo capitalista agroexportador que prevalecía en El Salvador, surgió en el campo de la salud el ISSS para proveer servicios de salud de mayor calidad a la emergente clase obrera industrial,

1 Discurso de Ernesto Guevara de la Cerna, Canciller de la República de Cuba en la Conferencia de Punta del Este, Uruguay, 1961. Enlace: <https://youtu.be/impabbwTVSA>

que por su importancia en la cadena productiva y nivel de especialización no podía ser sustituida fácilmente con los jornaleros agrícolas a los que se encargaba la recolección de la cosecha. De hecho la burguesía agroexportadora, que fue la misma que asumió la organización de la producción industrial, impidió el desarrollo de la seguridad social en el campo que se mantuvo solamente en las grandes ciudades donde se concentraron los planteles industriales.

1.4 Conflicto armado y autogestión comunitaria en El Salvador

No obstante las medidas reformistas descritas, no fueron capaces de contener el auge de las demandas económicas, sociales y políticas que golpeaban a la población salvadoreña y de la cual formaba parte importante la militarización y la represión con que se callaba a sangre y fuego las demandas en el campo y la ciudad por mejores condiciones de vida y por libertades elementales, como la libertad de expresión, asociación y otras similares.

La política de sustitución de importaciones hizo crisis a nivel subregional con la guerra entre El Salvador y Honduras en 1969 que produjo una agudización de la crisis política y económica en estos dos países, surgiendo a partir de 1970 las organizaciones político militares que alimentadas por la efervescencia popular y sus demandas, en 1980 integrarían el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN).

A medida que el conflicto bélico se fue incrementando y con posterioridad al mismo, en casi todo el territorio nacional y en respuesta a la reducción total o parcial de la prestación de los servicios de salud por el Ministerio de Salud, la sociedad civil y algunos organismos no gubernamentales, desarrollaron variados modelos comunitarios de atención en salud, que hacían énfasis en APS, con un enfoque integral, siendo uno de los elementos más importantes para su desarrollo y sostenibilidad, la organización y participación comunitaria². Uno de los departamentos más exitosos en la organización comunitaria para la atención en salud fue Chalatenango, en ese sentido Baatz y Orellana³ describen que «el desarrollo del sistema de salud popular de la zona nor-oriental del departamento de Chalatenango surge en medio de la guerra civil, durante los años 80. Pero sus raíces se deben buscar en el proceso de concientización y organización de las masas campesinas (comunidades organizadas) que se inició en los años 60 y continuo desarrollándose en la década de 1970. En las zonas controladas por la guerrilla se desarrollaron paralelamente dos sistemas de salud populares que se coordinaban y complementaban: Sanidad militar y Salud popular. El primero daba respuesta médica y quirúrgica a los combatientes heridos, y a la población civil lesionada por los bombardeos o las incursiones militares del ejército gubernamental. El segundo

2 Espinoza Eduardo, Villalta V. y Elías M, Rescate de experiencias innovadoras en salud en El Salvador y Nicaragua, período 1980-1995, para el proceso de reforma del sector salud. Caso El Salvador. 2000.

3 Baatz C., Orellana M. Capacidad resolutoria de comunidades rurales que cuentan con promotores (as) de salud en Chalatenango y Morazán, El Salvador 1998.

se construyó al interior de las comunidades que vivían en las zonas conflictivas y los refugios en el interior y fuera del país.

El sistema de salud comunitario desarrollado en Guarjila, Chalatenango, lo fue conceptualmente en línea con lo descrito en el párrafo anterior, igualmente lo fueron otras experiencias comunitarias como el hogar de espera materna desarrollado en Perquín, en el oriental departamento de Morazán, donde a pesar del abandono de la prestación de servicios de salud por parte del Estado contribuyó a reducir significativamente la mortalidad materna en esa zona.

Estas experiencias aportarían los elementos fundamentales para dos de las más emblemáticas intervenciones de la Reforma de Salud iniciada en 2009: los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecosf) y los Hogares de Espera Materna (HEM).

Una tercera vertiente ideológica provino del trabajo intersectorial desarrollado en las experiencias citadas pero que se realizó con mucha más profundidad en el Sistemas Locales de Salud (SILOS) principalmente en el Norte de San Salvador.⁴

La salud fue también un elemento que contribuyó a estimular el cese del conflicto armado y la necesidad de construir una paz con justicia social. Organizaciones como la OPS desarrollaron un programa conocido como *Vacunación puente para la paz* cuya implementación requirió la concertación de treguas por parte de ambos ejércitos.

1.5 Luchas contra la privatización de la salud y desarrollo del movimiento social en salud

Como se puede apreciar la salud fue un elemento que estaba a la base de las inequidades que generaron el conflicto por ser una de las demandas más sentidas de la población, aunque también estimuló el camino hacia la paz.

No obstante lo anterior, luego de la firma de los Acuerdos de Paz (1992) la salud nuevamente relegada por los gobiernos neoliberales que se sucedieron en el poder desde 1994 hasta 2009. Por ello a pesar del ambiente de paz y reconciliación que privó en forma inmediata las distintas concepciones conceptuales que han sido consideradas anteriormente, entraron nuevamente en conflicto y se manifestaron en intentos por parte de los gobiernos neoliberales de profundizar la privatización y en multitudinarias protestas de la población civil para luchar contra y revertir la privatización.

A continuación un resumen de los principales conflictos durante el periodo 1994-2007:

4 Espinoza E. Villalta V. Elías M. *Silos Norte de San Salvador: Una experiencia local innovadora en salud*, Tesis de grado para optar al título de Maestría en Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios en Salud, Universidad Nacional Autónoma de Managua, Nicaragua. El Salvador, 2000.

- En marzo de 1994 un grupo de organizaciones de la sociedad civil sometió a consideración de los candidatos presidenciales una propuesta de Reforma al Sistema de Salud llamada «Una Propuesta de Salud para la Nación».
- En abril de 1994 un equipo técnico internacional de Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), apoyado técnicamente por la OPS y por los organismos financieros internacionales BM y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), formuló el proyecto denominado Análisis del Sector Salud de El Salvador (ANSAL) con un análisis de los problemas del sector y recomendaciones contenidas en el documento *La Reforma de Salud: Hacia su equidad y eficiencia*.
- En los años de 1994 a 1995, con base en ANSAL, el Grupo de Reforma del Sector Salud, elaboró el documento *Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador*.
- En 1995 estas medidas que en su conjunto fueron llamadas «modernización del sector salud», generaron situaciones confrontativas a diferentes niveles y con varios actores (sindicatos de salud, el gremio médico, la Universidad de El Salvador, OPS, el Gobierno de Holanda, entre otros)⁵. En la primera fase de la «modernización», el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) reorganizó las cinco instancias regionales de salud en 18 Departamentales de Salud, estableciendo luego esfuerzos por organizar redes de servicios dentro de una nueva estructura orgánica y funcional expresada en la conformación de 28 Sistemas Sanitarios (SISAS) que en la siguiente administración fueron renombrados como Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), además de una incipiente reorganización interna del MSPAS de cara a la rectoría del sector.
- En 1996 la Universidad de El Salvador abre el debate nacional sobre la Reforma de Salud con un evento denominado ¿Con qué Pluma se está escribiendo la Reforma de Salud? que plantea el enfrentamiento práctico y conceptual entre las propuestas planteadas.
- En 1997 estalla un fuerte conflicto laboral con el gremio médico que termina en 1998 con el compromiso gubernamental de conceder a los médicos prestaciones laborales y participación en el diseño de la Política de Salud.
- Entre febrero y julio de 1999 en un ambiente de diálogo alternado con confrontaciones y empujado por la presión popular se publicaron cinco propuestas de reforma de salud.
 - La Comisión Nacional de Salud (CONASA) nombrada por el Presidente Calderón Sol, presentó en febrero de 1999 una propuesta que contemplaba un «Seguro General Obligatorio» con opciones privadas de aseguramiento. El sistema se

5 Espinoza E. Villalta V. Elías M. Silos Norte de San Salvador: Una experiencia local innovadora en salud, Tesis de grado para optar al título de Maestría en Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios en Salud, Universidad Nacional Autónoma de Managua, Nicaragua. El Salvador 2000.

desconcentraría en «Áreas Sanitarias» con autonomía de gestión y amplias facultades para contratar proveedores privados.

- A mediados de 1998 un esfuerzo paralelo al de la CONASA fue iniciado por un equipo técnico convocado por la Comisión Nacional de Desarrollo para su *Plan de Nación* que se configuró como la *Mesa 13: Reforma del Sistema de Salud* publicada en marzo de 1999. Esta propuesta hizo énfasis en los recursos humanos, en la desconcentración y en la reestructuración radical del nivel político normativo sectorial y formas concretas de participación social y trabajo intersectorial en todos los niveles del sistema amparadas en un marco legal.
- El Colegio Médico de El Salvador, el Sindicato de Médicos del ISSS y otros sectores, diseñaron la *Propuesta Ciudadana por la Salud*, publicada en junio de 1999. La propuesta enfatiza la configuración del nivel político normativo bajo la Rectoría del Ministerio de Salud. Sustenta el aumento de cobertura ampliando el ISSS al sector informal y al campesinado y concibe para el sector privado un papel complementario al sector público (provisión mixta), apoya las redes públicas locales rechazando expresamente la participación privada. Propicia también por un marco legal para la participación social a través de comités ciudadanos en todos los niveles.
- La Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) respaldada por las principales organizaciones empresariales del país presentó su propia «Propuesta de Salud» en julio de 1999, la misma culpaba al sector público las «fallas» identificadas, por lo que asignaba a éste solamente una función reguladora y convertía al ISSS en una superintendencia para supervisar el sistema. Planteaba un seguro de salud obligatorio que en el caso de los pobres se limita a un paquete básico financiado total o parcialmente por el Estado. El seguro planteado sería proveído por el sector privado al igual que los servicios de salud. El Estado determinaría los criterios de elegibilidad para la población que sería subsidiada y fijaría las primas de seguro a pagar. La población no subsidiada financiaría su seguro del pago de bolsillo cuyas primas serían fijadas por las aseguradoras.
- El Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISSS) presentó su propuesta en julio de 1999, la cual se centra en los establecimientos de salud públicos, todos trasladados completamente al ISSS el cual sería el único proveedor y captador de cotizaciones a nivel nacional. La seguridad social se extendería a nivel nacional, quedando el MSPAS solamente con la función rectora y la ejecución de algunos programas de promoción social, salud ambiental y alimentación.
- En Julio de 1999, Management Sciences for Health (MSH), una consultora contratada por USAID basada en un análisis financiero de los modelos de Reforma propuso un sistema de Seguro Social de Salud con opciones de contratación para proveedores

privados de servicios, junto a la focalización de recursos en una canasta básica para el sector más pobre. Esto debía acompañarse de una enérgica acción gubernamental para mejorar la recaudación de Impuestos no inferior al 13.4 % del PIB.

- La nueva administración (Flores Pérez 1999-2004) su plan *La Nueva Alianza* cuya «Alianza Solidaria», proponía líneas para la Reforma del Sector Salud, el «Fomento de la Participación Local y Descentralización de la Gestión Gubernamental», «Acceso efectivo a los Servicios Básicos» enfatizando, en descentralización, introducción de incentivos de mercado en la prestación de servicios, combinada con participación de la comunidad y los gobiernos locales. Para ello nombró inconsultamente en septiembre de 1999 el «Consejo de la Reforma de Salud» encargándole que en Octubre del 2000 le entregara una propuesta de consenso para la Reforma de Salud.
- La Comisión de Salud y Medio Ambiente de la Asamblea Legislativa por su parte, convocó a su propio Consejo Asesor en Reforma para realizar un análisis comparativo de las cinco propuestas con más de 100 actores de diferentes sectores. El Documento de análisis fue entregado al Ministro de Salud que presidía el Consejo de la Reforma de Salud.
- En Noviembre de 1999 el gremio médico y los trabajadores del ISSS convocan a una huelga acusando al Gobierno de querer privatizar el ISSS y de incumplir los compromisos laborales de 1998 contraídos por su antecesor.
- El 26 de Enero de 2000, el Consejo de la Reforma llamó a una consulta ciudadana que inició con una amplia participación la cual se ha venido reduciendo a menos de la mitad en medio de acusaciones de los asistentes de que no se toman en cuenta sus aportes y de que la propuesta de Reforma ya ha sido definida.
- En una nueva escalada del conflicto y para protestar por medidas tendientes a la privatización y la renuencia al diálogo, en febrero los trabajadores se manifiestan en las calles con una huelga que se extendió a los establecimientos del MSPAS. El Gobierno recurrió a la Policía Nacional Civil (PNC) y el ejército para recuperar algunos establecimientos y disuadir a manifestantes convocados el Movimiento Ciudadano contra la Privatización que protestó en al menos ocho ciudades importantes del interior del país. Luego, en respuesta al *Plan de Acción por la Salud* gubernamental para sustituir a los huelguistas, trabajadores de los Ministerios de Hacienda y Justicia y otros empleados que amenazaron con sumarse a la huelga iniciada en el sector salud.
- El 23 de febrero se formó con representantes de organizaciones de empleados públicos de salud, educación, sector judicial, Hacienda, ONG, Iglesias y otros la Coordinadora Nacional contra la Privatización.
- El conflicto se extendió hasta Marzo de 2000 en medio de manifestaciones de protesta, disturbios en las calles, despidos y descuentos a los huelguistas. El

conflicto se solucionó reiterándose la voluntad de poner en marcha una propuesta de consenso y promesas gubernamentales de no privatizar el sistema público.

En diciembre de 2000 el Consejo Nacional de la Reforma hizo entrega formal del documento *Propuesta de Reforma Integral de Salud* al Presidente de la República; pero la emergencia nacional generada por los terremotos de enero y febrero de 2001 y la epidemia de dengue contribuyeron a estancar el debate en torno a la propuesta del mencionado consejo, la cual entre otras cosas postergaba el debate sobre el modelo de financiamiento, el marco legal y la participación social.

En septiembre de 2002 el Colegio Médico, el Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (SIMETRISSS) y el STISSS (Comisión Tripartita) demandaron retomar el debate de la propuesta presentada por el Consejo de Reforma y garantías gubernamentales que no se privatizaría los servicios públicos. El GOES respondió con una propuesta de privatización del sistema de salud respaldado por la Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP) y Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES). Ante esto, la C. Tripartita presentó un anteproyecto de Ley a la Asamblea Legislativa de Garantía de No Privatización de la Salud, el cual fue aprobado en todas sus partes por la Asamblea como el *Decreto 1024*. Posteriormente y luego de discusiones y agudización del conflicto por represalias a los huelguistas, en medio de polémicas negociaciones del partido de gobierno con otras fracciones legislativas al interior de la Asamblea, el decreto 1024 es derogado y se aprueba un nuevo decreto, el Decreto 1025, en línea con la propuesta gubernamental de privatización y concesiones de los servicios de salud.

Por casi dos años, fue postergada la conformación de la Comisión de Seguimiento de la Propuesta de Reforma, que retomaría aspectos trascendentales como el modelo de financiamiento, el marco legal y la participación social en el proceso, hasta que, a mediados de 2002, y en el contexto de la realización del III Encuentro Nacional de la Empresa Privada (ENADE 2002), el tema de la privatización y concesión de los servicios públicos, particularmente los relativos a la salud y a los prestados por el ISSS, volvió a colocarse en la discusión nacional, sobre todo porque, esta vez, se vislumbró una ruptura respecto a la Propuesta de Reforma Integral del Sector Salud, a pesar de que seguía sin retomarse el contenido de la misma.

En esta ocasión se propuso la creación de una Comisión Presidencial Interdisciplinaria para la «modernización del ISSS» con criterios de eficientización y competitividad empresarial respecto del recurso humano y de una lógica de mercado para todo el sector salud, propiciando un retroceso total a los consensos tan precariamente alcanzados.

El Gobierno reaccionó con satisfacción y complacencia iniciando acciones conjuntas para priorizar y definir la implementación de la propuesta; pero las organizaciones laborales y los profesionales del ISSS, expresaron su rechazo a una posible privatización surgiendo un nuevo conflicto que, a finales de 2002, se desplazó rápidamente a la red

nacional de salud y que por más de nueve meses, generó un ambiente de polarización y confrontación sin precedentes agravándose en octubre de ese año, cuando la Presidencia de la República presentó su propuesta de «Democratización del Sistema Previsional de Salud». La misma no solo ignoraba todo el conflictivo proceso precedente excluyendo a la sociedad, sino que privilegiaba la participación privada en la prestación de los servicios, mediante entes privados que operarían con autonomía y fines de lucro, sin contemplar ningún fortalecimiento del Sector Público de la Salud.

Desde mediados de 2003 y con el apremio de una población que demanda servicios de salud de calidad, oportunos y con calidez humana, así como condiciones más propicias para avanzar en el logro de su máximo bienestar físico, emocional y social, se presentó un panorama decisivo para retomar un proceso de Reforma del Sector Salud que se encontraba en situación de letargo después de que quedara pendiente el seguimiento a la “Propuesta de Reforma Integral de Salud” del Consejo Nacional de la Reforma, años atrás, pero sobre todo, después de comprobar que se iba configurando un mayor desencuentro, fragmentación y falta de consenso respecto al tema.

Este último conflicto institucional en el ISSS y en la red nacional de salud se resolvió mediante una negociación y la firma de acuerdos en este sentido. De ellos surgió conformada por la Presidencia de la República, en septiembre de 2003, la “Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud”, con el reto de dar continuidad, armonizar y actualizar la cantidad considerable de insumos teóricos y metodológicos acumulados después de casi una década de conflictos, determinando el carácter esencialmente democrático de su contenido y la validez de su aplicación efectiva para el aseguramiento de la salud presente y futura de la población salvadoreña.

Para noviembre de 2006, la Comisión de Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales de la Asamblea Legislativa discutió a su interior un anteproyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud presentado meses atrás por el Ministerio de Salud. En marzo de 2007 en respuesta a las demandas de la sociedad se organizó una precipitada consulta a algunos sectores luego de lo cual el anteproyecto de ley se consideró en reunión plenaria de la Asamblea Legislativa.

Ante las amenazas de un nuevo proyecto privatizador, se reactivó la Alianza Ciudadana contra la Privatización para accionar contra la aprobación del mismo, movilizándolo a la población y reivindicando temas como el desabastecimiento de medicamentos.

El 26 de octubre de 2007, con la abstención de la fracción de diputados del FMLN fue aprobado por la coalición de fracciones de derecha en la Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, el decreto 442 que contiene la *Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*, con abierta oposición por parte de las organizaciones de la sociedad civil aglutinadas en la Alianza Nacional contra la Privatización de la Salud.

1.6 El proceso de Reforma de Salud

Todo el accionar del movimiento popular descrito anteriormente contra los gobiernos neoliberales y sus políticas privatizadoras así como los antecedentes de las luchas sociales, antes y durante el conflicto operaron como una escuela de formación tanto sobre los profesionales de la salud como sobre las amplias masas populares, ayudando a definir cada vez con mayor claridad los fundamentos y las acciones que debían guiar el proceso de implementación de una reforma de salud como la que necesitaba el país.

La Reforma de Salud con los antecedentes inmediatos que significaron las marchas blancas y las luchas sindicales apoyadas por multitudinarias manifestaciones de simpatía por la población fueron elementos importantes de la agenda política que marco el periodo pre electoral y las ofertas programáticas de los partidos en contienda.

Los elementos iniciales de la propuesta electoral del FMLN para las elecciones presidenciales de 2009, fueron formulados con las banderas de lucha enarboladas por la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud (ACCP) y los movimientos sindicales de trabajadores de la salud que habían generado un amplio respaldo popular. Estos elementos fueron la base de la discusión en el seno de las mesas del Diálogo Social Abierto. Todos estos elementos se conjuntaron en el planteamiento del FMLN contenido en el Programa de Gobierno “Nace la Esperanza Viene el Cambio”.

Un evento particularmente relevante fue la “Jornada de Reflexión sobre Salud” a finales de febrero convocada por organizaciones integrantes del Sistema de Naciones Unidas en El Salvador (PNUD, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF) a la que acudieron los dos candidatos en contienda y sus respectivos equipos técnicos. En esa ocasión el FMLN hizo la propuesta más coherente políticamente y más sólida técnicamente.

Todos estos procesos culminaron con el triunfo del FMLN en las elecciones presidenciales de marzo de 2009.

El periodo de marzo a junio de 2009 se caracterizó por una intensa actividad para conjuntar todos los insumos y necesidades planteadas por la población, el movimiento social y las redes partidarias en un documento de política que los integrara en una serie de estrategias y recomendaciones. Los elementos provenientes de la gran multiplicidad de talleres, comunicados, sugerencias, etc. fueron analizados y depurados a la luz de planteamientos también aportados por estudiosos de la salud pública, investigadores y luchadores políticos por el derecho a la salud, especialmente de toda Latinoamérica.

Este trabajo tuvo su culminación con el documento de la *Política Nacional de Salud 2009-2014 “Construyendo la Esperanza”*, que en un conjunto de 25 estrategias, cada una de ellas con una serie de recomendaciones plasmo lo que el nuevo gobierno se planteaba realizar.

La respuesta del nuevo gobierno se enmarcaba en el derecho a la salud y planteaba como objetivo fundamental una profunda Reforma de Salud como respuesta estratégica a las aspiraciones y necesidad populares que se guiaría por:

- La concepción de salud como bien público y derecho humano.
- El rechazo a la mercantilización de la salud.
- La reorientación del SNS en función de la estrategia de Atención Primaria de Salud integral.
- El fortalecimiento de la organización comunitaria, la participación social y el trabajo intersectorial.
- El desempeño eficiente de los servicios de atención a la salud y la enfermedad.

En consonancia con lo anterior los dos primeros actos del proceso de reforma de salud que se iniciaba, fue la emisión de dos decretos presidenciales, uno reorganizando el MINSAL en dos viceministerios para la ejecución del proceso de reforma (1 de junio de 2009) y el otro decretando la eliminación de las colecturías que tenían a cargo la ejecución del cobro de las mal llamadas "cuotas voluntarias" en los establecimientos de salud del MINSAL y un refuerzo presupuestario para compensar lo que se recolectaba con esta medida (10 de junio de 2009).

2. Antecedentes y metodología de las consultas territoriales y Congreso de la Reforma de Salud en El Salvador



2.1 Antecedentes del Congreso de la Reforma de Salud

Previo a la realización de los talleres regionales (septiembre y octubre de 2017) y el Congreso Internacional (noviembre de 2017) se desarrollaron tres procesos de evaluación del nivel de avance de la Reforma de Salud. El primero fue impulsado desde la Universidad de El Salvador en 2012, a través del Observatorio de Políticas de Salud (OPPS) y consistió en dos días de trabajo en el que profesionales internacionales de larga trayectoria en salud pública discutieron junto con profesionales nacionales, personal de salud, representantes del Foro Nacional de Salud y otros actores relevantes sobre los avances y desafíos en cada uno de los ocho ejes del proceso de reforma⁶.

El segundo proceso de evaluación fue en 2013, promovido por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS El Salvador, en el cual se llevó a cabo una valoración de los logros de la Reforma de Salud, denominada "*El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud: Logros y desafíos*"⁷. En sus reflexiones finales concluye que es fundamental sistematizar los desafíos de la Reforma de Salud de El Salvador en procura de construir un Sistema Nacional de Salud y que alcanzar la cobertura universal de salud y mejorar la salud de la población con equidad es una tarea compleja y difícil.

6 <http://congresooppo.blogspot.com/>

7 http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1482&Itemid=99999999

Finalmente, en la transición de la gestión 2014, se realizó un proceso de sistematización del proceso de Reforma de Salud, con la finalidad de identificar sus avances y desafíos, cuyos resultados fueron el punto de partida para la definición de las brechas en cada uno de los ejes de la Reforma de Salud. En este proceso de análisis participaron invitados internacionales y nacionales.

En 2017, en el marco del proyecto de "Apoyo a la Reforma del sector Salud: fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud y de las Redes Integrales e Integradas de Salud, y participación comunitaria en salud, en El Salvador", se propuso desde el Viceministerio de Políticas de Salud, incluir en dicho proyecto un proceso de evaluación de la actual gestión, que permitiera valorar los logros, desafíos, así como los factores facilitadores y restrictivos en el proceso de profundización de la Reforma de Salud. Esta actividad se contempla en el Objetivo específico 1: OE1. Fortalecimiento de los componentes de mejora del conocimiento del Instituto Nacional de Salud; OE1. Resultado 1.2: Escuela de Gobierno del INS fortalecida en su institucionalidad mediante el desarrollo de alianzas estratégicas, y el impulso de procesos formativos acordes a las estrategias y principios de la Reforma de Salud.

Esta evaluación en materia de salud, consistió en desarrollar:

- Nueve talleres de consulta territorial, de un día de duración para cada taller. Estos se realizaron entre el 25 de septiembre y el 16 de octubre de 2017 en las cinco regiones de salud.
- Un Congreso Internacional, de dos días de duración. Este se desarrolló en San Salvador el 21 y 22 de noviembre de 2017.

2.2 Metodología de las consultas territoriales

Objetivo de las consultas territoriales

Recolectar insumos, desde la perspectiva de los actores locales para cada uno de los diez ejes estratégicos de la Reforma de Salud, sus avances, logros y desafíos.

Consultas territoriales

Este mecanismo de consulta tomó en cuenta a los actores del Ministerio de Salud (MINSAL), instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, actores e instituciones territoriales involucrados en salud o con las que se realizan procesos de coordinación interinstitucional y el Foro Nacional de Salud (FNS).

De acuerdo a las regiones administrativas del MINSAL se realizaron nueve talleres a nivel nacional con la siguiente distribución:

Fechas	Región / Departamento
25/09/2017	Oriental: San Miguel y Morazán
27/09/2017	Oriental: Usulután y La Unión
02/10/2017	Paracentral: La Paz y San Vicente
05/10/2017	Paracentral: Cuscatlán y Cabañas
06/10/2017	Metropolitana: San Salvador
09/10/2017	Central: La Libertad
11/10/2017	Central: Chalatenango
13/10/2017	Occidental: Sonsonate
16/10/2017	Occidental: Santa Ana

Fuente: Documento de Sistematización del Congreso Internacional de la Reforma de Salud.

Fases de desarrollo de las consultas territoriales

El taller de consulta territorial incluyó los siguientes puntos de agenda:

- Palabras del referente de cada Región de Salud o de cada SIBASI según el caso.
- Palabras del Viceministro de Políticas de Salud.
- Ponencia sobre estado actual de la Reforma de Salud por el Viceministro de Políticas de Salud.
- Instalación de mesas para la discusión de los ejes de la Reforma de Salud.
- Plenaria de los resultados de la mesas de discusión.
- Palabras de agradecimiento.

Para cada una de los talleres se conformaron diez mesas de trabajo, con un máximo de diez integrantes en cada una, los cuales fueron asignados por interés e idoneidad con cada uno de los ejes (técnica de los colores con número de grupo); se realizaron dos presentaciones iniciales: una presentación introductoria del proceso de Reforma de Salud (panorama de la reforma y los logros generales) a cargo del Dr. Eduardo Espinoza, Viceministro de Políticas de Salud y otra presentación explicando la metodología del taller y el trabajo de cada una de las mesas. En cada mesa se eligió democráticamente una persona coordinadora quien sistematizó la aportes del grupo y una persona facilitadora que presentó los resultados de la mesa.

A cada grupo se le asignó una guía de trabajo para evaluar y sistematizar los resultados del análisis de la Reforma de Salud. Cada mesa llevó una lectura dirigida para dar respuesta a modo de discusión a preguntas de acuerdo al material entregado.

El mecanismo de análisis incluyó la consideración de cuatro aspectos:

Avances

En este apartado se reflexionaron sobre las acciones significativas consideradas como avances en cada uno de los ejes. Esta reflexión abarcó no solo los resultados sino también aquellos actores que con su esfuerzo y compromiso favorecieron el desarrollo e implementación del eje correspondiente.

Desafíos

Se evaluaron el contexto nacional y actores locales que han obstaculizado el desarrollo de cada eje, así como también aquellos elementos que no han podido implementarse a nivel local y nacional.

Acciones para profundizar el eje

En este apartado se incluyeron las acciones locales o nacionales que deben realizarse para profundizar la Reforma de Salud con el fin de obtener posibles líneas estratégicas y acciones que permitan la defensa de lo logrado y la profundización de cada eje.

Recomendaciones

Se incluyeron recomendaciones para el eje analizado y para el proceso de reforma en general, con el objetivo de sensibilizar a los participantes en el desarrollo de estrategias locales y nacionales para la defensa y profundización de la Reforma de Salud.

En el desarrollo de los nueve talleres de consulta se contó con la presencia de más de 800 miembros del Sistema Nacional de Salud y actores involucrados en el desarrollo y profundización de la Reforma de Salud.

Todos los insumos de los nueve talleres de consulta a nivel nacional fueron sintetizados y presentados en el pleno del Congreso Internacional de evaluación de la Reforma de Salud de El Salvador, como parte de los materiales a considerar dentro de los procesos posteriores de análisis. Fueron presentados acorde a los ejes que serían debatidos para que los participantes de las mesas de discusión conocieran las acciones locales identificadas y aquellos factores fundamentales señalados durante la consulta territorial.

2.3 Metodología del Congreso de la Reforma de Salud

Objetivo del Congreso

Analizar el proceso de Reforma de Salud en El Salvador, ampliamente participativo, identificando desde la perspectiva de diferentes actores, sus principales logros y desafíos.

Proceso y metodología del Congreso de la Reforma de Salud

Para su desarrollo se contó con la participación de 270 personas, entre representantes del SNS, la intersectorialidad, FNS y referentes nacionales e internacionales. Entre estos últimos se destacó la presencia de la Nila Heredia de Bolivia, Víctor Penchaszadeh de Argentina, Juan Luis Uría del País Vasco, Óscar Feo de Venezuela, Pol de Vos de Bélgica y María Hamlin de Nicaragua. A nivel nacional destacó la presencia de la Dra. María Isabel Rodríguez, exministra de salud, el representante de OPS y titulares y niveles gerenciales del MINSAL.

El Congreso de la Reforma de Salud fue desarrollado en San Salvador y este le dio continuidad al esquema metodológico establecido en las consultas territoriales. Inició con el acto de apertura, participando en el mismo referentes nacionales e internacionales, además de miembros del SNS, representantes de la cooperación internacional y organismos internacionales como OPS/OMS.

Posteriormente del acto inaugural, se desarrolló una ponencia magistral a cargo de la Señora Ministra Dra. Elvia Violeta Menjívar titulada *"Avances y desafíos para profundizar la Reforma de Salud en El Salvador"*, en la que se destacaron los avances del proceso de reforma en cada eje. Posteriormente se dio paso a las conferencias conceptuales a cargo de los referentes internacionales.

- La Reforma de Salud en El Salvador – una mirada desde los sistemas de salud en Suramérica de Nila Heredia.
- Alcances del Derecho a la Salud en América Latina y los efectos de la Reforma de Salud en El Salvador sobre su vigencia del Dr. Víctor Penchaszadeh.
- El derecho a la salud del Dr. Juan Luis Uría
- La horizontalización programática como clave operativa en la experiencia de los modelos integrales e incluyentes en la región (Perú, Guatemala, Bolivia y El Salvador) de la Dra. Nidia Cristina Morales.

En los días primero y segundo, se realizaron trabajos por mesa, las cuales contaron con ponencias introductorias impartidas por referentes nacionales, quedando de la siguiente manera:

Martes 21 de Noviembre de 2017	
Eje	Ponencia
Redes Integrales e Integradas de Salud	Caracterización y avances (Dr. Luis Enrique Fuentes) Modelo de Salud Urbana (Dra. Argelia Dubón)
Sistema de Emergencias Medicas	Caracterización y avances (Dr. Carlos Godínez) Atención pre hospitalaria (Dr. Mario Díaz)
Medicamentos y vacunas	Caracterización y avances (Dr. Giovanni Guevara) Evaluación de tecnologías sanitarias (Msc. Margarita García)
Sistema Único de Información en Salud	Caracterización y avances (Ing. Carlos Martín) Vigilancia sanitaria (Dr. Rolando Masis)
Violencia y salud	Caracterización y avances (Dra. Emperatriz Crespín)
Miércoles 22 de Noviembre de 2017	
Foro Nacional de Salud	Transparencia y participación ciudadana (Pol de Vos) Caracterización y avances (Licda. Margarita Posada) Mesas sectoriales (Licda. Morena Murillo)
Instituto Nacional de Salud	Caracterización y avances (Dr. Ernesto Pleités) Política de Investigación en Salud (Dr. Carlos Hernández)
Intersectorialidad	Caracterización y avances (Msc. Oscar Sánchez) CISALUD (Dr. Rolando Masis)
Desarrollo de talento humano en salud	Caracterización y avances (Msc. María Ángela Elías) Medición de metas de RHS (Dra. Gianira Benítez)
Salud ambiental	Caracterización y avances (Ing. Arnoldo Cruz) DISAM (Lic. René Laínez)

Fuente: Documento de Sistematización del Congreso Internacional de la Reforma de Salud.

Posteriormente a las conferencias fueron entregadas a las mesas de trabajo, establecidas dentro de cada salón, la guía para discusión en grupos de trabajo.

Este mecanismo de análisis incluyó los mismos aspectos desarrollados en las consultas territoriales que consideraron los avances, desafíos y acciones y recomendaciones para profundizar cada eje y el proceso de reforma en general.

3. Conferencia inaugural Avances y desafíos para profundizar la Reforma de Salud en El Salvador⁸

Antecedentes

Administrativamente El Salvador se divide en 14 departamentos y 262 municipios, con una población de 6.5 millones de habitantes en el territorio nacional y más de 1.5 millones en el extranjero. El 62.7 % de la población es urbana y el 37.3 % rural. El 52% son mujeres.

Antes de 2009, el Ministerio de Salud solo cubría un 40% de la población del 80% que teóricamente estaba bajo su responsabilidad.

- Existía cobro directo por la prestación de los servicios de salud.
- El sistema de salud era altamente excluyente fragmentado y segmentado, de baja calidad y calidez en la atención en salud.
- La red de servicios, tanto los hospitales como las Unidades de Salud se encontraban en situación de precariedad: la mayor parte del equipo médico quirúrgico era obsoleta y había un serio desabastecimiento de medicamentos, vacunas e insumos, por lo que la población debían comprarlos en el sector privado donde se vendían a los precios más altos del mundo. Los recursos humanos y la infraestructura sanitaria eran igualmente precarios.
- Predominaba un modelo curativo con baja capacidad resolutive y la participación social era prácticamente nula.
- La inversión en salud era de las más bajas del continente y la corrupción era generalizada a todo nivel.

Reforma de Salud en El Salvador

El documento orientador de la Reforma de Salud fue la Política Nacional de Salud "Construyendo la Esperanza", elaborada participativamente para el primer periodo 2009-2014 y actualizada recientemente para el periodo 2015-2019 en sintonía con el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019, que complementan la Reforma de Salud con el fomento al desarrollo humano, la participación ciudadana, el crecimiento económico inclusivo y la territorialización del Estado y las políticas públicas, todo lo cual se vino a sumar al abordaje de la determinación social de la salud y la necesidad de superar las desigualdades.

En ese contexto se concibió a la Reforma de Salud con 8 ejes:

⁸ Presentación de Dra. Violeta Menjivar, Ministra de Salud de El Salvador.

Ejes de la Reforma de Salud



9

En este segundo periodo se agregaron dos nuevos ejes: salud ambiental y el abordaje de la violencia.

Los logros de la Reforma de salud han sido y siguen siendo posibles gracias a tres grandes decisiones que han sido las generadoras del resto de acciones en el sistema de salud público salvadoreño:

- La ruptura de la barrera económica para el acceso a la salud.
- La disminución de las barreras geográficas para acceder a los servicios de salud.
- Realizar una inversión sin precedentes en infraestructura y equipo de salud para reducir las barreras tecnológicas y científicas.

3.1 Avances alcanzados en cada uno de los ejes

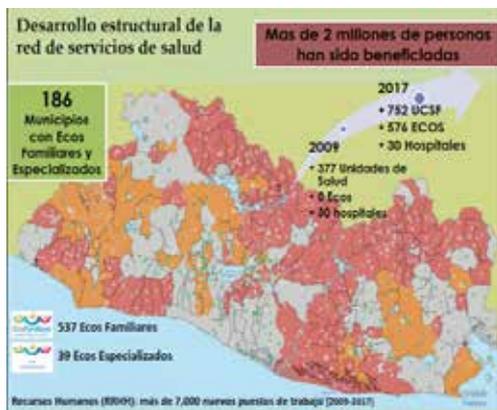
Eje 1 Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS)

Las Redes de Servicios adoptaron la Atención Primaria de Salud Integral para contrarrestar el modelo medicalizado, centrando la atención en la persona, la familia y la comunidad con población nominal a cargo y territorio definido, adscripción a la ficha familiar y dispensarización de las personas⁹.



La Reforma de Salud también adoptó el abordaje de la determinación social de la salud, cuestionando las consecuencias negativas del modelo hegemónico de desarrollo en la salud de la población.

Se consideró indispensable una amplia participación social e intersectorial y la articulación efectiva de los diferentes niveles de atención a través de un sistema de referencia y retorno para garantizar una buena resolutiveidad en la red de servicios e integralidad en la atención. El modelo de atención se cimentó en el fortalecimiento del primer nivel de atención, sin por ello descuidar el fortalecimiento del hospital de referencia. A pesar de ello la fragmentación del sistema de salud es uno de los puntos donde menos hemos avanzado y donde más hay que trabajar, un tema bastante difícil porque hay ataduras jurídicas que nos lo impiden.



El MINSAL ha mejorado en la cobertura territorial y articulación de las redes de servicios. Hemos duplicado los establecimientos, de 377 unidades de salud en 2009 a 752 en 2017. Se han instalado además 576 equipos comunitarios de salud familiar (ECOS) en 186 municipios que llevan el personal de salud a las comunidades y ECOS especializados que dan atención especializada por primera vez en el primer nivel de atención: internistas o médicos de familia, gineco-obstetras, y pediatras según programación.

9 Clasificación de los grupos poblacionales en un territorio definido de acuerdo a su nivel de riesgo en relación a la morbilidad y mortalidad prevalentes.

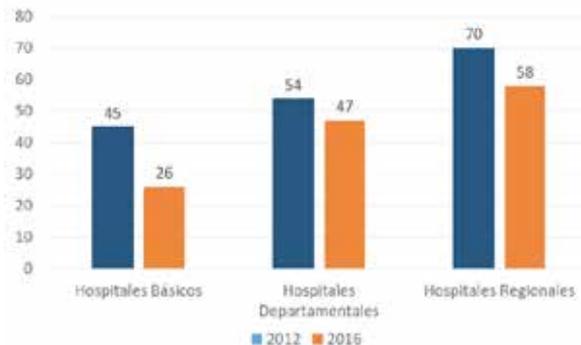
Los 30 hospitales siguen han tenido importantes inversiones en infraestructura y equipamiento nuevo y moderno por más de 400 millones. Lamentablemente en la asamblea legislativa permanece estancado el préstamo para los nuevos hospitales Rosales, el de la zona norte y el fortalecimiento del primer nivel.

El fortalecimiento de los servicios de salud ha requerido más de 7000 nuevos recursos, una medida sin precedentes criticada por sectores conservadores, ignorando que se ha duplicado la cobertura en el territorio, llevando más cerca de casi 2 millones de personas a Promotores de salud, especialistas en salud ambiental, generalistas y especialistas, técnicos laboratoristas y otros.



Hemos roto esquemas con el trabajo en redes, revitalizando el documento de OPS publicado en 2010 "Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas"; existió una simbiosis entre la teoría y la práctica aquí en El Salvador. Gracias a ello aquí en El Salvador están estructuradas y territorializadas 68 Microredes de Salud Municipal e Intermunicipal, 16 redes departamentales: 3 para el departamento de San Salvador y Una para cada uno los 13 departamentos restantes, 5 redes regionales y una red nacional con sus respectivos consejos de gestión donde confluyen personal hospitalario y del primer nivel de atención, algo novedoso en un país acostumbrado a un esquema de compartimientos aislados.

Las cirugías mayores ambulatorias se han elevado de un 7% a un 25% y hasta 2016 se habían disminuido los tiempos de espera en las cirugías selectivas de 45 a 26 días en hospitales básicos, de 54 a 47 días en Hospitales Departamentales y de 70 a 58 días en los Hospitales Regionales.



Entre 2015 y 2016 el Hospital Nacional de la Mujer ha tenido una reducción de la mortalidad materna de un 60% y de un 33% en la mortalidad infantil. Los tiempos de espera de la cirugía oncológica también se han reducido de 20 semanas a 4 semanas y las quimioterapias anuales se han elevado de 375 más de 3,000.

Antes de 2009 se realizaban 175 operaciones anuales de pterigion y catarata. Actualmente el Centro Oftalmológico Nacional operado por profesionales cubanos y salvadoreños realiza un promedio de 5 mil operaciones anuales, incluyendo la cirugía láser para operaciones de retinopatía.

Eje 2 Sistema de Emergencias Médicas (SEM)

En nuestro país, nunca había existido un sistema de emergencias médicas como el actual bajo rectoría del MINSAL, inaugurado en diciembre de 2013 con apoyo de FOSALUD constituyendo El Consejo Nacional de Emergencias Médicas en El Salvador con Ministerio de Salud, la Policía Nacional civil, La Fuerza Armada, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Bienestar Magisterial, Cuerpo de Socorro y Bomberos del Salvador.

Actualmente el Sistema solo funciona en el área metropolitana de San Salvador para ellos se construyeron bases operativas para su funcionamiento, se adquirieron ambulancias equipadas, algunas de ellas verdaderas unidades de cuidados intensivos móviles; gracias a al sistema las personas que lo necesitan son trasladadas de manera oportuna y profesional recibiendo una atención esmerada y de buena calidad. Desde su creación el Sistema de Emergencias médicas ha atendido 219,178 llamadas efectivas.

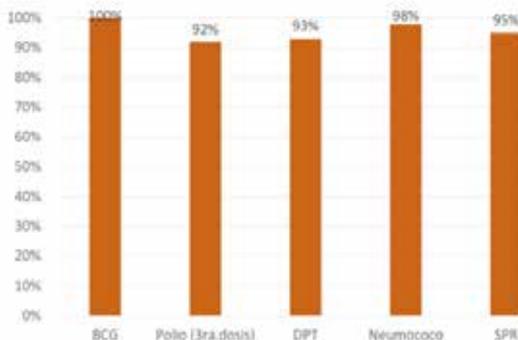
Eje 3 Medicamentos y otras tecnologías sanitarias

En 2012 se aprobó la ley y política de medicamentos con el objetivo de regular el mercado de medicamentos hasta entonces sin control y plagado de conflictos de interés, La ley creó la Dirección Nacional de Medicamentos que implementó la regulación de precios, generando a la población un ahorro acumulado de 240 millones de dólares en 6 años. Los medicamentos regulados a la fecha son unos 6000, para el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, quedando pendiente la inclusión de más al listado regulado.

El Salvador puede convertirse en referente en materia de regulación de medicamentos a pesar de la joven existencia de la institución reguladora. La Dirección Nacional de Medicamentos ha tenido un importante y rápido avance como autoridad regulatoria nacional de medicamentos e insumos médicos, quién ha incrementado su capacidad laboratorial, la supervisión de las buenas prácticas de manufactura y la garantía de calidad de los medicamentos. Para mejorar la calidad y el uso de los medicamentos, el MINSAL en coordinación con la DNM, construye y fortalece el sistema de farmacovigilancia a nivel nacional con un Centro Nacional de Farmacovigilancia y una red de comités farmacoterapéuticos en los prestadores de salud públicos y privados.

Simultáneamente el MINSAL ha incrementado su inversión en medicamento, e implementa diversos procesos para optimizar compras habiendo elevado el abastecimiento en la red de servicios del 50% en 2008 a entre 85 y 90% hoy. Se crearon 3 farmacias especializadas para garantizar suministro continuo a los pacientes crónicos en el occidente, centro y oriente del país, lo que incluye atención sin espera, consejería especializada y gratuidad.

La Ley de Vacunas y triplicar la inversión, elevó las coberturas de vacunación arriba del 90%, disminuyendo todos los casos de enfermedades prevenibles por vacunas, como diarreas por rotavirus, rabia, rubéola congénita, tétano neonatal, lo que se suma a la eliminación del sarampión y la polio desde hace muchos años.



Eje 4 Trabajo Intersectorial

Por decreto ejecutivo se creó en 2009 la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), qué es un espacio donde confluyen más de 40 instituciones públicas privadas y no gubernamentales para el abordaje de la determinación social de la salud cuya agenda está regida por los principales problemas de salud del país. Aquellos que van más allá de la responsabilidad del MINSAL y de las redes de servicio.

Adicionalmente el MINSAL coordina otros esfuerzos interinstitucionales y de organizaciones sociales: Alianza Neonatal, Alianza por la Seguridad alimentaria y nutricional, Alianza por la salud sexual y reproductiva y Alianza intersectorial para adolescentes y Jóvenes.

Eje 5 Foro Nacional de Salud y participación social en salud

En nuestro país nunca en la historia había existido apertura para la participación social en salud con la Reforma de Salud, se rompió el esquema a la apertura de espacios para la participación ciudadana y la contraloría social. También el Gobierno anterior creó la Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción. Nuestra participación en salud da la oportunidad de que los planes locales se puedan construir con el concurso ciudadano. Para hacer efectiva la participación ciudadana se han identificado 3,459 comités comunitarios de salud en el territorio nacional coordinados entre salud comunitaria del MINSAL y el Foro Nacional de Salud. Adicionalmente se han identificado 2,124 juntas de aguas y 3,115 ADESCOS a nivel nacional que articulan en el territorio con el Ministerio de Salud.

Desde el inicio de este gobierno se han realizado 4,885 asambleas comunitarias y más de 28,000 reuniones con grupos organizados de las comunidades (comités de salud, Foro Nacional de Salud, juntas de agua, voluntarios) para abordar temas de salud.

Están creados y funcionando los mecanismos de integración de los referentes del Foro Nacional de Salud en los comités de gestión de las RIIS del Ministerio de Salud dando inicio a un sistema de contraloría social con participación ciudadana en coordinación con el Foro Nacional de Salud.

Este sistema de contraloría funciona en 24 hospitales nacionales y en 5 Regiones de Salud donde se articulan los usuarios de los servicios, los representantes del Foro Nacional de Salud y el Personal de Salud para recibir las denuncias de la población, realizar el procesamiento y dar respuesta a fin de generar mejoras en la calidad, la calidez y en la humanización de los Servicios de Salud. Desde su apertura se han atendido y respondido 6,708 solicitudes.

Eje 6 Instituto Nacional de Salud

El abandono de la investigación terminó con la creación del Instituto Nacional de Salud y el fortalecimiento de su Laboratorio Nacional de Referencia, que como parte del proceso de modernización en salud, generan conocimiento del proceso salud-enfermedad y aportan a la generación y actualización de políticas públicas y la vigilancia sanitaria y la cualificación de la respuesta ante emergencias sanitarias y desastres.

El Instituto Nacional sigue siendo una apuesta de esta gestión donde se han realizado al menos 3 encuestas nacionales: Encuesta Nacional de Salud (ENS-Mics), la encuesta sobre enfermedades crónicas del adulto en El Salvador y la encuesta sobre el consumo de drogas en la población escolar.

Hay 37 estudios, concluidos o en proceso abordados desde la determinación social de la salud con temas como: sistemas y servicios de salud, salud ambiental y riesgos ocupacionales, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva, sustancias nocivas y violencia, embarazo en niñas y adolescentes y otros.

La información generada se utiliza para mejorar la calidad de atención que recibe la población en todos los establecimientos de la red de servicios, además se han institucionalizado los congresos anuales de investigación en salud que permiten generar conocimiento desde el nivel local y calificar a nuestro personal en la investigación científica.

Eje 7 Sistema Único de Información en Salud

La Reforma de Salud no solamente mejoró, amplió y unificó en un único sistema los más de 40 sistemas encontrados en 2009, sino que también incrementó el número de Unidades Notificadoras de 311 en 2009 a 1,234 en la actualidad incluyendo todos los prestadores públicos y algunos privados generando semanalmente información sanitaria desde todo el territorio nacional, que es altamente representativa de la situación de salud nacional. Los datos se procesan y transforman en información para mejorar la vigilancia sanitaria, controlar enfermedades y epidemias, elaborar políticas y planes y en general para tomar decisiones de toda índole. Por ejemplo, el manejo de las enfermedades transmitidas por el zancudo ha sido exitoso en los últimos años, gracias

al fortalecimiento de la vigilancia de la salud con ayuda del SUIS y el trabajo articulado entre la Dirección de Vigilancia de la Salud, el personal de la RIIS, la organización comunitaria y la movilización del Sistema Nacional de Protección Civil.

El sistema integrado de atención al paciente (SIAP), es la base para la generación de información constituye el expediente clínico en línea que a futuro debe de convertirse en el expediente único. Inicialmente se está implementando en los 30 hospitales y en algunas Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en él se incluye historia clínica, imagenología digital, exámenes de laboratorio, recetas electrónicas entre otros. El expediente garantiza agilidad, continuidad en la atención y mejora en el control de los recursos, todo lo cual redundará en la mejor calidad de atención al usuario del servicio.

Hemos avanzado en el geoposicionamiento de enfermedades, inequidades, vigilancia centinela y otros muchos aspectos que nos permite caracterizar cada vez mejor las condiciones en las que la población vive, estudia y trabaja y como se determina socialmente su salud y los modos de enfermar y morir.

Eje 8 Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

Se ha mejorado la disponibilidad de recursos humanos para los más pobres en el país. Según la OPS la meta de recursos humanos en salud es de 25 por cada 10,000¹⁰. De 2010 al 2015 la mejora de este indicador ha sido significativa aumentando la densidad poblacional de recursos humanos en departamentos postergados históricamente (La Unión, Morazán, Usulután, San Vicente, Cabaña, Cuscatlán, Chalatenango, Sonsonate y Ahuachapán) que han sido los más beneficiados. Esta distribución se realizó tomando como criterio la ruralidad, el índice de pobreza y la prevalencia de desnutrición crónica para incidir sobre las desigualdades.



10 El indicador solo incluye a personal médico, de enfermería y materno infantil, como elementos representativos de todas las categorías de recursos humanos.

Eje 9 Violencia y salud

El país vive un fenómeno de violencia con raíces estructurales en la exclusión, la desigualdad, la pobreza y el crimen organizado, generando una compleja situación que impacta en la salud física y mental de la población salvadoreña, para contrarrestarla se está desarrollando un abordaje integral que incluye: atención a víctimas, prevención de violencia y represión del delito, como parte del aporte que el MINSAL hace al plan El Salvador Seguro, desarrollando 12 estrategias relativas al impacto de la violencia en la salud, 11 de ellas de prevención de la violencia y una de protección a las víctimas.

Actualmente 20 hospitales del MINSAL, cuentan con áreas especializadas para la atención de víctimas de la violencia. De igual forma se han promovido la formación de recursos humanos para la atención especializada de las personas afectadas por la violencia. Desde la puesta en marcha del Plan El Salvador Seguro en coordinación con otras instituciones públicas y consejos municipales se han atendido cerca de 99,000 jóvenes y algunas de sus familias con diversas intervenciones de prevención de la violencia, como grupos de autoayuda para mujeres adolescentes y jóvenes, círculos educativos para niñas y adolescentes embarazadas, intervenciones de Salud Mental en el fracaso escolar, prevención e identificación temprana de la conducta suicida, familias fuertes, prevención de la discriminación por razones de sexo y respeto a la diversidad sexual, prevención del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Eje 10 Salud Ambiental

Existe una deuda social histórica sobre el tema de salud ambiental en nuestro país por desregulación de los mercados de alimentos y bebidas, de agroquímicos que dañan la salud de la población. Desde el Ministerio estamos aportando al abordaje integral de la Salud Ambiental y con la mejora del abordaje integral de la salud ambiental, la regulación de bebidas y alimentos tratando de evitar esa descomunal comercialización de alimentos dañinos para la salud de la población que van desplazando la alimentación saludable.

De igual forma trabajamos por el control de la contaminación en coordinación con el Ministerio de Medioambiente, La regulación del uso de agroquímicos tóxicos, así como la lucha por la salud ambiental y la buena nutrición todavía.

En la asamblea está la petición de los 3 ministerios: Ministerio de salud, Ministerio del ambiente y el Ministerio de agricultura que se prohíban los 63 pesticidas que están enfermando y matando a nuestra población.

En 2016 OPS otorgó el reconocimiento a El Salvador y otros dos países en América Latina, como *Campeones en la lucha contra la malaria*.

Retos y desafíos

El principal reto es la sostenibilidad financiera de la Reforma de Salud. Si se resolvieran los altos niveles de evasión y elusión fiscales que hay en El Salvador, no existirían tantas dificultades para poder financiar la salud pública en el país. Para poder incidir se requieren fuertes decisiones políticas y correlaciones favorables. El Gobierno ha presentado iniciativas para mejorar los ingresos a las finanzas públicas que han sido bloqueadas en la Asamblea Legislativa, lo cual impide invertir en programas sociales como la Reforma de Salud.

Otro reto a la sostenibilidad es el respaldo jurídico de la Reforma de Salud. Se ha presentado un proyecto de ley marco del Sistema Nacional de Salud integrado formulado con el apoyo de OPS/OMS y que incluye los ejes de la reforma.

Alcanzar la Sostenibilidad Política de la Reforma requiere trabajar en la construcción y consolidación de la base social fundamental que sea garante y encargada de la defensa y continuidad de la Reforma de Salud, un estamento político sólido que defienda lo conquistado y que no permita retrocesos.

Avanzar en el control de las Enfermedades Crónicas No transmisibles que es un problemática en nuestro país.

Recientemente el Ministerio de Salud ha lanzado un moderno modelo de Salud Urbana el cual es otro componente importante de las estrategias de la Reforma de Salud donde se adaptan los ejes de la Reforma para aplicarlos en la complejidad de la gran urbe donde las personas realizan sus actividades vitales, en este modelo se han planteado intervenciones integrales, integradas dirigidas al fortalecimiento de los factores protectores de las personas, sus estilo de vida, reducir sus factores de riesgo en contextos complejos donde existe contaminación ambiental, situación de violencia, problema de malnutrición, aumento de enfermedades crónicas y un déficit de la planificación urbanística en nuestro país que también afecta la salud pública.

Este nuevo modelo de salud urbana es un esfuerzo por sintetizar los principales factores que inciden en el perfil de salud del país en relación con el crecimiento y el desarrollo urbano que ha experimentado El Salvador en los últimos años.

4. Conferencias conceptuales



4.1 La Reforma de Salud en El Salvador – una mirada desde los sistemas de salud en Suramérica¹¹

Cabe resaltar que lo que está sucediendo en El Salvador es un hito muy importante dentro la historia de los procesos políticos sanitaristas. Es particularmente importante pues han decidido evaluar, para ajustar, para continuar en esta carrera tan importante que es la de construir, de gestionar una política de salud a lo largo de este tiempo.

La Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud no tiene autoridad institucional de ningún nivel, por lo que no realizará una evaluación del proceso salvadoreño, pero si realizara y se ha estado realizando un seguimiento del proceso político sanitario, porque los procesos son siempre largos y son construcciones no es una ley que se dice y a ver cómo se aplica, sino un proceso político sanitarista como tal. Esta es una decisión tal vez política que se toma un momento, pero la gestión es un proceso que se construye día a día no hay equipo seguramente, hay gente que la dirige pero al dirigir este, si hay algo que no debe hacerse es quedarse en el pedestal para seguir dirigiendo, sino el que dirige, el que gestiona, el que ejerce un liderazgo debe tener la capacidad, la habilidad, la modestia de bajar a la base y cómo algún momento dijeron algunos

¹¹ Presentación de la Dra. Nila Heredia, Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud ORAS – CONHU. Ministra de Salud del Gobierno en Bolivia en dos ocasiones y ex Coordinadora General de ALAMES.

compañeros es mandar obedeciendo. El mandar obedeciendo no es solamente una palabra bonita, el obedecer no significa dejar de mandar, no significa dejar de orientar, la autoridad tiene la obligación de orientar, el líder tiene la obligación de orientar, pero al mismo tiempo de escuchar y escuchando debe direccionar, modificar o fortalecer y el que gestiona, el que lidera, también absorber la enseñanza y enseñar.

En este sentido quiero indicar que construir una reforma de salud como lo está realizando El Salvador y como muchos países lo están intentando hacer, no es una tarea fácil que se decide en un momento. Se plantean metas de corto mediano o largo plazo, no necesariamente metas inamovibles, porque puede haber algunas que se alcancen antes y entonces hay que modificar. El tema de la construcción de un proceso político sanitario que puede ser una reforma o una revolución habrá que verla porque hay reformas y reformas. Hay reformas para avanzar y hay reformas para estancar.

¿Cómo abordamos el derecho a la salud?

¿Que entendemos por derecho a la salud? ¿Cuál es el tipo de abordaje que deberíamos hacer? ¿Cómo logramos ejercer el derecho a la salud?

El derecho a la salud puede ser exclusivamente una definición, como lo plantea Naciones Unidas en la Declaración de los Derechos Humanos cuando dice que todos tenemos derecho a la salud. Pero existe un salto importante, una diferencia entre decir que se tiene el derecho y al mismo tiempo ejercerlo, para lo cual hay un camino. Y si bien el derecho a la salud es un acuerdo basado en principios, porque es un principio el derecho de las personas, ese derecho puede ser exclusivamente una definición jurídica. Ocurre que este acuerdo basado en principios no logra tener cuerpo, no logra ser visibilizado, no logra ser realizado de alguna manera, sino a través de una construcción basado en el derecho social; es decir, el derecho a la salud como un derecho individual, no es suficiente si no hay una concepción de la salud como un derecho social y al ser un derecho social es un derecho colectivo, entonces solamente cuando las personas hemos logrado comprender que mi salud no depende sólo de mí, sino del conjunto, porque si yo estoy enferma, la familia está enferma, si la familia está enferma, está mi comunidad, entonces es un hecho social y lograr la construcción basado en el derecho social es un salto cualitativo importante que muchas veces los procesos dentro de los movimientos sociales han ido avanzando de una manera tal que frecuentemente este derecho termina siendo incorporado como una reivindicación social.

Una reivindicación social en la cual un Estado puede definir y decidir si evidentemente tiene razón y realizar las medidas que parezcan pertinentes, pasa de ser un derecho jurídico individual a ser un derecho jurídico social que es un salto cualitativo importante.

A través de esto podemos ver que el tema de salud no es un tema solo técnico ni solo jurídico, sino que también logra un cambio social en la medida que la población va adquiriendo conciencia que tiene ese derecho.

Pero no es suficiente que sea aceptada como una reivindicación social. ¿Cuándo este derecho social logra adquirir un nivel político? cuando la población toma conciencia que los derechos sociales para llegar a ser ejercidos tienen que llegar a un nivel político. Una construcción política basada en el ejercicio pleno del derecho se da solo cuando la población organizada asume el derecho de ejercer la salud como un derecho pleno, solo entonces va a transformarse en un derecho exigible al Estado.

¿De qué depende ir adelante? de que la población avance y entienda que no depende de la buena voluntad de la autoridad hacer un derecho exigible, sino depende del nivel de construcción y organización política de la población misma.

La Reforma de Salud de El Salvador no habría sido posible, si no hubiera un salto en el nivel de organización y de incorporación del derecho de la salud exigible al Estado, pues es una construcción. Y si bien lideraron esta Reforma de Salud la Dra. María Isabel Rodríguez y todo el equipo, no hubieran podido avanzar si la población no hubiera estado organizada, y no sería solo de informar a la población sobre el curso a seguir sino también involucrarla en el desarrollo junto con las exigencias de la misma población para acompañar este esfuerzo.

El diseño de las políticas de salud y el sistema de salud refleja y depende de:

El nivel de exigibilidad alcanzado, es decir el grado de conciencia de la población. Si la población no tiene conciencia de su derecho, no lo exigirá y solo se contentará con un nivel de reivindicación.

El involucramiento social en la construcción y en la gestión social sanitaria. En la construcción de la política sanitaria y gestión sanitaria cuando se habla de prevención, promoción e inclusive de planificación en cualquier nivel, la población no solo escucha sino también *cogestiona*, al *cogestionar* se hace *corresponsable* y tiene el derecho de exigir y no solamente escuchar, pues esto es lo que establece una diferencia en la participación popular, que desde hace rato existe en todos los libros; porque una cosa es participar para firmar y asistir a una reunión y otra cosa es participar para *cogestionar*.

Comprensión del derecho a la salud en el proceso de formación de los recursos humanos. Es decir, si las universidades y los propios trabajadores de salud (profesionales médicos y trabajadores) no comprenden el tema del derecho a la salud como un hecho no solamente personal sino social, entonces esta reforma estaría extraviada; porque el que hace trabajo, el que construye, el que técnicamente contribuye a la salud es justamente el trabajador en salud. Entonces, de este factor estaría dependiendo el grado de permeación ideológica permitido por las universidades a la organización, el interés corporativo o el sistema social. Este es uno de los puntos más importantes y críticos, porque casi en todos los países, en unos más que en otros, las universidades no se comunican con los ministerios y no hacen por diferentes razones: porque han aumentado el número de universidades privadas y por tanto se diluye quien es el interlocutor o porque en esta lógica anárquica han terminado dándose permiso a una

cantidad de universidades y formación de otros profesionales donde los ministerios se han deslindado de la obligación y la responsabilidad de saber qué tipo de profesional se está formando. Es tal vez una de las patas más flojas en la mayoría de los procesos sanitarios que estamos teniendo.

Otro elemento es la construcción de la dimensión de la salud. ¿Cómo construimos la dimensión salud? ¿Qué puede hacer una construcción inducida ideológica, técnica, financiera o política? ¿Quién nos induce a ver el tema salud a partir de toda una suerte de elementos? ¿Qué nos induce a entender salud como un hecho técnico exclusivamente o si está construida en el recorrido histórico de la población? Entonces en un caso podrá ser una construcción ideológica a partir de un modelo occidental academicista o al mismo tiempo construido en el recorrido histórico de las poblaciones y todas las poblaciones tienen saberes y tienen conocimientos. Existe una medicina tradicional y una medicina popular y por tanto el reconocer la existencia de estos saberes es fundamental en la construcción de un proceso de reforma sanitaria. Porque si nosotros pensamos que el modelo académico occidental es el único que la población debe saber y debe obedecer, estamos equivocados porque la población construye salud.

Otro tema importante es el perfil ideológico de los mandantes nacionales, si están en una posición ideológica contraria a todo esto, entonces obviamente los procesos se caerán.

Con estos criterios he querido entrar al debate central de la salud como un derecho de acuerdo a la capacidad de pago o la salud como un derecho exigible al Estado.

Si la salud es un derecho de acuerdo a la capacidad de pago, estamos sometidos a lo que ha sido todo este proceso que ha dado como lugar la reforma de salud del acuerdo de Washington donde comenzaron a trabajar lo que ha significado y sigue vigente, que es el aseguramiento. Y a partir del nombre de aseguramiento, actualmente la OMS ha adoptado el nombre de cobertura universal, porque ese es el aseguramiento, es decir que todos estén asegurados. Pero no hay garantías de que va a recibir en la atención, es decir el aseguramiento universal serán paquetes de acuerdo a capacidad de pago.

Este tema que ha sido absolutamente discutido y debatido por parte de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y ha sido uno de los puntos más importantes en la discusión que se logró modificar gracias a gobiernos progresistas. En el caso del continente americano esta decisión de la cobertura universal a nivel mundial, se logró modificar incorporando otro elemento que es el acceso universal. Entonces el debate central está por una parte en el modelo anterior biologicista de aseguramiento, de la fragmentación de la población por niveles de capacidad de pago y por otra en la salud como responsabilidad del Estado y al ser responsabilidad del Estado, es un derecho exigible y significa que todos tenemos el mismo derecho a la salud con la misma calidad, con la misma justicia, integral, equitativo, sin cobro en el punto de atención.

Se ha construido a través de esto el Sistema Único Universal de Salud, entendiéndose que todos tenemos el mismo derecho a la Salud y por tanto acceso universal a la

salud. A nivel mundial los presidentes tuvieron la necesidad de una decisión mundial de lograr la cobertura Universal de salud, una discusión aprobada por los presidentes y la OMS posteriormente fue trabajándola mejor y fue presentada por la OMS y terminó como cobertura Universal. Este tema tuvo muchísimo debate en todos los niveles y es importante indicar que en la reunión de OPS de 2015, fue llevada a cabo la discusión que se había hecho en todos los países. Al momento de la discusión los países de UNASUR, a la que se incorporaron casi todos los países de Centroamérica, votaron por el hecho de que si bien a nivel universal se aceptó el tema de la cobertura, se exigía el tema del Acceso Universal de la Salud; no es suficiente, pero al menos modificó la connotación de lo que significó la primera decisión que tuvo la OMS. Es bueno en todo este debate no olvidar que el tema de la cobertura está llevando por detrás muy encubierto lo que es el aseguramiento y por tanto la fragmentación de la población de acuerdo a la capacidad de pago, el acceso universal de la salud tiene una connotación mucho mayor y como se estaría reflejando en las estrategias de las metas de Recursos Humanos hacia el 2035.

El Organismo Andino de la Salud

Conformado por los 6 países en el área andina es decir en el occidente de Suramérica (Venezuela, Colombia, Argentina, Bolivia, Perú y Chile), tiene una población de 160 millones habitantes en los 6 países de los cuales no menos de 50 millones son de origen indígena originaria o afrodescendientes. Es importante identificar, esto porque quiere decir que las políticas en estos países tienen que tener particularidades porque la mayoría tenemos raíz en estas poblaciones y una política de salud no puede desconocer este elemento y pensar que las políticas se transforman, se organizan y se plantean de acuerdo a un modelo que puede ser traído de cualquier lado desconociéndose esta particularidad.

Los procesos de salud en Latinoamérica con respecto a El Salvador

Venezuela

Es otro país con similitudes con El Salvador y reconoce a la salud como un derecho social fundamental, que dice expresamente "La salud es un derecho social fundamental y es obligación del estado que lo garantiza como parte de la vida. Hay debilidades en el proceso venezolano, las hay, hay construcciones que tienen debilidades, pero su constitución política hace que reconozca el derecho a la salud y la obligación del estado reconociéndolo como un derecho civil.

Un elemento importante en Venezuela comparado con El Salvador es que la atención primaria en Salud es un elemento muy fuerte que han trabajado a partir de lo que se llama Barrio Adentro, contando con el apoyo de 25 mil trabajadores cubanos y alrededor de 30 mil médicos venezolanos progresivamente incorporados al programa Barrio Adentro, que han ido reemplazando a los cubanos. Siendo esta la base fundamental del proceso venezolano.

Ecuador

Ecuador en su constitución política también reconoce a la salud un derecho que garantiza el estado cuya realización se vincula el ejercicio de otros derechos, es decir Venezuela y Ecuador están reconociendo tácitamente el derecho a la salud pero al mismo tiempo obligación del Estado. Ecuador ha realizado muchas tareas, ellos tienen las redes de salud muy bien estructuradas y tienen algunas particularidades importantes, en función de la ubicación que tienen un buen entrenamiento en trabajo de riesgos, de atención primaria, discapacidades y una lucha muy fuerte en la promoción de la salud con énfasis en enfermedades no transmisibles.

Bolivia

La constitución política de Bolivia dice “todas las personas tienen derecho a la salud y el estado garantiza la inclusión y acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación, el sistema único de salud será universal y gratuito” y en algunas partes incorpora a la medicina tradicional como parte del sistema, porque Bolivia reconoce que está conformado por 34 naciones indígenas originarias, siendo parte del reconocimiento el cambio de República de Bolivia a Estado Plurinacional de Bolivia.

Estos tres países en su constitución están reconociendo a la salud, están reconociendo la obligación del estado y los tres han construido el Sistema Universal de Salud y no es que los constituyentes de buena voluntad lo han realizado, ha sido producto de la presión de los movimientos sociales, de lo contrario no se habría alcanzado eso.

Colombia

Colombia se encuentra alineado con un modelo neoliberal, su constitución dice “La atención de la salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”, no hay derecho a la salud, no hay garantía del Estado, no hace referencia a quien y como se paga. “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Es por ello que Colombia en los años 90 declaró una norma, la ley 100 donde clara y expresamente incorpora la lógica del aseguramiento, de la privatización, delega las funciones a empresas de tal manera que el Estado las ha reducido a un nivel de atención primaria mínimo y de muy baja calidad.

Perú

Establece en su constitución (1976) “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. El Estado no garantiza la salud. Las constituciones y como se expresan nos da el nivel de percepción sobre el derecho social, sobre el derecho de las personas y sobre la obligación del estado. El sistema está conformado por el sector público y privado.

Chile

La constitución de Chile menciona “el derecho a la protección de la salud, el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”, “cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado”. Esto se ve reflejado en la capacidad de organización de la población que no le da la capacidad de exigir un mejor nivel de atención.

Presentando estos tres países cuyos sistemas están basados en el aseguramiento y el asistencialismo (Colombia, Perú y Chile) ¿Qué resultados tienen actualmente?: hay descontento, interpelaciones, disminución de la calidad, hay un problema, pues si bien han tenido modificaciones por presión social, persiste el modelo privatizador a expensas del acceso de la población. Existe un problema muy fuerte en la relación laboral de los recursos humanos porque están ligados no a la calidad del servicio sino a la exigencia de atenciones y exámenes de laboratorio que obedecen a la lógica empresarial. Esto hace que los profesionales no vayan al primer nivel de atención pues no es bien remunerado sino que permanecen en el nivel central o privado.

Aquellos países que responden a un sistema basado en derechos, la universalidad, la Atención Primaria de Salud y la responsabilidad, son países en los que se tiene mayor equidad, mejoramiento de los indicadores sanitarios, inclusión y participación social organizada; pero también se presentan debilidades: financiamiento insuficiente, persistencia de la fragmentación del sistema, asistencialismo. Una guía importante ha sido el Sistema Único de Salud de Brasil quien a medida que ha ido complejizando la atención, ha incrementado los costos, lo que ha significado problemas en el financiamiento, porque las personas de clase alta, no quieren acceder al primer nivel de atención pero si quieren tener acceso a los niveles de atención complejos, que tienen un gran costo, por lo que Brasil está tratando de consolidar el primer nivel de atención con el programa de Mais Medicos (Más Médicos).

Otra debilidad es el poco acompañamiento de la formación universitaria que continúan formando con énfasis en el tema asistencial. Generalmente los estudiantes salen y quieren acceder directamente a un nivel de especialidad y no a niveles primarios o del primer nivel de atención.

Lecciones que nos puede enseñar El Salvador

¿Cuáles son las lecciones que puede enseñar El Salvador?

Me parece importante relevar uno de los problemas al que nuestros países le han apostado que es el Sistema Único de Salud, que en el caso de El Salvador, no se ha debilitado con el tema de cambio de autoridades de manera permanente; lo que ha facilitado el tipo y la continuidad en la gestión que ha permitido la ejecución de la política sanitaria y la forma de llevar a cabo esta política.

Este día veo además que han apostado primero por 8 ejes de una manera que ha permitido ordenarse mejor y al mismo tiempo de manera más clara en estos ejes.

Los resultados de la Reforma de El Salvador son realmente importantes, no es una tarea fácil, es resultado de un trabajo muy grande sobre el cual quiero reiterar y magnificar el tema de la continuidad de las autoridades y el ajuste periódico, así como el acompañamiento de la población a nivel de la organización social. El equipo de gestión está en continúa capacitación y formación, no sólo técnica sino que también política, y al mismo tiempo existe un tercer elemento muy importante: el involucramiento y la participación significativa de las organizaciones sociales en la gestión de la salud, lo que ustedes llaman el Foro Nacional de Salud y la organización social, generadoras de una renovación y actividad permanente de debate y discusión.

¿Cuáles podrían ser los retos?

El tema de la interculturalidad. Para nuestro sector en el área andina la interculturalidad es central, ya que no solamente es el reconocimiento de otros saberes sino también el reconocimiento de otros grupos sociales.

Otro elemento es el cambio climático más allá de las áreas de la salud ocupacional. Para el área andina el tema del cambio climático es central, se caracteriza por la cantidad de riesgos a desastres naturales que tienen nuestros países. Todos nuestros países están o con terremotos o con sequías o inundaciones, con deslaves y cada vez están peor. El tema de cambio climático involucra al menos dos aspectos: riesgos y desastres para el cual se necesita un tipo de capacitación y un tipo de redes especiales porque en las redes no solamente se traduce en cómo se auxilia sino que la gente que cae en este tipo de desastre pueden ser personas que no hablan el español, discapacitados, personas con necesidades diferentes y que necesitan un tipo de atención especial. El otro tema es el impacto del cambio de climático y lo que significan los riesgos posteriores, el post desastre, para el cual los sistemas de salud no necesariamente están preparados, durante el desastre se requiere atención pero del post desastre nadie se acuerda.

Comentarios finales del Dr. Oscar Feo¹²

Queda claro la contradicción fundamental atraviesa las Reformas y las políticas de salud en el continente, es la contradicción entre la salud como derecho y la salud como mercancía. Hay una concepción que domina el mundo de la salud pública que afortunadamente no es dominante en El Salvador, pero esa concepción hegemónica, a pesar de que no lo dice porque hay una gran disputa por el discurso y quienes privatizan, lo hacen en nombre del derecho a la salud. Los textos de los organismos internacionales financieros como el Banco Mundial lo que plantean es la privatización, pero hablan en nombre del derecho a la salud. No basta con hablar del derecho a la

¹² Médico y salubrista venezolano. Miembro de ALAMES y del cuerpo docente de los cursos de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos que se desarrollan en El Salvador.

salud, es necesario que se generen políticas públicas desde El Estado para garantizar este derecho. La clave está en no creer el discurso de países como Colombia y Perú donde hay reformas claramente privatizadoras. Estos discursos hablan del derecho a la salud, pero no es el mismo derecho a la salud peruano o colombiano que el salvadoreño o el boliviano.

Hay una concepción muy arraigada en la salud pública latinoamericana que es la concepción de que la salud es un derecho individual y que por ser un problema individual se resuelve en el marco de la relación entre el individuo, su familia y la iniciativa privada, en otras palabras la salud en el mercado, la salud en la oferta y la demanda.

La otra concepción es la salud como derecho que debe ser garantizado por el estado, pero hay algunas claves que es importante resaltar, una primera clave es la que nos asoma la contradicción entre políticas universales y políticas focalizadas. Hay quienes hablan del derecho a la salud pero diseñan políticas focalizadas para lo que llaman poblaciones vulnerables, qué son los pobres. Nosotros no hablamos de política focalizada, nosotros podemos tener prioridades, que es distinto; pero las políticas son universales para todos y para todas, esa es una diferencia fundamental en las diferentes reformas de salud: las políticas focalizadas y las subvenciones convencionales que promueven organismos financieros internacionales y las políticas universales que diseñamos desde reformas como la salvadoreña.

El segundo eje que marca Nila con mucha claridad es el de las reformas tecnocráticas hechas por técnicos que vienen de los bancos y las reformas hechas con la participación ciudadana. Nila señalaba que uno de los elementos distintivos de las reformas participativas, es la participación comunitaria, la participación social. Pero además de esa participación social y comunitaria, que es promovida desde el Ministerio de Salud de El Salvador, se cuenta con algo que sí es poco frecuente en el mundo: la de organizaciones como el Foro Nacional de Salud que tiene voz propia y es capaz de criticar y de señalar rumbo; en ese sentido el Foro Nacional de Salud es realmente un elemento central en el éxito de esta reforma.

Otro eje señalado por Nila es la formación de los recursos humanos. En general en el continente observamos como los profesionales y los técnicos de la salud se forman para el mercado, se forman para la práctica liberal de la profesión, se forman para una concepción mercantil de las profesiones de la salud. Entonces si queremos avanzar en una reforma que pretenda garantizar el derecho a la salud desde la política pública, tenemos necesariamente que formar los cuadros, no para el carácter mercantil y liberal

de la salud, sino para el carácter público. En ese sentido ese proyecto de formación de cuadros que ustedes han venido desarrollando a lo largo de estos años es fundamental. Tener hoy, con el acompañamiento de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos, casi 400 cuadros formados políticamente en el ejercicio del derecho a la salud es un elemento fundamental.

Hoy la salud se ha convertido en un espacio necesario para la acumulación del capital. El último informe de OXFAM sobre la concentración del capital, nos demuestra no sólo que el 1% de la población más rica controla el 99 % de la riqueza, sino también que el 1% más rico está constituido entre otros por los sectores del complejo médico-industrial-financiero, por la industria farmacéutica y por la industria aseguradora que promueve la cobertura universal a través del aseguramiento.

La salud se ha convertido en un espacio en donde no se dirime el tema de cómo generar salud o recuperarla sino cuánto acumula la industria farmacéutica vendiendo fármacos o la industria aseguradora vendiendo seguros de salud. En ese sentido si nosotros no tomamos conciencia de esto, cuando somos gobierno las políticas públicas terminan siendo determinadas por los intereses del complejo médico industrial.

El determinante fundamental de las políticas públicas de salud en el continente, es el complejo médico industrial. En este caso, lo que se compra en equipo, en tecnología, en vacunas o en medicamentos no es en función de los intereses de la gente sino en función de los intereses del complejo médico industrial. La tecnología y los medicamentos estarán permanentemente presentes, pero es necesario estar muy alerta para que la reforma procure que el acceso a estos elementos sea racional.

Es importante la inclusión en el discurso del Buen Vivir, el concepto de la salud como parte fundamental de una política pública dirigida al buen vivir, a la vida buena, a un nuevo modelo de vida, de consumo, de producción y de relación entre los seres humanos y con la naturaleza. La salud tradicionalmente concebida como enfermedad ha dado paso a la salud concebida de distintas formas. Pero hoy es fundamental el rescate de la salud como parte de una concepción de la buena vida, del buen vivir, de un modo de vida saludable y allí nosotros tenemos necesariamente que decir que la génesis de las desigualdades en salud y de muchos modos prematuros de enfermar y morir está en el modo de producción capitalista, en la forma como producimos y como consumimos. Por lo tanto es indispensable plantear en el marco de la salud concebida como nueva forma de vivir, una nueva forma de relacionarnos entre nosotros y con la naturaleza, una nueva forma de consumir, una nueva forma de producir, qué son modos de vida saludable. Esto implica romper con el modo de desarrollo, con el modo de producción que hegemoniza en estos momentos en la sociedad. De esto se trata la determinación social de la salud.

4.2 Alcances del Derecho a la Salud en América Latina y los efectos de la Reforma de Salud en El Salvador sobre su vigencia¹³

En esta presentación se dará una visión de la problemática actual y desafíos futuros de la bioética en relación a la salud en América Latina, con especial mención a los efectos de la Reforma de Salud en El Salvador sobre el derecho a la salud.

Derecho a la salud

De acuerdo a la OMS la salud es el “completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Desde la segunda mitad del siglo XX el derecho a la salud ha sido reconocido en numerosos tratados internacionales. Entre éstos cabe mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1948, hace 70 años) que en su artículo 25 establece que “Toda persona tiene un derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”. Otro instrumento fundamental es el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Naciones Unidas, 1966), que en su Artículo 12 establece que “Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y que para hacerlo realidad deben “adoptar medidas hacia la realización progresiva hasta el máximo de los recursos de que dispongan”. El pacto establece que las responsabilidades de los estados van más allá de los servicios de atención médica y más allá de paquetes mínimos de servicios. Al ser justiciables, otorga herramientas a individuos y comunidades para hacer valer su voz en las decisiones que definen, controlan o afectan su bienestar y su salud.

Estos tratados han sido seguidos por muchos otros instrumentos regionales e internacionales donde se establece y se especifica la responsabilidad de los estados en la salud de la población. Entre ellos figura prominentemente la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma Ata en 1978, que sentó las bases para considerar la salud como un proceso social y la atención primaria de la salud como estrategia para la expansión del derecho a la salud a toda la población. Asimismo, es fundamental la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005, que en su artículo 14 “Responsabilidad Social en Salud” explicita los componentes del derecho a la salud. Como veremos, la Reforma de Salud en El Salvador ha seguido, y con gran éxito, las formulaciones de la Conferencia de Alma Ata.

Lo que sigue es un bosquejo de la inequidad e injusticia global

Algunos indicadores clave proveen una imagen de graves irregularidades e injusticias en la salud mundial. El 1% más rico del mundo tiene más dinero que el 99% restante del planeta, y sólo 8 personas tienen más riqueza que 3500 millones de personas en el

¹³ Presentación del Dr. Víctor Penchaszadeh, Presidente de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO. Profesor de Genética y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires, Argentina.

mundo. Por otro lado, entre 2010 y 2015 las 50 empresas más poderosas de Estados Unidos, que han gastado cerca de 2500 millones de dólares en lobby político, tuvieron ganancias de 4.2 billones de dólares, a la vez que utilizaron paraísos fiscales para evadir sus obligaciones impositivas. Entre esas empresas, se cuentan las biotecnológicas, farmacéuticas, fábricas de equipamiento médico y aseguradoras privadas, con las consecuencias negativas obvias para la salud colectiva.

Las desigualdades en riqueza tienen graves consecuencias para la salud y la vida: a nivel mundial 16.000 niños mueren cada día antes de cumplir los 5 años, la mayoría por causas prevenibles. Más de 160 millones de niños menores de 5 años tienen una estatura inadecuada para su edad, debido a alimentación insuficiente. En 2010, 20 millones de personas murieron por enfermedades infecciosas que se podrían prevenir con \$20 por vida salvada. Un tercio de la morbi-mortalidad global es atribuible directamente a la pobreza. Por otra parte, el 90% del gasto mundial en salud se gasta en el 16% de la población mundial, principalmente en los países ricos, que sufre solo el 7% de la carga global de enfermedad. La desigualdad entre naciones se evidencia también en el gasto anual *per cápita* en salud, que va desde menos de 10 dólares en países pobres de África, alrededor de 500 dólares en promedio en AL hasta de 10.000 dólares en Estados Unidos.

La historia de colonialidad, discriminación y exclusión social afectan la salud

Los temas bioéticos clave en nuestros días son la falta de vigencia plena de la justicia y los derechos humanos y los problemas no resueltos de la historia de conquista, colonialidad y genocidio de pueblos originarios, acompañados de opresión, despojo y destrucción de su historia y su cultura, y que lamentablemente continúan hasta nuestros días.

La diversidad cultural extraordinaria y valiosísima de nuestra Región, con innumerables lenguas, historias y cosmovisiones, es menospreciada por los poderes hegemónicos, incluyendo el modelo biomédico occidental. A la pobreza resultante del despojo y opresión, se agregan la estigmatización, la discriminación y la exclusión social de pueblos originarios, con graves consecuencias para la salud

La relación entre pobreza y salud está absolutamente documentada y en América Latina, la región más inequitativa del planeta, la pobreza sigue aumentando, mientras que por otro lado crece la concentración de la riqueza en cada vez menos manos, haciendo de la inequidad una realidad cotidiana oprobiosa. Los ingresos del 10% más pobre de la población han aumentado 3 dólares por año en los últimos 25 años, mientras que en ese mismo lapso los del 1% más rico han aumentado 182 veces. La pobreza y la inequidad tienen, como correlatos, malas condiciones de vida, déficit de trabajo, vivienda y educación, auge de enfermedades infecciosas, mentales y no transmisibles en general, malestar colectivo, violencia y quebrantamiento de la democracia.

Dentro de este panorama, enumero a continuación una serie de factores que inciden negativamente en la salud de la población de América Latina, anotando los esfuerzos del Ministerio de Salud de El Salvador por remediarlos desde 2009 mediante la Reforma del de Salud.

Desmantelamiento de los sistemas públicos de salud

Los estados de América Latina están renunciando a su obligación de asegurar el derecho a la salud y a su deber regulatorio. Existe un desfinanciamiento continuado de los sistemas públicos de salud y un crecimiento de los servicios privados y los seguros con fines de lucro. Las políticas de degradación de los sistemas públicos de salud llevando a un aumento progresivo de la inequidad y de la injusticia social.

A la par que se vulnera el derecho a la salud, los gobiernos utilizan eufemismos para enmascarar los propósitos verdaderos de supuestas reformas de salud, cuyo principal objetivo es transferir al sector privado lo que debe ser una responsabilidad fundamental e indelegable de los estados, es decir, el resguardo de la salud de la población. Este es el caso de la llamada “Cobertura Universal de Salud” (CUS) que, bajo la apariencia de un objetivo loable (proveer cobertura de salud a toda la población), en la práctica implica pasar del concepto de salud como derecho humano a una concepción de mercado en la que el ciudadano compra un seguro cuya cobertura estará de acuerdo a su capacidad de pago. De hecho, la CUS está siendo implementada en los países de manera de ir reduciendo progresivamente la responsabilidad del estado de garantizar la salud de la población, reduciendo sus acciones al gerenciamiento de “paquetes” mínimos de atención dirigidos a los sectores más pobres de la población y tercerizados a corporaciones financieras privadas, mientras crece el control financiero del mercado de la salud en manos del complejo médico-industrial-financiero, con enormes ganancias para las industrias de los seguros privados de salud, de las farmacéuticas y de las de tecnologías médicas. Un resultado de esta colusión de intereses económicos con gran capacidad de lobby político, es la medicalización excesiva de la salud, causada por intervenciones superfluas, o de elevado costo y bajos beneficios. El desfinanciamiento del sistema público de salud genera innumerables obstáculos a la vigencia del derecho a la salud: largas esperas en los hospitales, maltrato a los pacientes, poca capacidad de solucionar problemas de salud y deficiencias de acceso a medicamentos esenciales. En estas realidades muchos de los principios éticos de la atención médica no pueden cumplirse: acceso a servicios de salud y a medicamentos esenciales, consentimiento informado, expresión de voluntades anticipadas y otros.

Afortunadamente, en El Salvador, como se ha evidenciado en esta Jornada de Evaluación de la Reforma de Salud, el Ministerio de Salud se ha embarcado desde 2009 en un proceso de profunda reforma de salud, que persigue justamente abordar las injusticias que prevalecían en el pasado y transitar hacia un sistema de salud universal basado en la atención primaria de la salud, tal como preconizó la mencionada Conferencia de Alma Ata.

Los pilares de la Reforma son: 1) La salud como un bien público; 2) La salud como un derecho humano fundamental; 3) Garantía del derecho a la salud por el Estado; 4) Construcción colectiva, democrática y participativa. Las estrategias de la Reforma han sido la jerarquización del sector público mediante un aumento significativo de presupuesto, la abolición de los pagos por prestación y la creación de una red nacional integrada de atención primaria.

Distorsión de las prioridades en salud

En América Latina, la sujeción a los intereses del complejo médico/industrial/financiero internacional lleva a una distorsión de las prioridades del gasto en salud, por el cual la **"medicina individualizada" y la alta tecnología** se hace aparecer como panaceas para la salud, ignorando que el factor más relevante en el proceso de salud/enfermedad/atención es su determinación social.

Entonces, vemos la ultra-simplificación y distorsión por los medios de comunicación masiva de hallazgos científicos y promesas de curaciones rápidas de las enfermedades por medio de alta tecnología. Los enfoques de prevención, tratamiento e investigación enfatizan excesivamente los determinantes biológicos y genéticos de enfermedad, en desmedro de la determinación social, responsable principal de las diferencias en niveles de salud poblacional. Así, el estar sano o enfermo pasa a ser responsabilidad del individuo y no de su entorno social o de las barreras al acceso al sistema de salud (culpabilización de las víctimas). El costo de la alta tecnología requerida para estos enfoques seguramente aumentará las inequidades y vulnerará aún más la vigencia del derecho a la salud.

La industria farmacéutica transnacional ha tenido en El Salvador un accionar sin escrúpulos caracterizado por conductas contrarias a la ética y a la salud de la población, tales como (a) presión al Estado para proteger sus monopolios, amenazando con desabastecimiento de medicamentos si no se accede a precios extorsivos; (b) reducción de umbrales para el diagnóstico de enfermedades y "creación" de nuevas enfermedades; (c) manipulación de leyes y de acuerdos internacionales; (d) promoción antiética de productos de dudoso valor; (e) precios exorbitantes de los medicamentos, que no responden a ninguna racionalidad o criterio económico; (f) marketing engañoso y corrupto que ensalza productos y servicios de manera engañosa a profesionales y pacientes, creando riesgos de daño a éstos.

En el marco de la Reforma de Salud, el Ministerio de Salud, considerando que los precios de los medicamentos en El Salvador están entre los más caros del mundo, se ha embarcado en una exitosa lucha por una Ley Nacional de Medicamentos que, mediante hábiles alianzas políticas, consiguió hacer frente a la industria farmacéutica y reducir el precio de los medicamentos, a la vez que creó la Agencia Nacional de Medicamentos. Esperamos que estas y otras medidas contribuyan a contrarrestar las acciones nocivas del complejo médico-industrial farmacéutico.

Derechos sexuales y reproductivos

Este es un tema en el que América Latina claramente marcha muy retrasada con respecto al resto del mundo, por razones fundamentalmente políticas y culturales. La criminalización del aborto en América Latina, a contramano de lo que ocurre en la mayor parte del mundo, lejos de disminuir el número de abortos, contribuye globalmente a más de 6 millones y medio de abortos por año, de los cuales más del 75% son abortos inseguros y que causan más del 15% de la mortalidad materna. La falta de políticas efectivas de educación sexual y de acceso equitativo a contraceptivos, asociada a la falta de educación y de oportunidades de trabajo para los jóvenes no hace más que empeorar el estado de cosas: se estima que en América Latina 24 millones de mujeres en edad reproductiva tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos, lo que explica que cada año ocurren 14 millones de embarazos no deseados, cerca de la mitad de los cuales terminan en aborto. Esto afecta en forma particular a adolescentes y a las clases desposeídas. Esta es lamentablemente la situación en El Salvador, donde a pesar de la clara posición del Ministerio de Salud de tratar el espinoso tema del aborto como problema de salud pública, la oposición de la derecha en la Legislatura y el Poder Judicial han impedido que El Salvador se sume al creciente número de países de la región con legislaciones sobre aborto más permisivas y que respeten el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida. Esta es sin duda, una de las cuentas pendientes con la salud colectiva en el país.

Abusos de los derechos humanos en las investigaciones clínicas

La industria farmacéutica continúa influyendo en el vaciamiento de los contenidos de la Declaración de Helsinki, relajando los requisitos éticos en las investigaciones clínicas, incluyendo el uso de control con placebo aún en enfermedades que tienen tratamiento, y restringiendo los beneficios post-investigación. La tercerización comercial de ensayos clínicos en países periféricos se acompaña habitualmente de relajación de controles éticos. El secreto sigue siendo el común denominador de sus acciones, incluyendo el pago a los médicos que reclutan participantes en los estudios, el control del análisis de resultados de las investigaciones, que cuando no le son convenientes no se publican. Las investigaciones clínicas de la industria farmacéutica responden más a los intereses económicos de las multinacionales que a las necesidades de salud de las poblaciones de América Latina, y es común que los derechos humanos de los participantes no sean tenidos adecuadamente en cuenta. Ejemplos notorios de ello es la introducción en el mercado de productos superfluos o de dudosa eficacia, la medicalización de la vida y la salud, y los precios exorbitantes de los medicamentos.

El Ministerio de Salud de El Salvador definió como uno de los ejes de la Reforma de Salud la creación del Instituto Nacional de Salud, al que se le ha asignado responsabilidad por la investigación de salud en el país, así como por la capacitación de cuadros profesionales en investigación. Las exposiciones en esta Jornada indican que se está marchando en la dirección apropiada.

Migraciones

El problema de las migraciones multitudinarias como correlato de la degradación del medio ambiente, la pobreza, la violencia, las persecuciones políticas, y las malas condiciones de vida, afectan cada vez más a América Latina. Estas migraciones, a su vez, generan desafíos éticos de primera magnitud por el destierro que implican, la ruptura de lazos familiares, la mala acogida en los países receptores y la estigmatización y violencia contra los migrantes. El Salvador es un país que mantiene un flujo migratorio desde hace décadas en busca de mejores oportunidades pero que a la vez hace más vulnerables a los migrantes a abusos y a violencia en su camino al norte. Es por ello que, aunque esta temática es claramente intersectorial y el sector salud no es el principal responsable de encontrar soluciones adecuadas, dado que están en juego graves problemas de salud de la población, el Ministerio de Salud debe contribuir a su solución.

Violencia

La violencia en la Región es una plaga con la que las sociedades han tenido que lidiar desde tiempo inmemorial. Lamentablemente, la población de El Salvador está sujeta a niveles de violencia muy altos, configurando un problema de salud pública de primera magnitud. Los contextos explicativos de la violencia incluyen causas económicas, políticas, socio culturales, las inequidades, la negación y discriminación del diferente, la exclusión social, la intolerancia y, especialmente, la impunidad. La violencia tiene una nefasta influencia sobre la salud y que, además de prevenirla, debe abordarse como problema grave de salud pública para lo cual la bioética tiene mucho que aportar. El Ministerio de Salud es absolutamente consciente de esta realidad y dentro de la Reforma de Salud ha estado enfocando políticas públicas que contribuyan a una reducción de la violencia.

Contribuciones de la bioética al abordaje de los graves problemas de la salud en América Latina y su expresión en El Salvador

Las características de la bioética, tal como se dieron en Estados Unidos y en los países ricos, contrasta con lo que se está desarrollando en América Latina. En los países ricos, la conjunción del desarrollo tecnológico acelerado, los gastos médicos excesivos y muchas veces superfluos, el autoritarismo médico y, como contrapartida, el crecimiento de movimientos sociales por la autonomía de los pacientes y contra la discriminación a las personas con discapacidades, puso a la sociedad norteamericana en un laberinto del que parecía difícil salir. Los diversos intereses en juego (el complejo médico-industrial, la industria de los seguros médicos y los movimientos de pacientes, entre otros) estaban de tal manera enfrentada que resultaba difícil encontrar cursos de acción consensuados para salir del atolladero. La necesidad de repensar el curso que estaba tomando la sociedad para conciliar esos intereses contrapuestos hizo que la

bioética apareciera como una disciplina apta para proponer un diálogo y reflexión hacia un desarrollo tecnológico no supeditado a los intereses económicos de la industria, sino en función de las necesidades humanas y del planeta. En la realidad sanitaria de Estados Unidos, el complejo médico-industrial es (la fuerza dominante que determina el desarrollo de la tecnología médica y lo impone a la sociedad con el objetivo principal del beneficio económico a los inversores de Wall Street, por sobre los intereses y las necesidades de la población. De esta manera, se promueven prácticas médicas irracionales, caras y de baja efectividad. Con este trasfondo, el pensamiento bioético en Estados Unidos estuvo condicionado desde el principio por una realidad no permeable a planteos que requirieran cambios sustanciales de la distribución del poder y en la determinación de políticas públicas (por ejemplo, temas como el derecho a la salud y la obscenidad del lucro en la actividad médica estaban ausentes del debate bioético). Con esas limitaciones, la bioética se expandió en el primer mundo en dos vertientes principales: por un lado, encaminándose a definir normas éticas en las investigaciones biomédicas y, por el otro, a reflexionar sobre problemáticas bioéticas en el ámbito de la atención médica individual.

En lo que respecta a las investigaciones biomédicas, Estados Unidos priorizó un enfoque bioético principialista y utilitarista encarnado en el Informe Belmont, comisionado por el Congreso, que promulgó en 1979 el deber de respetar cuatro principios éticos en la investigación en seres humanos: (1) autonomía personal, expresada en la voluntariedad y el consentimiento informado; (2) beneficencia y no maleficencia, expresadas como análisis de riesgos y beneficios; y (3) justicia, expresada como distribución equitativa de beneficios y perjuicios. Este Informe tuvo la intención de conciliar, por un lado, las presiones de la industria farmacéutica para que los controles éticos a los ensayos clínicos fueran lo menos rigurosos posibles, y por otro lado la necesidad de proteger a los sujetos de investigación como individuos. El Informe, sin embargo, no consideró temas éticos más amplios que trascendieran la esfera de la relación investigador-sujeto de investigación, o médico-paciente, tales como el derecho a la salud, la responsabilidad social en salud, la ética en la salud pública, la justicia sanitaria ni los derechos humanos de los participantes en investigaciones, aspectos que la naciente bioética latinoamericana luego enfocaría en profundidad.

En lo asistencial, los problemas bioéticos que concentraban el interés en los Estados Unidos y otros países desarrollados, estaban relacionados con el ejercicio de la autonomía individual en las relaciones médico-paciente y en las aplicaciones de adelantos biotecnológicos a problemas de frontera en la atención médica individual (tales como: ejercicio de la autonomía individual como valor bioético principal, mantenimiento artificial de la vida, reanimación de recién nacidos de extremo bajo peso, fertilización asistida y otros). Fue evidente que la bioética norteamericana, salvo excepciones, no estaba dispuesta a cuestionar el *status quo* de una medicina de alta tecnología con altos costos y baja efectividad sanitaria poblacional, en la que los intereses económicos de la industria farmacéutica y hospitalaria y de la corporación médica primaban por sobre la racionalidad médica y los derechos, intereses y necesidades de salud de la

población. Los intereses de la medicina corporativa y la estrecha relación de la industria con las instituciones académicas, con pagos multimillonarios a los principales líderes de la biomedicina de Estados Unidos y su influencia perniciosa en la educación de los profesionales de salud raramente eran tema de debate desde la bioética.

No es de extrañar que la bioética haya sido desde sus comienzos, y siga siendo todavía, una de las tantas disciplinas con las cuales el imperialismo intenta penetrar culturalmente en la Región. En bioética, el instrumento de penetración ha sido y es el principalísimo anglosajón, que pretende reducir la complejidad de las relaciones humanas sobre la salud y la vida a una corta y arbitraria lista de "cuatro principios". Las modalidades de penetración son varias e incluyen, entre otras, la financiación de proyectos en América Latina desde el Centro Internacional Foggarty de los Institutos Nacionales de Salud para la difusión de la visión norteamericana de la bioética y los cursos de ética de la investigación basados en los principios del Informe Belmont. Los objetivos de lo que denominamos penetración cultural son la adoctrinación de profesionales de salud de los países periféricos en la visión anglosajona de la bioética, dotarla de legitimidad académica y no entorpecer las actividades de las industrias farmacéutica y biotecnológica en sus investigaciones clínicas y en la introducción de sus productos en el mercado de esos países.

En El Salvador, así como en los demás países de América Latina, la situación social y de salud es muy diferente a la de los países de altos ingresos. Siendo América Latina la región más inequitativa del planeta, predominan los problemas de salud relacionados con la pobreza, la injusticia social y la exclusión. Esta realidad, paradójicamente, coexiste con una tradición de involucramiento del estado en la salud pública y en la prestación de servicios de salud. Por otra parte, ciertas particularidades culturales y educativas, a las que no son ajenos el origen latino y la influencia católica, imprimen en la población una tendencia a aceptar el paternalismo médico con mayor naturalidad que en sociedades más desarrolladas y en darle importancia a la familia extendida, a los sentimientos de pertenencia a la comunidad y a la solidaridad.

La realidad sociocultural y económica latinoamericana hizo que la bioética anglosajona tropezara con muchos obstáculos en su objetivo de penetración cultural. Por ello, en América Latina la bioética eventualmente fue tomando un enfoque más social, en el que influyó mucho el pensamiento de la medicina social latinoamericana con fuertes críticas a las inequidades existentes y a la falta de vigencia del derecho a la salud en la Región. Estos desarrollos, que comenzaron en la década de los 80 en varios países, llevaron eventualmente a la creación de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO, por un grupo grande de bioeticistas latinoamericanos con afinidad por la tónica impresa por UNESCO hacia una bioética laica, progresista y basada en los derechos humanos. El objetivo común ha sido desarrollar doctrina y acciones de bioética laica basadas en los derechos humanos que se correspondieran con las particularidades culturales, sociales y políticas que determinan las prioridades bioéticas en la Región.

En El Salvador, una de las primeras medidas del Ministerio de Salud en 2009 fue la creación de la Comisión Nacional de Bioética, con funciones de asesoramiento a la Ministra sobre temas bioéticos de gran trascendencia sobre la salud, como ser la enfermedad renal crónica, el aborto y los trasplantes. Varios miembros de la Comisión participaron en los cursos de capacitación de Bioética Clínica y Social y de Ética de la Investigación del Programa de Educación Permanente de Bioética de UNESCO. Por otra parte, el Programa de Bioética de UNESCO hizo un convenio con el Ministerio de Salud para la capacitación en bioética de los miembros de la Comisión Nacional de Bioética.

La existencia de la Red bioética/UNESCO demostró que la bioética anglosajona no era útil ni apta para enfrentar los profundos dilemas bioéticos prevalentes en nuestra región y que tienen raíces en realidades muy diferentes de las existentes en los países de altos ingresos, y particularmente en Estados Unidos, donde se han priorizado análisis éticos de problemas límite provenientes del ejercicio de la autonomía individual y del uso de alta tecnología, como por ejemplo problemas al comienzo de la vida (infertilidad, maternidad por encargo, fertilización asistida, uso de embriones prematuridad extrema), problemas del final de la vida (mantenimiento artificial de la vida, eutanasia), genómica en la salud, y otros. En cambio, han existido falencias en el análisis de los problemas éticos de la salud pública, del principio de justicia, de las desigualdades en salud, de la falta de vigencia del derecho a la salud, de la pobreza, la vulnerabilidad social y las inequidades en los sistemas de salud. De hecho, entre los temas que la bioética anglosajona ha sido remisa en abordar están la preeminencia del fin de lucro en la atención de la salud, la inmoralidad de las desigualdades en salud, la inacción de los estados en garantizar la salud como bien público, el deterioro ambiental, los abusos de la industria farmacéutica en las investigaciones con seres humanos realizadas en el exterior, el uso abusivo de la propiedad intelectual, el marketing y comercialización abusivos de medicamentos, la responsabilidad de la industria alimentaria en la actual epidemia de diabetes y obesidad, y muchos más. Una limitación clave de la bioética anglosajona principialista es su doctrina funcionalista y reduccionista que pretende reducir arbitrariamente las discusiones bioéticas a cuatro principios: autonomía, beneficencia, maleficencia y un principio de "justicia" cuya interpretación limitada oculta las causas profundas de la injusticia social en el mundo. Si bien esos enfoques pueden ser útiles en dirimir conflictos bioéticos individuales en la atención médica, claramente no ofrecen herramientas para enfrentar los problemas bioéticos que afectan a nuestras poblaciones y que hemos señalado arriba.

La Red bioética/UNESCO ha impulsado en sus 15 años de existencia una bioética laica preocupada por generar visiones bioéticas propias de América Latina que permitan analizar, comprender, denunciar y sobre todo, *actuar*, para cambiar el estado de cosas. Es así que ha enfatizado la importancia de la equidad, la justicia y la vigencia de los derechos humanos, siguiendo los lineamientos de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. Este compromiso social, sin embargo, no implica en absoluto dejar de lado el análisis de los conflictos individuales en la atención de la salud, el resguardo de la autonomía de las personas en el cuidado de su salud, y la valoración de la relación equitativa entre pacientes y profesionales de salud. Está

claro que la bioética en América Latina no puede ser solo contemplativa y discursiva sino que además de denunciar, debe proponer acciones concretas para confrontar las realidades de la Región, con una visión secular pluralista y no dogmática, basada en los derechos humanos, la equidad y la justicia.

En este sentido, y bajo la rectoría del Ministerio de Salud, El Salvador ha dado un buen ejemplo con el funcionamiento de la Comisión Nacional de Ética de la Investigación y la Comisión Nacional de Bioética. Queda como deuda pendiente de la Reforma de Salud la organización en red de comités de bioética clínica en los establecimientos asistenciales, que puedan atender y reflexionar sobre la gran cantidad de conflictos y dilemas éticos que se presentan en la atención médica, brindando sus recomendaciones a los profesionales de salud responsables de su atención.

Objetivos y estrategias de la bioética en El Salvador y América Latina.

Para concluir, cito los que a mi juicio son algunos de los objetivos que debe plantearse la Reforma de Salud en El Salvador para incluir un enfoque bioético en todas las acciones de salud:

- Enjuiciar éticamente las bases distributivas injustas e irracionales de la riqueza que imperan en nuestros países.
- Defender como base fundamental de la bioética la vigencia de los derechos humanos (a la identidad, a la salud, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a un ambiente saludable, entre otros).
- Defender el derecho a la salud a través de sistemas públicos de salud universales, gratuitos y de calidad, bajo la responsabilidad del estado, sin dejar de lado los múltiples problemas éticos que se presentan en la práctica de la atención de la salud individual.
- Enjuiciar la medicalización de la salud y la vida.
- Defender la diversidad cultural y la revalorización de los saberes ancestrales de los pueblos originarios y defender la concepción del Buen Vivir, el Suma Kawsay.
- Defender la Tierra y el medio ambiente contra las economías extractivistas y depredadoras.
- Defender la democracia y el pluralismo como ejes no negociables de la participación y el empoderamiento ciudadano por la salud y la vida.
- Velar porque las investigaciones de salud no se guíen por los objetivos de lucro de la industria sino que vayan dirigidas a llenar los vacíos de conocimiento para la solución de nuestros problemas de salud y se respeten los principios éticos y los derechos humanos de los participantes y la población en general.

- Valorar la determinación social del proceso salud/enfermedad/atención como eje para la comprensión del fenómeno de salud/enfermedad y para el diseño de políticas de promoción y protección de la salud.
- Capacitar a la población en bioética.

Estrategias Para Lograr los Objetivos Propuestos

- Buscar alianzas con otras disciplinas y actores sociales que persiguen objetivos similares (la medicina social, el movimiento sanitario de la salud colectiva, los movimientos ecologistas, los movimientos de pueblos originarios, los movimientos de pacientes y otros movimientos sociales), aportando los saberes, prácticas y métodos de análisis propios de la Bioética.
- Desacralizar la supuesta y falsa neutralidad e infalibilidad de la tecno-ciencia.
- Deconstruir y develar los verdaderos sentidos de las bioéticas que los países centrales pretenden imponernos.
- Aplicar el enfoque bioético a las investigaciones sobre violaciones a los derechos humanos.
- Capacitar colectivos interdisciplinarios en bioética que incluyan integrantes de movimientos sociales y de pueblos originarios, movimientos de pacientes, movimientos ecológicos y otros.
- Oponerse a los esfuerzos de "despolitización" de la bioética, pues son funcionales a los intereses del *status quo*. Los que enarbolan la bandera del "apoliticismo" de la bioética, en realidad, y aunque no lo reconozcan y se escuden en una supuesta "neutralidad" y "seriedad académica", están haciendo política en sentido contrario al que he esbozado en esta presentación. Ninguna bioética puede alegar que no es política.

4.3 El derecho a la salud¹⁴

La Salud tiene que ver con las políticas sociales y la felicidad humana, tiene que ver con los derechos sociales, tiene que ver con la calidad de la vida, con la libertad de las personas, tiene que ver con la felicidad y la percepción que cada cual tiene de la felicidad individual o colectiva, tiene que ver con el disfrute de las condiciones de bienestar. Tiene que ver con el proceso y establecimiento de la lucha por el bien común y con lo que cada cual entienda como el bien común y con restablecer relaciones satisfactorias con la gente, con nuestros vecinos y vecinas, con nuestros colegas en el trabajo, con nuestras parejas y con la tierra.

14 Presentación del Dr. Juan Luis Uría, Presidente de la comisión de salud del parlamento vasco, experto reconocido en políticas públicas de salud en Euskadi, ex presidente de la Asociación para la Defensa Derecho a la Salud del país Vasco (OSALDE) y es portavoz del Foro Vasco por la Salud.

La salud tiene que ver con los servicios de salud y con las políticas de salud, con cómo se organiza un bloque quirúrgico, como se organizan consultas en un Ecos, como se organiza el triaje en las urgencias, como se organizan las emergencias, o como se organizan los sistemas de información, como se organizan los flujos de derivación de pacientes, como se organiza la amabilidad en el conjunto de servicios del sistema, o como se integra la atención primaria y la atención hospitalaria.

La salud tiene que ver con los servicios públicos de salud de financiación adecuada y accesibilidad universal, con tener conceptos claros como la accesibilidad universal, la equidad en el concepto planteado por los colegas, con criterios de solidaridad, universal en los accesos y también en las coberturas, tiene que ver con intervenciones de calidad, eficientes, eficaces, que cumplan los objetivos, que los planes no sean retórica, que funcionen con criterios de democracia, de participación, control, empoderamiento social y buena gobernanza. La salud tiene que ver con las condiciones de propiedad, la titularidad y la financiación de los ejes sanitarios de vital importancia que se encuentren en la constitución del país, conforme construcción política, conforme derecho exigible, conforme discurso, conforme al orden constitucional. El Estado debe responsabilizarse de la salud de sus ciudadanos y ciudadanas con sistemas de salud públicos fortalecidos y adecuados a las necesidades.

La salud tiene que ver, como tema central, con el papel de la mujer en la sociedad y su empoderamiento, para evitar una dinámica social patógena. Una sociedad no patógena nunca podrá ser si le da la espalda a la perspectiva de género como transversal en todos los ámbitos de las políticas sociales, en todos los ámbitos de las de vida y sobre todo del ejercicio del poder en una sociedad profundamente patriarcal. Fortalecer la atención a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en todo el sistema sanitario, desarrollando los recursos humanos en número y calidad necesarios para realizar unas prestaciones de calidad adecuada, adecuar también la formación de los y las profesionales del sistema Público de salud con énfasis en la atención a las mujeres, en la necesidades demandadas de acuerdo con la libre orientación sexual de cada ciudadano, tanto en el ámbito reproductivo como con patologías relacionadas con las prácticas sexuales y sus riesgos. La salud tiene que ver con el desarrollo y la cobertura jurídica suficiente para la correcta atención al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, asunto que debe ubicarse en el centro del sistema público donde mejor se les pueda atender, detectar las desigualdades en atención a la salud por razones de género en los procesos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y de los riesgos para la salud. Las desigualdades de género identificadas, deben contemplarse en los objetivos del plan de salud del país y monitorizarse en los periodos establecidos. Esto de las mujeres no es solamente un tema de derechos sexuales y reproductivos, es de cardiopatías, de diabetes, de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cáncer, etc.

La salud está determinada socialmente, es la formación socioeconómica la que determina el grado y las condiciones de vida en una comunidad y una sociedad cualquiera de acuerdo con su contexto histórico. Las desigualdades sociales son hermanas de las desigualdades de salud, no en todo el mundo se muere igual, no todo

el mundo enferma igual, no todo el mundo percibe la invalidez de igual manera. La dimensión de clase social o de grupo, la dimensión cultural de estos procesos son y están socialmente determinadas. Una niña nacida en Suecia vivirá en estos momentos 43 años más que una niña nacida en Sierra Leona. Se ha estimado que si la tasa de mortalidad infantil de Islandia (una isla al norte de Europa) se generalizase en el mundo entero, morirían 6 millones menos de niños. La mortalidad materna que ha conseguido El Salvador es espectacular. En Afganistán mueren una de cada siete madres en mientras que en Suecia solo muere una de cada 17,400 madres.

La salud tiene que ver con la gestión, el desarrollo y la socialización del conocimiento científico. La salud tiene que ver con los conceptos que se encuentran en la medicina hegemónica y en los procesos de formación médica y estos a su vez están relacionados en cómo estos conceptos se manejan en los planes de estudios de todas las ciencias de la salud. La salud tiene que ver con los conceptos biomédicos hegemónicos y biologicistas, asistenciales, tecnificados, con importantes significados y con importantes responsabilidades en la medicalización de la vida. La salud tiene que ver con la formación de pre y post grado de todas y todos los profesionales de salud y les digo: la Reforma de Salud no será un éxito a mediano plazo si los profesionales salvadoreños y salvadoreñas que salen de las escuelas públicas y privadas no tienen otras bases curriculares, porque los conceptos sobre la salud y la enfermedad se modifican de acuerdo con culturas del conocimiento científico y si no se modifican los planes de estudio y las bases curriculares, los profesionales se encontraran con sistemas de salud que no tienen nada que ver con lo que han aprendido. Es la práctica social de la medicina, la práctica social de la enfermería, no estoy hablando de un conocimiento aislado de la dimensión social.

La salud tiene que ver con el desarrollo y el desarrollo tiene que ver con la salud: es una relación dialéctica. El hambre y las muertes por desnutrición y malnutrición con los desequilibrios, es la otra cara de los mercados de accesos a la alimentación equilibrada y saludable, es la base de las grandes epidemias de la obesidad infantil, de las cardiopatías, de la diabetes. Las tasas de mortalidad y morbilidad como la tuberculosis, el sida, el dengue, el ébola, el paludismo, marcan las distorsionadas y escandalosas tasas que todavía estamos viviendo en muchos países del mundo. Cuando se habla del genoma, cuando se habla de medicina personalizada, cuando se habla de multinacionales, de la medicina de precisión, de los nuevos tratamientos para el cáncer que van a romper las cajas de los sistemas de salud públicos, el desarrollo es desigual y la distribución de recursos y riquezas también.

La salud tiene que ver con la violencia, con la violencia cercana o doméstica, con la violencia machista contra la mujer, con la violencia urbana y la violencia urbano-marginal de las maras y de los paramilitares. La salud tiene que ver con la guerra de baja, media y alta intensidad, tiene que ver con dejar morir por el bloqueo militar a miles de niños y niñas y adultos por desnutrición y enfermedades hoy en Yemen por responsabilidad del Gobierno de Arabia Saudí, o con las violaciones masivas de decenas de miles de mujeres rohingyas, en la limpieza étnica que está desarrollando

en este momento el ejército de Birmania ante la pasividad del mundo. La salud tiene que ver con las guerras de baja intensidad en la República Democrática del Congo, en la República Centroafricana y en Colombia y con el terrorismo yihadista en Europa, Estados Unidos y Canadá. La salud tiene que ver con las ocupaciones imperialistas de territorios. La salud tiene que ver con la paz y tiene que ver con la convivencia pacífica.

La salud tiene que ver con la cultura, con las percepciones y los distintos significados que tienen las cosas para las personas, los significados que tienen las cosas con las que nos relacionamos, con las creencias, con las organizaciones de las ideas, con las concepciones del cuerpo, de nuestras relaciones con la tierra, de nuestras relaciones con las personas. La salud tiene que ver con sistemas jerárquicos, con sistemas horizontales de comunicación y con los comportamientos que se derivan de todo. Es la competencia cultural de nuestras instituciones el futuro de nuestros sistemas de salud, son nuevos lenguajes que hay que aprender, que hay que desarrollar, que hay que organizar en nuestra práctica social.

La salud tiene que ver con cómo se organiza la sociedad en la que vivimos. La sociedad en la que vivimos se llama capitalismo, ya lo explicó el sociólogo Max Weber y lo explicó el filósofo Carlos Marx. Capitalismo donde la acumulación del capital es el objetivo fundamental, buscando siempre la máxima ganancia y la organización de los mercados financieros, con las políticas neoliberales que recortan una y otra vez las políticas sociales como en España, que distorsionan el papel del Estado como regulador del bienestar, como redistribuidor de rentas, como organizadores del amortiguamiento de las profundas desigualdades sociales, de las desigualdades en salud. Que recortan planillas, que recortan presupuestos como en Francia, que crean crisis y trabajo precario, que crean pobreza y malestar donde no la había.

La salud tiene que ver con la solidaridad y tiene que ver con la equidad que no es lo mismo, solidaridad de los ricos con los pobres a eso se llama Reforma fiscal progresiva, solidaridad de los jóvenes con las personas mayores y solidaridad de los sanos con los enfermos. Una tríada de solidaridades que son la base del Estado de bienestar y estas bases se quiebran porque la gente fragmenta los sistemas de atención y algunos tienen la opción de elegir entre sistemas privados y públicos; y se quiebran porque los ricos evaden una y otra vez capitales de sus ganancias, y si se quiebran no es posible redistribución de renta, porque toda la distribución de la renta se basa en la solidaridad o en nacionalizaciones y expropiaciones, cada uno elige su camino. Solamente desde la solidaridad es como se debe entender el resto de la lucha contra las desigualdades sociales, desigualdades en salud, desigualdades en función del género, en función del nivel de renta, en función de la edad y en función del menoscabo físico y sensorial; porque se está hablando de porcentajes de nuestra población marginados de la accesibilidad a nuestros centros de atención.

La salud y su mejora tienen que ver con el modelo de atención donde la recuperación hegemónica de la ley del servicio de atención primaria en el conjunto del sistema de salud, sea una prioridad en las operaciones. Hegemónica de sentido de garantía

de la palabra, sentido de la hegemonía de las ideas, de la hegemonía de los comportamientos. Una atención primaria atendida por el gobierno y con prestigio delante de la comunidad y con prestigio delante de los profesionales. Un médico de familia en un Ecos rural no puede ganar menos que un cardiólogo en un hospital, un médico de familia joven o uno dos tres años de experiencia no puede ganar menos que un oncólogo en un hospital, tienen que ganar lo mismo, porque si no la atención primaria y su prestigio es retórica. Cuando se habla de respeto y motivación a pesar de tener presupuestos escasos deben de tenerse las cosas claras, si no, no funciona con más capacidad resolutoria, a eso llamo atención primaria atendida por el Gobierno. Con más autonomía con menos burocracia, con más incentivación a sus profesionales, con procesos de trabajo basados en programas y protocolos con orientación comunitaria, que traten de forma desigual lo que es desigual en el punto de partida. Y programas que intenten atender de forma igual a la gente que en el punto de partida es desigual en sus condiciones de vida. Es decir, no deben unificar los procesos de atención, para no forzar más desigualdades. Un uso racional de los medicamentos, con la necesaria colaboración con profesionales de la atención especializada y los hospitales. Con autonomía en el equipo de trabajo, programas verticales y su gestión, autonomía en los equipos de trabajo con la participación directa de la población implicada, además de las redes de pacientes externos, la participación social y el control social de los militantes y las militantes del Foro Nacional de Salud que es un ejemplo. No puede ser para ningún Director una molestia, es una oportunidad de mejora, una crítica nunca puede ser una molestia, porque se pierde la capacidad de captar procesos de mejora en las gestiones de nuestras instituciones. Los líderes comunitarios son fundamentales no solo para controlar, sino también para opinar y para establecer procesos de cogestión.

La salud tiene que ver con desarrollo del hospital como una institución abierta, socialmente integrado por servicios y departamentos, donde los procesos de atención marquen las orientaciones organizativas y funcionales. Un hospital donde la jerarquización no sea incompatible con la necesidad de horizontalizar la toma decisiones, donde se desarrollan círculos de interés en los procesos de calidad y donde los comités interprofesionales de redes clínicas y otros instrumentos organizativos por profesionales de la atención primaria de los hospitales, potencian la mutua confianza entre profesionales de distinta categoría, de distinta actividad y de distinto nivel de atención, reforzando la coordinación y la integración de dichas actividades. Solamente así se puede controlar la variabilidad, solamente así se puede controlar la tasa de variabilidad quirúrgica, solamente así se pueden realizar por consenso manuales de buenas prácticas médicas, con profesionales que participen en procesos de organización quirúrgica, de radiación médica, itinerarios, protocolos y sistemas de trabajo. Solamente con la participación y vinculación de profesionales nacionales saldrán exitosas todas estas experiencias que tienen que ver con cómo se organiza el sistema de salud y se mejore la salud.

La salud tiene que ver con el principio de la bioética “lo primero no hacer daño”. Es necesario establecer medidas en el terreno de lo ideológico y de lo cultural. Para frenar la medicalización de la vida y la dependencia de las personas al sistema sanitario en su conjunto, hay que reforzar la autonomía. Necesitamos unas relaciones políticas, sociales, jurídicas más éticas con la industria farmacéutica, las multinacionales de tecnología médica y la industria alimenticia, con más control, con más transparencia y con regulación. La Ley de Medicamentos, es para todos nosotros un ejemplo donde los conflictos de interés o no existen o se hacen públicos; donde el principio ético “primero no hacer daño” sea esencial en el ejercicio profesional de cualquier profesional de la salud, de cualquier categoría y para tomar decisiones en los procesos de diagnóstico y tratamiento, la investigación y la docencia de pre y post grado tiene que estar normada, regulada, con declaraciones de estar exentos de conflictos de interés. Los profesionales que participan en estos procedimientos, deben explicar públicamente que no son patrocinados por la industria farmacéutica o la industria de la leche maternizada o la industria de las tecnologías médicas. Siempre son necesarias, tenemos que hablar con la industria de una forma más ética, con respeto, que no nos engañen.

La salud tiene que ver con el cambio climático, el equilibrio del ecosistema, el nivel de calentamiento global y el aumento y la frecuencia de terremotos, maremotos, huracanes y otros procesos como la sequía o las inundaciones. Son elementos que hoy están en la primera línea del derecho humano a la salud.

La salud es también soñar, la salud tiene que ver también con organizar las utopías y organizar e imaginar otro mundo posible. La salud tiene también que ver con organizar la razón y organizar las capacidades de todos los que estamos aquí, para organizar procesos de cambio, procesos de lucha, procesos donde tenga más peso lo que decimos: la esencia de la condición humana es la salud y el derecho humano a la salud.

4.4 La horizontalización programática como clave operativa en la experiencia de los modelos integrales e incluyentes en la región (Perú, Guatemala, Bolivia y El Salvador)¹⁵

Esta investigación es resultado de la premiación que obtuvo Medicus Mundi, Premio Sasakawa – por la Organización Mundial de la Salud, en reconocimiento a su labor en la defensa de los sistemas de Salud en Latinoamérica. Se fundamenta en el trabajo y la apuesta de Medicus Mundi en el marco del fortalecimiento de los Sistemas Públicos de Salud. Medicus Mundi cree en el concepto de ciudadanía y en que la salud es un derecho que debe ser protegido por los Estados.

15 Presentación de Nidia Cristina Morales, médica cirujana y partera egresada de la Universidad de Guadalajara, México. Actualmente es directora de Instituto de Salud Incluyente en Guatemala, el cual tuvo a su cargo el proceso de implementación, pilotaje y profundización en desarrollo ciertas zonas en Guatemala.

Son cuatro experiencias las que han sido participes en esta investigación; siendo la primera el modelo incluyente en Guatemala, el apoyo a la Reforma de Salud en el caso de El Salvador, el modelo de atención integral de salud en Perú y Salud Familiar Intercultural en Bolivia. Las cuatro tienen un concepto territorial de Atención Primaria en Salud Renovada.

Cabe mencionar que en el caso de Guatemala, Bolivia y Perú han sido desarrollados en base a experiencias locales, casos piloto que han sido exitosas en el primer nivel de atención, a diferencia de El Salvador donde se impulsa una Reforma de Salud global, sistémica y de carácter nacional.

Después de 39 años de la conferencia de Alma Ata donde surge como preocupación:

- Reducir las inequidades en salud
- Superar las dificultades relacionadas con la universalidad
- Aumentar el acceso y cobertura real

En este último punto conviene reflexionar sobre qué es lo que abarca y qué es lo que incluye esa atención integral y aquí estamos hablando de un concepto que no sólo tiene que ver el con acceso a servicios sino con estrategias mucho más amplias en el sentido de la APS renovada y de la propuesta de la promoción. Y que van al corazón de muchos de los problemas de salud que tienen su origen en una fuerte determinación social. Basado en esto se hizo la recuperación- sistematización de las claves teóricas, técnicas y operativas del impulso de estos modelos de APS, publicados en el documento "Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina".

La Clave No 7 para la transformación de los sistemas de salud en América Latina tiene que ver con la horizontalización programática para los sistemas de salud.

Justificación

Es el establecimiento de las diferencias entre el enfoque vertical y horizontal en los sistemas de salud.

"Los sistemas de salud en los últimos 50 años, se han desarrollado en gran medida en torno a la atención especializada así como alrededor de programas prioritarios e intervenciones selectivas. Los organismos donantes han influenciado el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades en lugar de financiar reformas que conviertan

la APS en la base de los sistemas de salud¹⁶. La Atención Primaria de la Salud, es más necesaria que nunca.

Enfoque vertical versus el enfoque horizontal en salud pública

Programas Verticales: Buscan dar respuesta a un problema específico de salud mediante protocolos que incluyen medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento del problema abordado.

Programas Horizontales: Buscan dar una respuesta más amplia a la problemática de salud-enfermedad de la población priorizando la prevención y promoción de la salud.

Este debate tiene que ver con dificultades que enfrentan ambos enfoques:

Programas verticales	Programas horizontales
Van más dirigidos a la enfermedad que la salud lo cual riñe con la integralidad	Más dirigidos a la salud que a la enfermedad
Para el caso de las enfermedades específicas, pueden abarcar distintos niveles, pero las soluciones generalmente son directrices del nivel central para el primer nivel de atención	Comúnmente se desarrollan en el primer nivel de atención (a través de las redes de servicios existentes), aunque se pueden desarrollar también en otros niveles
Incluyen medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento específico para el problema de salud abordado	Proponen acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación con base en la situación de salud local y los problemas de mayor prevalencia
Comúnmente cuentan con una financiación específica	Generalmente cuentan con el financiamiento regular asignado a la red de servicios
Comúnmente cuentan con personal específico del programa, así como equipamiento e insumos	Cuentan con equipos de salud más estables asignados a territorios y poblaciones
Efectividad en el corto plazo, pero dudosa sostenibilidad, objetivos centrados en un tema muy específico	Efectividad en corto, mediano y largo plazo en la solución de los problemas de salud de la población, objetivos más amplios de atención por etapas de vida, promoción y prevención

Desventajas de programas verticales

- Pérdida de oportunidades e ineficiencia, al abordar un solo problema de salud, excluye otros que pueden ser más graves.
- Estructuras paralelas de supervisión y formación, de los programas financiados que permiten llegar hasta el primer nivel de atención a diferencia de los programas regulares del sistema de salud que muchas veces no logran llegar hasta el nivel de atención.

¹⁶ OMS 2008:14 Informe de la salud en el mundo.

- Competencia por recursos existentes, por personal competente y por atención de los donantes.
- Diferencias de sueldos entre programas con apoyo de donantes y empleos normales del sector público.
- Su enfoque individual que puede ser curativo o preventivo que dificulta o limita acciones de prevención y promoción hacia el nivel familiar y comunitario

Situación de partida



Una serie de programas técnico – normativo que generan toda una demanda y presión hacia las redes de servicios del primer nivel.

Equipo pequeño con pocos recursos trabajando no en condiciones óptimas, que hace lo que puede con lo que tiene sin lograr integrar toda esa demanda de situaciones.

Solución: horizontalización programática

- Es una condición sine qua non (condición sin la cual no) hay integralidad.
- Permite enfrentar la creciente complejización epidemiológica (crónicas, violencia, medio ambiente, etc.), es decir no solo soluciona los problemas específicos de los programas prioritarios que en la región sigue siendo el grupo materno infantil.
- Permite ampliar el peso de las acciones de promoción y prevención.

- Favorece el alcance de diferentes metas sanitarias, logrando de esa manera cristalizar los objetivos de la APS renovada.
- Se logra la reorientación de los servicios de salud de acuerdo a la APS renovada.
- Se verifica el derecho a la salud de la población.

¿Cómo entendemos la horizontalización programática?

Se entiende como un concepto de repensar el diseño de los programas integrales e integrados a partir de estos niveles de análisis: Comunitario, familiar e individual y a partir de la integración de los enfoques de salud pública. A partir de esta lógica de partida con objetivos amplios de promoción y prevención se van integrando la serie de prioridades de los programas técnicos normativos nacionales de los países. Alguien a veces ha confundido el tema de horizontalización con integrar solamente los programas pero es de destacar que el legado del concepto que estamos hablando es que parte de una lógica poblacional, a la cual se integran específicamente los temas y prioridades sanitarias y no al revés.

Valor agregado de esa horizontalización programática

Contar con un diseño programático con objetivos, actividades y metas más amplias en materia de promoción y prevención. Pero ello sin dejar de cumplir sino que integrando y cumpliendo con prioridades y normas de programas de servicios nacional, con los respectivos protocolos de vigilancia en salud y de vigilancia epidemiológica.

Objetivos de este estudio

Sistematizar avances y lecciones aprendidas del proceso de horizontalización programática (HP) desde una perspectiva sistémica y multidimensional en 4 países:

- La Reforma de Salud/El Salvador
- El MAIS BFC/Perú
- El SAFCI/Bolivia
- El MIS/Guatemala

Metodología del estudio

- Estudio cualitativo.
- Niveles de análisis, que incluye el programático normativo (políticas, lineamientos, normas de atención y vigilancia), instrumental (implementación en el primer nivel de atención, con énfasis en la aplicación de guías e instrumentos).
- Atributos definidos del modelo de atención: Concepción de salud-enfermedad, integral, integrado, continuo, participación social, intersectorialidad, pertinencia cultural, equidad de género, vigilancia en salud sociocultural y sistema de información).
- Componentes del Modelo de Gestión: Dirección, planificación, organización, evaluación, gestión de recursos humanos y financiamiento).
- Diseño y validación de instrumentos y escala de medición de avances de la Horizontalidad Programática (elemento innovador en el desarrollo de esta investigación).
- Revisión Documental, entrevistas a profundidad, grupos focales.

Los avances de la horizontalización programática desde este marco teórico conceptual que presenta la metodología incluyeron y fue revisando y vistos a profundidad por grupos focales de algunas visitas de terreno en los países en donde se están implementando los modelos.

Primero se tuvo que unificar marcos teóricos y definiciones de ambos tanto atributos como componentes de ahí hacer una operacionalización. Idea y construir una escala de 1 a 5 que establecía criterios de en qué medida se iba avanzando en implementarlos o en incluir. La escala es una escala cualitativa que después se le hizo una ponderación que iba desde lo inexistente hasta lo consolidado.

Resultados de la horizontalización programática en los cuatro países

Resultado del nivel operativo

En el caso de Guatemala hay consolidación de la Multi concepción incluyente y de la parte del Sistema de Información, tanto en el caso de Bolivia como El Salvador e

importantes avances en varios de los atributos considerados. Hay un tema pendiente en el caso del Salvador que es el tema de la pertinencia intercultural al igual que con el tema de la equidad de género en el caso peruano. En cuanto al modelo de gestión igualmente se tenía una escala que iba de moderado, alto y muy alto y podemos ver principalmente avances en el caso de El Salvador y Guatemala. Una síntesis de ambos instrumentos pero el nivel operativo instrumental nos sirve para identificar a nivel de terreno, a nivel de guías, instrumentos, protocolos y la documentación de los mismos, que tanto se ha podido avanzar en cada uno de los atributos y componentes identificados.

Nivel operativo-instrumental: Modelo de Atención

ATRIBUTOS	BOLIVIA	EL SALVADOR	GUATEMALA	PERU
Multi-concepción incluyente de salud	Avanzado	Avanzado	Consolidado	En progreso
Integral	Avanzado	Avanzado	Avanzado	En progreso
Integrado	En progreso	En progreso	En progreso	En progreso
Continuo	Avanzado	Avanzado	Avanzado	En progreso
Participación social	En progreso	En progreso	En progreso	En progreso
Intersectorialidad	En progreso	En progreso	En progreso	En progreso
Pertinencia intercultural	En progreso	Inexistente	Avanzado	En progreso
Equidad de género	Avanzado	En progreso	En progreso	Inexistente
Vigilancia en salud socio cultural	En progreso	Avanzado	Avanzado	En progreso
Sistema de Información	Avanzado	Avanzado	Consolidado	En progreso

Inexistente Inicializado En progreso Avanzado Consolidado

Nivel operativo instrumental: Modelo de Gestión

COMPONENTES	BOLIVIA	EL SALVADOR	GUATEMALA	PERU
Dirección	Avanzado	Avanzado	Consolidado	En progreso
Planificación	En progreso	En progreso	Consolidado	Bajo
Organización	Consolidado	Avanzado	Avanzado	Bajo
Evaluación	En progreso	En progreso	Consolidado	Bajo
Gestión de Recursos Humanos	En progreso	Avanzado	Avanzado	En progreso
Financiamiento	Bajo	En progreso	En progreso	Bajo

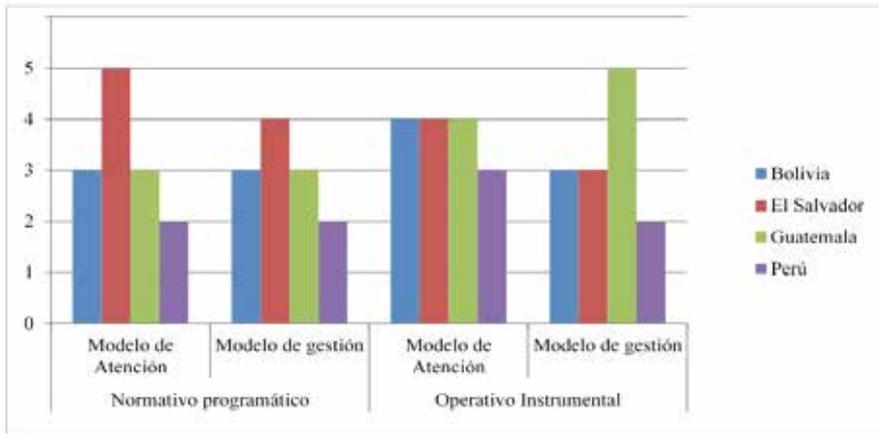
Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto

La ponderación con el conjunto de atributos y componentes, en el caso del nivel operativo muestra importantes avances en el caso de Guatemala que es el que está más consolidado, pero también en el caso de Bolivia y El Salvador. En el caso del modelo de gestión sobresale siempre Guatemala seguido también por Bolivia y El Salvador.

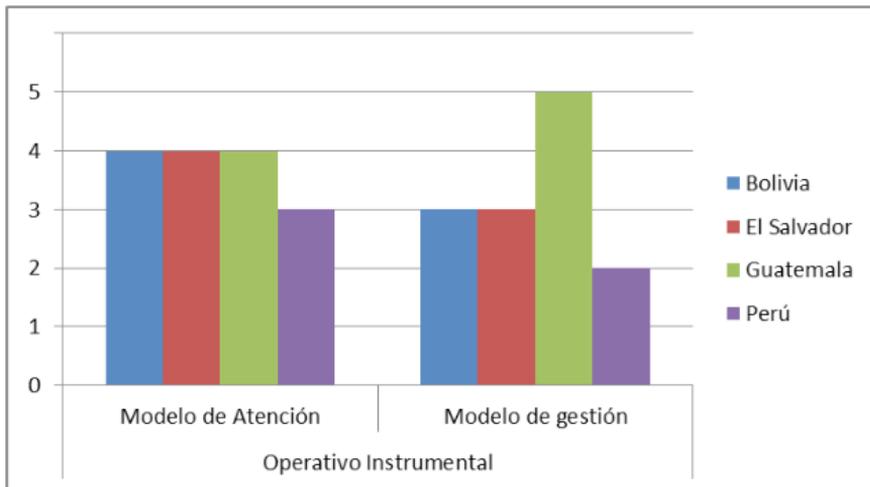
Consolidación de avances a nivel de los cuatro países en ambos niveles

Instrumentalmente aquí podemos ver el nivel normativo programático, tiene un mayor grado de avance en El Salvador y en el resto de los países es más modesto, esto está directamente relacionado también en la parte modelo de atención y prevención con los Marcos normativos, de políticas y la situación del contexto de los países.

Gráfica I: Avances en la horizontalización programática por país y por nivel.



Fuente: Elaboración propia.



Conclusiones generales

- Los cuatro países avanzan en estas experiencias en concreto, en el caso El Salvador a nivel de Reforma, en el resto son casos pilotos o experiencias exitosas. En estos tres países la implementación de modelos integrales incluyentes en provincias

distritos y municipios concretos muestra un mayor impacto especialmente en el nivel operativo instrumental.

- El mayor avance se verifica en los atributos de participación social, atención integral y multiconcepción incluyente de salud.
- El nivel programático normativo salvo el caso de El Salvador, progresa a un ritmo menor. En el caso de El Salvador, se dan pasos decididos hacia la consolidación del Modelo de Atención a este nivel político normativo.
- Multiconcepción integral e incluyente se muestra como una plataforma de cambio porque implica el reconocimiento del derecho a la salud, de la determinación social pero al mismo tiempo otras perspectivas desde las lógicas socioculturales de los pueblos y de la población en el caso del modelo de auto atención, que permiten comprender e intervenir mejor en el proceso salud - enfermedad.
- El financiamiento es un aspecto a mejorar en los cuatro países, como se logran planificar y programar en una lógica integral y no en programas verticales. La horizontalización no puede implementarse sin dar ese paso, una mejor asignación pero también una mejor distribución presupuestal adecuada.
- La horizontalización programática y su consolidación es necesario trabajarla en el marco de la relación con la intersectorialidad, para lo cual es sumamente necesario seguir trabajando en alianzas, pues requiere de los ministerios de salud de cada país para un respaldo político y consolidación de experiencias en terreno. Es decir hay esfuerzos que implican reflexionar profundamente en ellos para no perder lo ganado.
- En los cuatro países hay avances, en Perú Bolivia y Guatemala se ha influido en el desarrollo de estos modelos que iniciaron de alguna manera con cierto Marco de políticas proclive a la APS pero que también empezaron en la realidad local a implementar y a construir experiencia.
- Para el caso de El Salvador se avanza fuertemente en el tema del acceso a servicios de salud, pero en la apropiación por parte de los equipos de trabajo, sigue siendo un gran reto a nivel nacional. Se observa un fuerte avance y logros en materia de políticas públicas y marcos normativos producto de los ejes de la Reforma.
- El avance de la horizontalización y de los programas también está fuertemente impulsado por el desarrollo del componente y de redes integrales y por el tema de la participación social.

La definición y el avance de la implementación de los ejes estratégicos y retos de consolidación en los próximos años:

- Participación social

- Intersectorialidad
- Articulación de los diferentes niveles de atención entorno a la RIIS
- Sistema Único de Información
- Desarrollo de la rectoría en investigación mediante la oficialización del INS
- La Rectoría de medicamentos
- La formación de los Recursos Humanos del SNS.

Retos para el avance y consolidación de la Reforma de la Salud

- Estrategias para el financiamiento a fin de superar las limitaciones para la implementación de los ejes.
- Mitigar las resistencias internas en el sector salud contemplando la resolución de conflictos laborales y priorizando la comunicación social de la Reforma.
- Incrementar capacidades e instrumentos de monitoreo que catalicen la rectoría hacia las estrategias de impulso de la Reforma.
- Consolidar presupuestos y compromisos en los planes intersectoriales en el ámbito nacional y local.
- Anclar en marcos legales los ejes estratégicos e institucionalidad promovida desde la Reforma de Salud.
- Desarrollar acciones de pertinencia intercultural, deuda pendiente de la Reforma de Salud.

5. Ejes estratégicos de la Reforma de Salud



EJE 1



**REDES INTEGRALES E INTEGRADAS
DE SALUD (RIIS)**

Marco conceptual

Desde el comienzo de la Reforma de Salud en junio 2009, se adoptó una nueva forma de hacer salud basada en una visión integral, fundamentada en la determinación social, que explica en última instancia los estados de salud de los pueblos. De esta forma se impulsa desde entonces, un enfoque de salud integral que contrarresta el tradicional paradigma biomédico y los modelos privatizadores y medicalizados que ha prevalecieron por décadas en nuestro país. La Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) son la estrategia de articulación entre servicios de salud (del mismo nivel y entre niveles de atención) del Ministerio de Salud y de otras instituciones presentes en el territorio, para garantizar en su ámbito geográfico común, una atención debe centrada en la persona, la familia y la comunidad. Cada RIIS cuenta con una población nominal a cargo y un territorio definido, fundamentándose en la adscripción a la ficha familiar y la dispensarización de las personas. Pero este espacio no sólo tiene una lógica de red de servicios, el abordaje de la determinación social de la salud escapa a considerar las transformaciones en los cambios de salud en términos exclusivos de atención sanitaria; sino que como el resultado de cambios en las condiciones sociales que se implica en dicha determinación. Es por ello que las RIIS son también un espacio de consolidación de la participación social y la intersectorialidad como pacto social alrededor de la salud, estableciendo acciones conjuntas para el abordaje de la determinación social. De esta forma la RIIS están conformadas por las dependencias de los diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del SNS, otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente para funcionar en red y con la sociedad civil organizada.

El funcionamiento en red permite lograr el continuo de la atención de las personas sin discriminación alguna, a partir del análisis de situación de salud con enfoque de curso de vida en el contexto individual, familiar y comunitario, de tal forma que se reciban servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico precoz y oportuno, tratamiento de rehabilitación basada en la comunidad y la incorporación de la persona a la vida productiva y cuidado paliativos, desarrollando su trabajo en una población de responsabilidad, a la cual rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, trabajando articuladamente con un abordaje de determinación social de la salud y criterios poblacionales, de vulnerabilidad, riesgo, morbilidad, solidaridad, diversidad sexual, discapacidad, etnicidad, afrodescendencia, migrantes, derecho, género y equidad¹⁷.

La estrategia de la RIIS está basada en un enfoque de atención primaria integral, que huye de la visión reduccionista de su atención y, por lo tanto, busca esencialmente el fortalecimiento del primer nivel de atención, a través de la organización comunitaria, la calidad de la atención, la equidad y intersectorialidad como principios esenciales del modelo de atención, sin descuidar la atención que merece la red hospitalaria en el continuo de la atención; de tal forma que el fortalecimiento del primer nivel de atención, como base del modelo lleva implícito el fortalecimiento del hospital de referencia de la red y viceversa. Busca en esta articulación entre niveles de atención superar la histórica fragmentación del sistema de salud, deuda pendiente del proceso de consolidación del sistema nacional de salud.

17 Ministerio de Salud. *Política Nacional de Salud 2015 -2019*.

Antecedentes

El MINSAL ha mejorado el acceso universal a la salud y la cobertura territorial y el funcionamiento articulado de las redes de servicios, de las redes de salud y de su infraestructura, pasando de 377 Unidades de Salud en 2009 a 754 Unidades Comunitarias de Salud Familiares en 2018, es decir una duplicación de los establecimientos y 22 hogares de Espera Materna. Al final del año 2018, se tiene una cobertura nacional a nivel territorial con 539 Ecos Familiares, instalados en 187 municipios de los 262 existentes. En 136 de los municipios se tienen instalados los equipos de salud familiar con sus integrantes completos (médico, enfermera, técnica en enfermería, promotores de salud y una persona polivalente) en los restantes 51 hay persona del equipo en forma parcial. Se han instalado 39 Equipos de Salud Familiar Especializados, que cuenta con cobertura de especialista por primera vez se cuenta en el primer nivel de atención especializada: internistas o médicos de familia, ginecobstetras, pediatras, psicólogos, educadores, fisioterapeutas entre otros, los especialistas realizan acercamientos territoriales para atender a las personas referidas. Los hospitales se mantienen el mismo número de los 30, casi todos han tenido importantes inversiones en infraestructura y los 30 hospitales han sido fortalecidos con equipamiento hospitalario nuevo y moderno.

Para el fortalecimiento de los servicios de salud se han generado más de 8,000 nuevas plazas de trabajo, lo que ha permitido desplegar los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) en los 14 departamentos del país. Este personal contratado incluye a promotores/as de salud, personal de enfermería, especialista en salud ambiental y personal médico general y especializado y profesionales de fisioterapia, psicología, educadores entre otros. Toda esta reestructuración y funcionamiento de las redes a significado que cerca de dos millones de personas tengan ahora una atención más permanente y más cerca de su lugar de vivienda.

De esta forma se construyó un nuevo esquema de trabajo en redes. La RIIS parte del marco conceptual del documento de OPS publicado en el año 2010 "Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas"; se crea una simbiosis entre la teoría y la práctica de la estrategia de trabajo en red. Gracias a ello aquí en El Salvador están estructuradas y territorializadas 68 Microredes de Salud Municipal e Intermunicipal, 16 redes departamentales (3 para el departamento de San Salvador y Una para cada uno los 13 departamentos restantes), 5 redes regionales y una Red Nacional: los Consejos de Gestión, espacio en el que confluyen personal hospitalario y del primer nivel de atención, actores de la intersectorialidad local y representantes de la sociedad civil; estos consejos de gestión, donde se integran diferentes niveles de atención tienen una conducción conjunta entre directores de hospitales y directores del primer nivel de atención en dependencia del nivel geográfico hasta llegar al consejo de gestión de la red nacional conducida por el viceministro de servicios de salud.

En cuanto a la infraestructura y equipo de junio del 2009 a octubre del 2017 se han invertido más de 426 millones de dólares en Infraestructura de 433 establecimientos

de salud y en el equipamiento de toda la red hospitalaria y también equipamiento en el primer Nivel de atención, gracias a esa inversión del 2009 hay un incremento de 374 nuevos establecimientos del primer nivel de atención. De los 30 hospitales nacionales han tenido obras de ampliación remodelación además de equipamiento.

Para su instalación y desarrollo se han generado diversos instrumentos tales como los lineamientos para la organización y funcionamiento de los Ecos F y E, la organización de las redes de salud, el diseño del análisis de la situación de salud, que permite la dispensarización familiar entre otros.¹⁸

Resultados de las consultas territoriales

Avances

- Eliminación de barreras al acceso: cuotas mal denominadas “voluntarias” (medicamentos, VIH, planificación familiar), acercamiento de los establecimientos de salud, desarrollo del programa de humanización, gestión de citas, transporte para el acercamiento a la comunidad.
- Fortalecimiento de los todos los niveles de atención de acuerdo a la categorización de los establecimientos (incluyendo equipo y personal especializado en UCSF y Ecosf)
- Recolección eficiente de información relacionada al entorno individual, familiar, comunitario y ambiental (Ficha Familiar).
- Implementación del SIAP, Ficha Familiar y Estándares de Calidad y creación del código único al nacer.
- Implementación del *Sistema de Referencia y Retorno e interconsulta*, estableciendo una relación afectiva personal médico y de enfermería generando un mejor funcionamiento interniveles.
- Hogares de Espera Materna (Comités de apoyo con la integración de miembros de FNS) y Bancos de leche Materna.
- Intersectorialidad en algunos municipios para mejorar el trabajo en red, tanto para la atención de los usuarios como para consolidación de la información. Integración del FNS, ISSS e ISBM a los Consejos de Gestión de la RIIS para el debate, toma de decisiones, compartiendo recursos y empoderamiento de la sociedad.
- Monitoreo y evaluación mensual de la situación de salud por MINSAL y FOSALUD.

18 MINSAL. “Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados”, 2017. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_para_los_Ecos_Familiares_y_Ecos_Especializados.pdf

Desafíos

- Contar con un marco legal que sustente todo el proceso de Reforma de Salud (organización, Recursos, presupuestos, normativas) y unifique el SNS.
- Comunicación de los avances de la salud y la reforma de salud a nivel nacional e internacional a todo nivel (publico, personal de salud, instituciones del sector y fuera de él)
- Entorno social que obstaculiza la cobertura universal y sistema de referencia.
- Integración del sistema nacional de salud en la RIIS.
- Funcionamiento pleno del sistema de referencia, entre niveles de atención e instituciones del SNS y mejorar la coordinación entre niveles y el seguimiento de acuerdos.
- Falta de compromiso en algunos miembros del MINSAL y la percepción sobre la reforma de salud y FNS como amenaza.
- Mejora de acciones de promoción de la salud y educación para la salud, que se refleja también el trato humanizado en toda la RIIS.
- Formación de Recursos Humanos, desde las entidades formadoras.

Recomendaciones

- Diseñar marco legal para sustentar la Reforma de Salud
- Difundir la Reforma de Salud con el personal de Salud
- Desarrollar mayor capacidad de participación en la RIIS.
- Asignación de más presupuesto para fortalecer la cobertura y la capacidad instalada (recursos humanos y equipamiento).
- Incrementar coordinación con instituciones formadoras.
- Generar incentivos para el personal de salud comprometido con la reforma.
- Unificar lineamientos de referencias y retorno como SNS.
- Facilitar procesos administrativos (citas, colas, maltratos, etc.)

Las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Caracterización y avances de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS)

Con la finalidad de cumplir con el derecho humano a la salud, se definió como estrategia principal el acercamiento del personal de salud en los 100 municipios más pobres del país, continuando hasta completar actualmente 187, al 2018, se han duplicado el número de establecimientos desde el inicio de la Reforma de Salud, cabe resaltar sobre estos establecimientos, el caso de los 578 Ecos Familiares y Especializados, significa un equipo ampliado en el territorio para atender a la población.

Redes

Están destinadas para la Coordinación de las instituciones miembros en el territorio para resolver problemas de cobertura y sus limitaciones.

Estas redes están conformadas por diferentes niveles, en total funcionan 68 micro redes, las cuales tienen su Consejo de Gestión, conformado por los diferentes niveles y actores, entre ellos se articula la comunidad a través del Foro Nacional de Salud y otros actores que no forman parte del Ministerio de Salud ni del Sistema Nacional de Salud.

Existen 13 Redes Departamentales, de las 4 son de San Salvador, 5 Redes Regionales con sus respectivos Consejos de Gestión Regionales y la Red Nacionales. La ventaja de este esquema de gestión, es que se identifican y resuelven las prioridades a niveles territoriales con involucramiento del Foro Nacional de Salud, otras expresiones de la sociedad civil organizada y en corresponsabilidad con la comunidad.

El esquema bajo el cual se está trabajando es el Modelo de Atención en Salud Integral centrado en Persona, Familia y Comunidad tiene las siguientes características:

- Atención de salud centrada en la persona, familia y comunidad.
- Con población Nominal a cargo y territorio definido.
- Adscripción a la ficha familiar y dispensarización de las personas.
- Abordaje de la determinación social de la salud.
- Amplia participación social e intersectorial.
- Articulación efectiva de los diferentes niveles de atención: sistema de referencia, retorno e interconsulta, siendo este sistema, una de los grandes logros que se han

alcanzado, pues la persona usuaria no se queda en el primer nivel de atención, sino se le da seguimiento si necesita atención especializada y se trata todo el ciclo de atención del paciente.

- Integralidad de la atención en los servicios de salud.

Red Departamental – Chalatenango

En esta red, no solamente participa el Ministerio de Salud, sino se han incorporado los actores locales en búsqueda del Sistema Integrado de Salud, en los cuales intervienen FOSALUD, ISSS, ISBM, CSSP y DNM



Fortalecimiento de la RIIS

Primer Nivel de Atención

- Se encuentran a 2018, 578 ECOS Familiares funcionando en 186 municipios, priorizando las áreas rurales y asentamientos urbanos precarios y con mayor nivel de desnutrición.
- Cerca de dos millones de personas registradas en la ficha familiar.
- Desarrollo de la Atención Primaria de Salud Integral.

- Coordinación intersectorial en Redes Integrales e Integradas de Salud.
- Fortalecimiento de Recursos Humanos en los establecimientos de 10 de los 14 Departamentos, alcanzando una densidad de 21:10,000 habitantes en 2017.

Segundo y Tercer Nivel de Atención

A pesar de no contar con nuevos hospitales, se realizó la categorización de los Hospitales:

- Básicos: 11
- Departamentales: 14
- Regionales: 2
- De Referencia Nacional: 3

Previo a la Reforma los Hospitales Básicos (11) no estaban equipados adecuadamente por hospital, pues eran Unidades de Salud grandes convertidas en hospitales ni personal adecuado para la atención médica. Actualmente con la Reforma han sido equipados adecuadamente para atención hospitalaria y personal idóneo para la atención especializada. Con aumento en la cobertura diaria de atención por médicos especialistas priorizando las áreas de atención Materno Infantil. Previo a la Reforma de Salud (2009), la atención ginecologista era brindada únicamente por la mañana, actualmente existen 22 Maternidades que cuentan con atención las 24 horas. Es una de las razones por las que la mortalidad materna ha ido disminuyéndose.

En el ámbito hospitalario, se ha mejorado sensiblemente en la infraestructura y equipamiento de los hospitales, al realizarse una inversión de más de 80 millones de dólares en equipamiento para los hospitales, la cual es una inversión histórica para el país. Al mismo tiempo se ha creado 3 Bancos de Leche, lo que ha significado una oportunidad de vida a bebés recién nacidos.

Disminución de la Mortalidad Materna

Se ha alcanzado la mortalidad más baja en la historia que es para 2018 de 28.6: 100,000 mujeres. Este valor está muy por debajo del compromiso del PQD para el año 2019 a razón de <35.

El Salvador ha presentado una de las razones más bajas en el grupo de países latinoamericanos y del Caribe.

La reducción de la mortalidad materna continua siendo un compromiso prioritario para el MINSAL y un factor que contribuye además de la organización comunitaria y el aumento de la cobertura de la atención prenatal es que para 2016 el 99.6% son partos institucionales en el Sistema Nacional de Salud.

Para darle cumplimiento a esta estrategia se cuenta con:

- Organización y funcionamiento de 21 Hogares de Espera Materna (HEM)
- Identificación temprana en la comunidad, inscripción, control prenatal y atención oportuna del parto.
- Aumento en la cobertura diaria de atención Ginecobstetra en los Hospitales de la red de maternidades.
- Continuidad a la implementación estrategias específicas del código rojo (sangramiento) y código amarillo (infección y sepsis).
- Funcionamiento de las clínicas de alto riesgo para atención de mujeres en edad fértil con patologías o condiciones de alto riesgo reproductivo.
- Vigencia de la abolición de la barrera económica (supresión de cobros por la consulta, control prenatal, atención del parto y hospitalización)

A continuación se presentan otros resultados importantes en la red de atención.

Cirugía mayor ambulatoria

Es uno de los logros a nivel hospitalario y dentro de los beneficios presentados se encuentran:

- Reducir el tiempo de estancia hospitalaria.
- Disminución del riesgo asociadas a la atención sanitaria
- Movilización y rehabilitación temprana.
- Recuperación en el entorno familiar.
- Recuperación de complicaciones quirúrgicas.



Previo a la Reforma este tipo de cirugía mayor ambulatoria no existía y se ha visto un incremento en la primera etapa del 8% hasta 2016 de un 25% de cirugías que no es necesaria la hospitalización, y con seguimiento del primer nivel de atención.

Egresos hospitalarios

Desde el año 2009 hasta la fecha, es evidente el aumento en la demanda de la atención a nivel hospitalario, que mediante el continuo de la atención en los diferentes niveles de atención, se ha mantenido relativamente constante. A esto hay que sumar factores como la ampliación de la cobertura, la gratuidad de los servicios.



Disminución de la Desnutrición Crónica

Para el 2016 se encontró una reducción de la desnutrición crónica del 42% con respecto al último censo de talla del año 2007, datos registrados en el Censo Nacional de escolares de 7 a 9 años.

Existen factores contribuyentes a esta disminución como lo son:

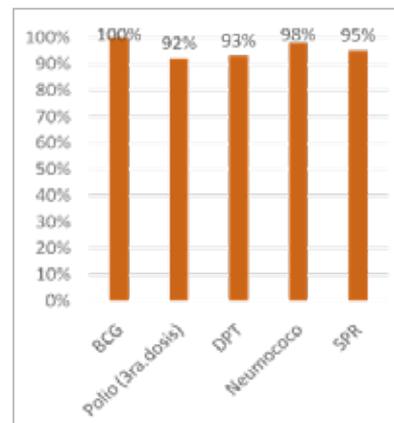
- Alimentación escolar que 1.3 millones de alumnos del Sistema Educativo reciben (Vaso de leche, bonos alimentarios).
- Detección oportuna de los niños en riesgo.
- Control y seguimiento de los casos diagnosticados.



Cobertura de vacunación

Coberturas de Vacunación mayores del 90%, debido a ello se mantiene una disminución en los casos de enfermedades prevenibles por vacuna. No se han reportado muertes por: diarrea por rotavirus, rabia, rubeola congénita, tétano neonatal, lo que se suma a la eliminación del sarampión y la polio en nuestro país desde hace muchos años.

El Modelo de Atención está basado en la persona y para que esta pueda ser corresponsable de su salud debe estar informado, para ello se han creado:



- Para el año 2016, se inició con la implementación de 2 puntos de información y orientación a la ciudadanía (INFOCA) para cada hospital, como espacios de información y orientación a los usuarios con lenguaje claro y sencillo y en horarios de mayor demanda.
- Los 30 Hospitales nacionales cuentan, actualmente con los puntos habilitados.
- Durante el año 2016 cada hospital brindo un promedio de 1500 atenciones de información y orientación.

Oficinas por el Derecho a la Salud

Actualmente existen 35 Oficinas por el Derecho a la Salud, distribuidas en los 30 Hospitales Públicos y 5 Regiones de Salud.

Su actividad principal es coordinar las acciones y seguimiento necesario, relativo a los mecanismos de participación y contraloría social, mejorar la atención en salud, avisos o quejas de usuarios por presuntas violaciones de derechos humanos en salud y apoyar los procesos de humanización que la oficina por el Derecho a la Salud realiza, mismos que contribuyen a la satisfacción de los servicios recibidos en el Hospital, así como coordinar la apertura de los buzones de sugerencia, de conformidad a lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la Promoción del Derecho Humano a la Salud, en coordinación de los comités por el Derecho a la Salud.

Cada oficina cuenta con un Comité por el Derecho a la Salud, que está conformado por Personal del Hospital y la Región y además personas organizadas de la comunidad o el Foro Nacional de Salud.

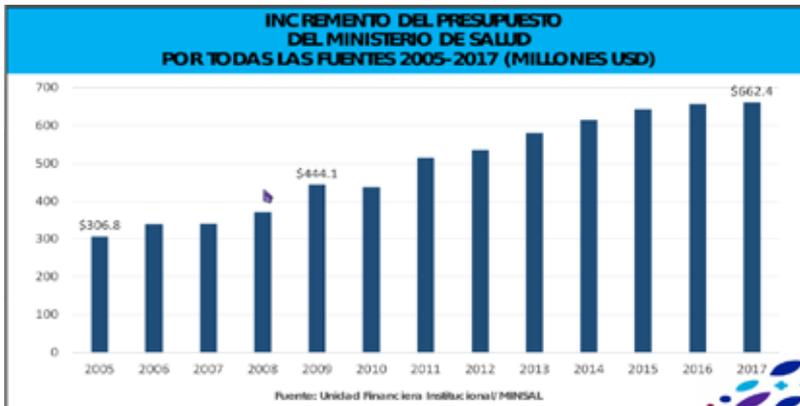
Participación Social

- Se ha facilitado la participación social en salud, desde el inicio de este gobierno, se han realizado 4,885 asambleas comunitarias a nivel nacional.
- Están identificados 3,459 comités comunitarios de salud (13 mil personas participando) y 2,124 juntas de agua a nivel nacional que articulan su trabajo con el Ministerio de Salud.
- Se han realizado más de 28 mil reuniones con grupos organizados de la comunidad para abordar temas de salud.
- Se ha facilitado la Integración de los referentes del FNS a los comités de gestión del MINSAL.
- El Ministerio de Salud inició con el sistema de contraloría social con participación ciudadana, con el apoyo del FNS. Este sistema funciona en los 30 hospitales

nacionales y en las 5 regiones de salud, articulando usuarios de los servicios, representantes del FNS, comunidad organizada y el personal de salud, para recibir las denuncias de la población, realizar el debido procesamiento y dar respuesta a fin de generar mejoras en la calidad, la calidez y en la humanización de los servicios de salud. Cabe mencionar que el FNS y la Sociedad Organizada están presentes únicamente en 9 Departamentos y en 32 Consejos de Gestión de los que funcionan actualmente.

Aumento del presupuesto

Todo estos avances se han realizado, a pesar del estrangulamiento y la crisis económica, se ha fortalecido y priorizado el sistema público, logrando un incremento del presupuesto año con año, para 2018 fue de 659.46 millones.



Avances en la Integración del Sistema Nacional de Salud

Con las instituciones del Sistema Nacional de Salud se está ejecutando “Acuerdos para una hoja de ruta hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, por lo que se han conformado las siguientes comisiones técnicas:

- **Asuntos jurídicos:** ya produjo la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- **Modelo de Atención y Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS):** para ir aproximándonos gradualmente a un solo modelo de atención.
- **Curso de vida:** Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, apoyados por protocolos y guías de atención similares o unificados.
- **Uso Racional de Medicamentos:** “Plan Nacional de uso racional de Medicamentos y otras tecnologías”
- **Sistemas de Información:** Las instituciones del Sistema Nacional de Salud están tributando al SUIS lo relacionado con las enfermedades de notificación obligatoria,

implementación del Registro Único al Nacimiento y trabajando en el expediente único electrónico para el Sistema Nacional de Salud.

- **Economía de salud y financiamiento:** Se está trabajando en el análisis de costo por cada una de las instituciones del Sistema.
- **Talento Humano en Salud:** Que actualmente está definiendo la formación de especialistas con programas únicos ISSS y MINSAL, el análisis de los procesos de gestión y desarrollo del talento humano del SNS.

Las Enfermedades No Transmisibles en el marco de la Salud Urbana

Introducción

El tema de las enfermedades no transmisibles es uno de los desafíos en cuanto a la salud en el mundo. Tiene que ver con la determinación social de la salud, con nuestra forma de vida, de alimentarnos, El Salvador ha definido una lucha constante para contar con atención integral que mejore la salud de las personas y evitar enfermar de una ENT. A partir del análisis de la situación de dichos problemas de salud se lanzó en julio 2017 el modelo de salud urbana, construido participativamente.

Contexto mundial

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en 2007 por primera vez la población urbana superaba el 50% de la población mundial. Existe una interacción entre las poblaciones urbanas y sus medio ambientes, las personas cambian el medio ambiente, a través del consumo de alimentos, energía, agua y uso de la tierra, y a su vez la contaminación ecológica urbana afecta la salud y la calidad de vida de las poblaciones en las ciudades. Se ve identificado por la contaminación, el hacinamiento, cambios en la alimentación evidenciada en nuestra capital.

De los 56.4 millones de muertes en el mundo, 32 millones son causadas por Enfermedades No Transmisibles (ENT), lo que representan el 58.6% de muertes a nivel mundial.

Las enfermedades que representan la mayoría de las muertes por ENT en el mundo son:

- Cardiovasculares: 17.7 millones de muertes
- Cáncer: 8.8 millones de muertes
- Enfermedad Respiratoria Crónica: 3.9 millones de muertes
- Diabetes: 1.6 millones de muertes
- 15 millones de todas las muertes atribuidas a la ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad (rango de edad categorizado como muerte prematura).

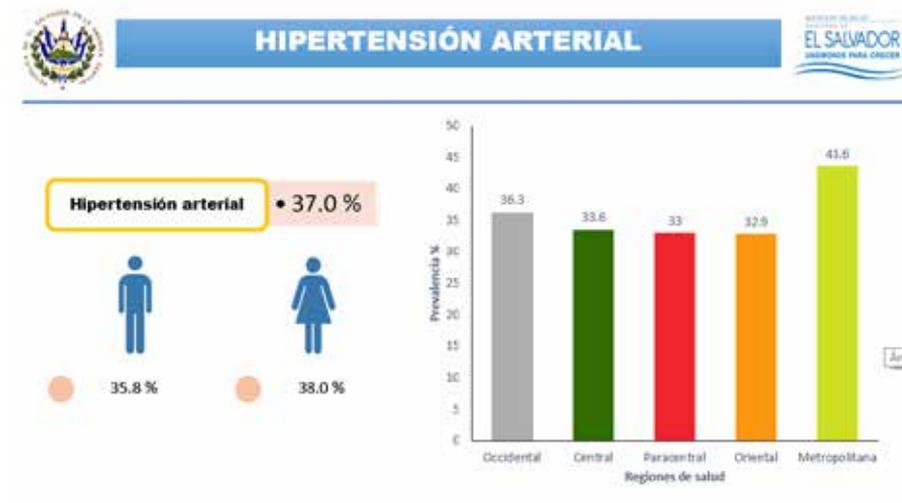
- El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.
- Según el BID (Octubre 2016), el 80% de la población de América Latina y del Caribe vive en zonas urbanas, constituyéndose en una de las regiones más densamente pobladas del planeta.
- Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, para el 2030 la población será de 721 millones, 705 en América Latina y 16 millones en el Caribe, de estos, se calcula que habitaran en las áreas urbanas alrededor del 75%.
- América Central es la única subregión que aun muestra predominio de población rural (nivel de urbanización del 47.8%).

Contexto nacional

Según la Encuesta de Hogares para Propósitos Múltiples (EHPM), de las 6.4 millones de personas, aproximadamente 3.9 millones residen en áreas urbanas (62.3%) y 2.1 millones en el área rural (37.7%). Por primera vez en la historia se hizo una encuesta sobre las prevalencia de las enfermedades crónicas – ENECA 2015 donde los hallazgos fueron los siguientes:

- Prevalece factores como la obesidad, dislipidemia, diabetes Mellitus, HTA, ERC.
- Factores de riesgo predisponentes: Tabaco, alcohol (bebedores de riesgo), dieta (consumo de bebidas azucaradas, sal, bajo consumo de frutas y verduras), actividad física baja (sedentarismo), antecedentes familiares HTA, DM, ERC.

Algunos Datos importantes a partir del desarrollo de esta encuesta:



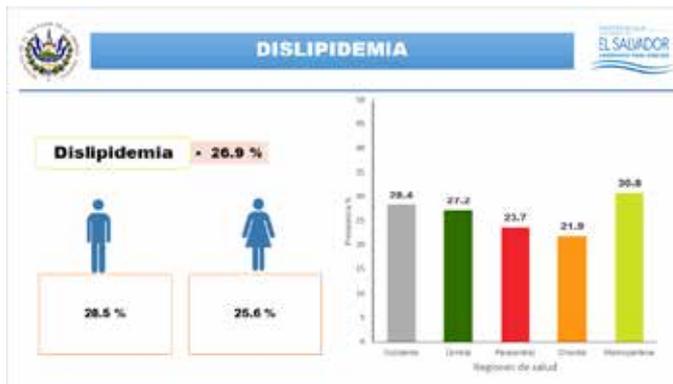
Sobrepeso

Se puede observar que si se suma sobre peso y obesidad es mayor al 50% de la población quienes presentan problemas de peso. Predominantemente son las mujeres quienes presentan problemas de obesidad.



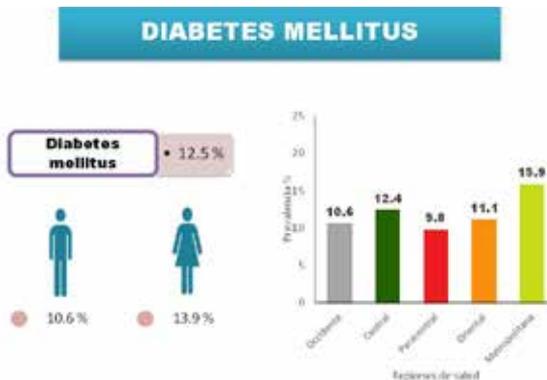
Dislipidemia

Esta investigación, ha sido realizada con todo el rigor científico necesario. Se han realizado pruebas de confirmación 3 meses posteriores, para confirmación del resultado.

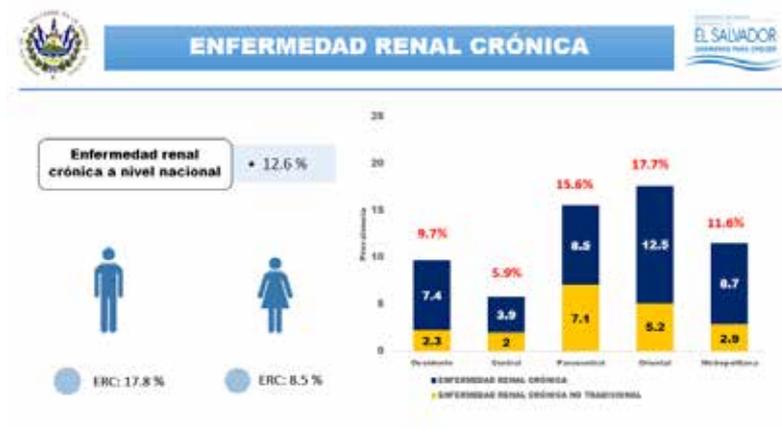


Diabetes Mellitus

La prevalencia de Diabetes Mellitus en América Latina es la más alta a nivel mundial y en el caso de El Salvador es una de las prevalencia más alta a nivel de las Américas, con un 12.5%.



En el caso de Enfermedad Renal Crónica, es de un 12.6%, siendo uno de los valores más altos en la región. A pesar de que no es uno de los problemas priorizados en El Salvador, le cuesta la vida a miles de personas, lo que lo convierte en un problema de salud pública que se debe abordar. En El Salvador, se presenta la Enfermedad Renal Crónica y la Enfermedad Renal Crónica no Tradicional, para lo cual se están realizando estudios para establecer la relación entre la ERC y los agroquímicos. En la siguiente gráfica se presentan el número de consultas de ENT en los establecimientos del MINSAL, en las que sobresalen las enfermedades cardiovasculares seguidas de las enfermedades respiratorias y la diabetes.



Consulta por ENT en la red de servicios del MINSAL, 2012-2016



Resultados del Cuarto Censo de Talla y el Primer Censo de Peso

En nuestro país se han realizado esfuerzo para la realización de este primer censo de peso y el 4to de talla, todo este esfuerzo se realizó en el 100% de los Centros Escolares de niños de 1 – 2 grado.



Clasificación de los Departamentos según categorías de Obesidad

Esto ha generado el desarrollo de estrategias en conjunto con la sociedad civil para trabajar en estos factores, pues es alarmante que niños y niñas de 1° y 2° grado tengan tan altos niveles de obesidad.

Modelo de Salud Urbana en El Salvador¹⁹

El Ministerio de Salud a través de su programa de Salud Urbana pretende:

- Disminuir la exclusión social: Existe una comisión multisectorial, esfuerzo conducido por el Viceministro de Servicios integrada por 21 entidades, con representación de Ministerio de Trabajo, Medio Ambiente, Educación, Vivienda, Alcaldías, etc.
- Proteger y restaurar el medio ambiente, integrando el enfoque de determinación social de la salud.
- Promover el desarrollo humano construyendo una ciudad más saludable para todos y todas.
- Abordar vulnerabilidades

¹⁹ MINSAL. Modelo de Salud Urbana. 2018. https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2017/pdf/Modelo_de_Salud_Urbana_y_Plan_de_Implementacion.pdf

- Contrarrestar inequidades en el acceso a: deporte, cultura, saneamiento, infraestructura, hábitat, atención en salud y medio ambiente. Se ha firmado convenios con el INDES para promover la actividad física.

Modelo centrado siempre en individuo, familia y comunidad que son pilares del Buen Vivir, y se ha desarrollado un enfoque de integralidad que se concreta en 7 dimensiones operativas: Gobernabilidad e integración, Hábitat e infraestructura, Medioambiente, Movilidad, Convivencia, Educación y Cultura.

Dentro los aspectos fundamentales para el desarrollo del Modelo de Salud Urbana se encuentran la Participación Social (Construcción de una Alianza Ciudadana para el Modelo de Salud Urbana), intersectorialidad e intrasectorialidad.

Elaborado y aprobado el Plan de Implementación del Modelo y actualmente se tienen 4 comisiones trabajando con la intersectorialidad, ese abordaje es el que se implementará en 2018 para darle continuidad.

Se realizó el primer congreso de Enfermedades No Trasmisibles limitados a servicios, en donde se lanzó la Estrategia Comunicacional.

Uno de los grandes desafíos es la Vigilancia de la Enfermedades No Trasmisibles, a través no solo de encuesta sino también con el sistema de información.

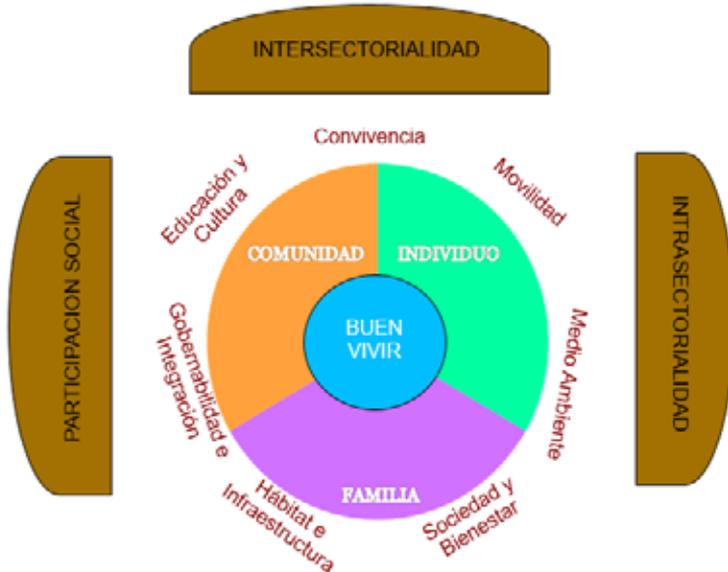
MODELO DE SALUD URBANA

OBJETIVO

AMBITOS

DIMENSIONES

ESTRATEGIAS



Resultados de las discusiones en mesas y plenaria

Avances alcanzados identificados

- Reducción de la barrera económica, está demostrado que al declarar la gratuidad de los servicios fue una estrategia que permitió que más de 1.5 millones de usuarios y usuarias tuvieran acceso a los servicios de salud.
- Aumento de la cobertura, al acercar los servicios de salud a las diferentes poblaciones sobre todo aquellas que fueron históricamente excluidas, difícil acceso o nivel socioeconómico bajo o extremo.
- Incremento del parto institucional, incremento de egresos hospitalarios, reducción de la mortalidad materna.
- Interrelación entre los prestadores de servicios, quien ha liderado este proceso, a pesar de que a veces no lo permiten los marcos normativos.
- Mejores respuestas en red a partir de estrechar esta relación.
- Espacios de reflexión con la comunidad, el FNS ha ganado espacios y ampliado su despliegue territorial, que ha generado en la comunidad la participación, el atreverse a romper esquemas y a garantizar el derecho que les asiste de estar en esos espacios.
- Implementación de un modelo preventivo, enfoque integral y que el desarrollo de un país está en la inversión en la atención primaria de salud.

Actores o acciones que facilitaron o se opusieron el cumplimiento de metas del eje de RIIS

Actores potenciadores	Actores opuestos
<ul style="list-style-type: none"> ● intervención Foro Nacional de Salud, con estructura organizativa en amplio territorio nacional ● Cooperación Nacional e internacional de salud: armonizada alrededor de la Reforma y sus ejes ● Voluntad política de los titulares de salud ● Trabajo intersectorial (CISALUD) 	<ul style="list-style-type: none"> ● La oposición política y oligarquía en este país es apátrida. ● Asamblea Legislativa ● Desfinanciamiento, no tiene el presupuesto necesario para hacer la inversión necesaria en salud. ● Sala de lo constitucional, dando sentencias con el único propósito de generar estrangulamiento económico y político para este gobierno. ● Personal de salud no identificado con la reforma, en todos los niveles y establecimientos.

Desafíos identificados para la implementación de este eje

- Humanización de los servicios de salud, búsqueda de estrategias para continuar un salto cualitativo que ha incluido con esa persona que no comulga con la Reforma de Salud y que la conozcan el valor de la reforma como capital social, de tal forma que el pueblo la defienda.
- Agilizar la tramitología de compras y movilización de recursos dentro del Ministerio de Salud.
- Ampliar cobertura de laboratorios, en la que todos los servicios sean más amplios para poder dar una cobertura universal.
- Descentralización de toma de decisiones con los recursos necesarios, la estructura administrativa – operativa tal como se plantea actualmente en las direcciones regionales y analizar más detenidamente para determinar si con una estructura nueva se puede avanzar más.
- Incorporar al Sistema de Salud Privado, a pesar que solo el sistema privado de salud es un desafío, no hay que olvidar que es necesario para lograr un Sistema Nacional de Salud, con rectoría que afecta no sólo a lo público, también al sector privado.
- Posicionar la Reforma de Salud como agenda de continuidad.
- Mayor trabajo intersectorial para abordar la determinación social en salud.

Acciones necesarias para profundización del eje

- Continuar con la RIIS, es la esencia para avanzar también en el abordaje de la determinación en salud en los territorios.
- Mantener la participación y comunicación con las instituciones que cooperan con las comunidades.
- Consolidar el marco jurídico de la Reforma, las expresiones de la sociedad civil organizada en este momento serán la principal defensa de la Reforma de Salud.
- Fortalecer las coordinaciones entre primer nivel de atención y hospitales.
- Implementar el Modelo de Salud urbana en todo el territorio nacional
- Intercambio entre experiencias exitosas de RIIS, con fines de estandarizar buenas prácticas

Recomendaciones para profundizar la Reforma de Salud

- Aumentar los recursos humanos para la aplicación y cobertura de la Reforma.
- Mayor sostenibilidad financiera en el sistema público
- Acciones concretas contra la elusión y evasión fiscal.
- Estandarizar protocolos y normas del MINSAL, la Dirección de Regulación se han generado durante estos periodos.
- Implementar el Sistema de Salud Urbano
- Reforzar los programas de Salud Mental
- Gobernanza Única, modificación del marco jurídico que garantice la continuidad
- Disminución del maltrato
- Fortalecer capacidades de monitoreo y evaluación en el funcionamiento de la RIIS
- Consolidar la participación social en el comité de gestión del conjunto de las RIIS

EJE 2



**SISTEMA DE EMERGENCIAS
MÉDICAS (SEM)**

Marco Conceptual

En el Marco de la Política Nacional de Salud 2015- 2019, bajo la Estrategia 4 en su Eje 2, se enmarca el Sistema de Emergencias Médicas, el cual tiene la finalidad de disminuir la mortalidad y las secuelas que derivan de situaciones que atentan contra la vida de las personas, así como el enseñar a salvar vidas con el desarrollo de competencias desde el nivel comunitario, pre hospitalario, hasta las emergencias hospitalarias.

Su abordaje se realiza con un enfoque de la participación interinstitucional y la colaboración intersectorial de manera permanente y efectiva, en el ámbito de las emergencias médicas.

El Sistema de Emergencias Médicas en El Salvador, actualmente, es un sistema regulado y provisto por una red de instituciones públicas, apoyado por la colaboración interinstitucional de Cruz Roja, Comandos de Salvamento, Cruz Verde Salvadoreña; y colaboración intersectorial entre Fondo Solidario para la Salud, Ministerio de Salud, Policía Nacional Civil (PNC), Sistema Judicial, Protección Civil y Comunidades.

En el país las lesiones no intencionales (accidentes), fueron responsables de la mayoría de los casos y las lesiones intencionales, tanto por violencia interpersonal como por suicidio también jugaron un papel importante en la caracterización de la intencionalidad de la lesión. Además, la intencionalidad se comporta de forma diferente en cada sexo. Para las mujeres el porcentaje de lesiones no intencionales es mayor y el de lesiones por violencia familiar también es mayor.

Durante 2017, en El Salvador, de acuerdo a datos del SIMMOW, las primeras 3 causas de Lesiones por causa externa fueron accidentes de transporte, caída y heridas por proyectil por armas de fuego, lo cual represento una tasa total de letalidad de 8.5, 2.4 y 20.51 respectivamente por cada 100,000 habitantes (SIMMOW, 2017).

Definición de eje

El sistema de emergencia Médicas de El Salvador es la integración de instituciones que de manera coordinada, bajo la rectoría del MINSAL, utilizando recursos humanos capacitados y tecnología adecuada, proveen atención prehospitalaria a víctimas que han sufrido una emergencia, que puedan ser atendidas en el sitio y si es necesario, ser trasladadas al hospital que corresponde.

Durante el quinquenio 2009-2014, se establecieron las bases para la operación de un Sistema de Emergencia que paulatinamente debe cubrir la totalidad del territorio nacional, antes de este período no existía nada relacionado a la atención prehospitalaria de pacientes, ni capacitaciones en atención prehospitalaria. El Consejo Nacional del Sistema de Emergencias Médicas (CONASEM) es el ente que rige al sistema, cuya finalidad es la coordinación inter-institucional de todos los organismos gubernamentales y no gubernamentales que prestan servicios de emergencias médicas en el país.

Su finalidad es disminuir la mortalidad y las secuelas que derivan de situaciones que atentan contra la vida de las personas, así como el enseñar a salvar vidas con el desarrollo de competencias desde el nivel comunitario a las emergencias hospitalarias, con enfoque de la participación interinstitucional y la colaboración intersectorial de manera permanente y efectiva.

El Sistema de Emergencias Médicas tiene como objetivo brindar una atención pronta, eficiente y de calidad que puede significar la diferencia entre la vida y la muerte del paciente que necesita los servicios de atención de emergencia y urgencia en el ámbito Prehospitalario, brindar además la capacitación certificada al personal de salud en el manejo de las emergencias.

El número telefónico 132, es atendido por profesionales Médicos de Atención Prehospitalaria y Teleoperadores, apoyados por un sistema informático para hacer la valoración correcta del tipo de ayuda que la víctima necesita, tanto en el lugar a donde se desarrolla el evento de emergencia médica o dentro de una ambulancia, lo que facilita la atención inmediata previa a su traslado al hospital que garantice el adecuado tratamiento clínico definitivo.

Resultados de las consultas territoriales

Avances

- Funcionamiento del sistema de emergencias en el área metropolitana.
- Capacitación del talento humano: personal médico y enfermería a nivel hospitalario y primer nivel de atención.
- Circuitos de ambulancias (coordinación, tiempo de respuesta y optimización de recursos).
- Humanización en el trato.
- Resolución de emergencias y apoyo a los hospitales para el traslado de pacientes críticos.
- Disminución de la mortalidad prehospitalaria.

Desafíos

- Gestionar fondos para la implementación del SEM a nivel nacional.
- Implementación del traslado del paciente crítico desde el nivel comunitario hasta el hospitalario.

- Construcción del espacio físico del SEM (circuitos)
- Capacitación a personal de primer nivel y comunitario en atención de emergencias.
- Capacitación permanente del personal del SEM.
- Integración total con los diferentes prestadores de servicios de atención prehospitalaria.
- Equipamiento adecuado e incremento del número de ambulancias y recursos humanos.
- Promocionar y socializar el SEM (132).

Actores que han favorecido

- Gobierno Central
- FOSALUD
- Policía Nacional Civil
- Cooperación y asistencia técnica internacional
- Integración y coordinación del comité del SEM
- Foro Nacional de Salud

Actores que han entorpecido la implementación

- Corte Suprema de Justicia: Sala de lo Constitucional.
- Estandarización de los insumos para el traslado de pacientes críticos
- Presupuesto de salud insuficiente/ Disponibilidad de Recursos Financieros.
- Partidos políticos de oposición en los diferentes niveles de intervención

Acciones para la profundización

- Gestión de presupuesto para la implementación y funcionamiento del SEM a nivel nacional.
- Solicitar capacitaciones progresivas para el MINSAL, instituciones gubernamentales y no gubernamentales y comunidades involucradas en la atención pre hospitalaria.

- Buscar mecanismos legales y desarrollar procedimientos para abastecer al SEM de insumos y medicamentos.
- Mejorar los mecanismos de comunicación entre el SEM y los hospitales para el traslado de pacientes al lugar pertinente con base a capacidad resolutive y capacidad instalada.
- Mejorar en Sistema de distribución de los traslados.
- El fortalecimiento de las diferentes instituciones sobre primeros auxilios
- Promocionar y socializar el SEM a todos los niveles de salud y miembros del Sistema Nacional de Salud.
- Crear un equipo de facilitadores para la implementación del SEM en todos los niveles de atención.

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Caracterización y avances del Sistema de Emergencias Médicas

Antecedentes

Antes de la Reforma la atención de las personas durante una emergencia médica era únicamente realizada por los cuerpos de socorro quienes voluntariamente se dieron a la tarea de auxiliar a las personas, pero lo hicieron sin supervisión del Ministerio de Salud y no contaban con la visión de ir mejorando para llegar a la excelencia, con el gobierno del cambio y con el deseo de cambiar esta situación.



El sistema de Emergencias Médicas es uno de los Ejes de la Reforma de Salud, para que las personas que tuvieran una emergencia médica en la vía pública o en sus casas tuvieran la asistencia pre hospitalaria para estabilizarlo y luego transportarlo profesionalmente al hospital más cercano y que tenga mejores condiciones y se le dé la oportunidad de salvarle la vida.

Marco legal del SEM

- En la Constitución de la Republica en su Artículos No 1, 65,66 establecen principalmente que la salud es un derecho desde el momento de la concepción.

- La Ley del Sistema Nacional de Salud
- Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo Art. 42
- Código de Salud Art. 40,41 y 42.
- Decreto Ejecutivo Número 158 creación del Sistema de Emergencias Médicas: "Nace el Sistema de Emergencias Médicas como un organismo de coordinación interinstitucional que para el logro de sus objetivos obliga a todos los adscritos al órgano ejecutivo a coordinar.

Pensamiento filosófico del SEM

Misión: Es una dependencia del MINSAL, responsable de gestionar en el nivel pre hospitalario, la atención inmediata en emergencias médicas con el objetivo de contribuir a disminuir la morbi-mortalidad y secuela medico quirúrgicas que ponen en peligro las vidas de los pacientes, a través de la coordinación efectiva con los organismos que pertenecen al Sistema de Emergencias Médicas.

Visión: Ser la dependencia del Ministerio de Salud, coordinando, eficaz y efectivamente las emergencias médicas, en el nivel pre hospitalario, las acciones de todos los prestadores de servicios pre hospitalarios contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad y secuela producto de las emergencia médicas en todo el territorio nacional.

Estructura administrativa

Únicamente cuenta con una sola unidad, la unidad de Atención Pre Hospitalaria, cuyo objetivo es coordinar los servicios médicos para las personas que demanden atención de emergencias, gestionando los recursos necesarios en el ámbito de la atención prehospitalaria; contribuyendo a la continuidad de la atención y en la disminución de la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

El Centro Coordinador se encuentra ubicado en las Oficinas de la Subdirección de Tránsito Terrestre, equipado con recurso tecnológico importante y personal calificado, contando con cuatro bases operativas, que se encuentran en UCSF de Zacamil, Hospital de Soyapango, UCSF de Monserrat y en UCSF de Santa Tecla.

Instrumentos Técnicos Jurídicos

Dentro de los resultados que se han desarrollado es la generación de documentos entre estos:

- Norma de Ambulancia.
- Mapa Sanitario del MINSAL.

- Manual de Organización y Funciones Nivel Superior.
- Lineamiento Técnicos para la atención pre hospitalaria del sistema de emergencias médicas.
- Procesos de coordinación e integración del sistema de emergencias médicas e instituciones de emergencias que presten servicios de atención medica prehospitalaria.
- Protocolo interinstitucional de coordinación y protección a los servicios de salud: a partir de situaciones de seguridad, se ha estratificado de acuerdo a las condiciones de seguridad, en áreas verdes (donde pueden entrar sin problemas de seguridad), área amarilla (se puede ingresar de día pero de noche es complicado) y áreas rojas (donde deben de coordinarse con la policía para brindar atención al paciente).
- Convenio marco de cooperación entre FOSALUD y MINSAL e implementación del servicio de emergencia pre hospitalaria del sistema de emergencias médicas.
- Convenio de colaboración entre el ministerio de salud de la República de El Salvador y el Plan Nacional de resucitación cardiopulmonar de la sociedad española de medicina intensiva, critica y unidades coronarias (SEMICYUC). Lo que permite brindar cursos en El Salvador con acreditación internacional.
- Protocolo de traslado de neonato crítico.
- Guías clínicas de atención pre hospitalaria.
- Hoja de atención pre hospitalaria.
- Indicaciones de llenado de la hoja de atención pre hospitalaria del SEM.
- Formulario de registro de incidentes relacionados con la violencia social en la prestación de servicios de salud.
- Instructivo de llenado de formulario de registro de incidentes relacionados con la violencia social.
- Instructivo para monitoreo y evaluación de la atención pre hospitalaria y el funcionamiento de los comités interno y ampliado.

Tecnologías en el Sistema De Emergencias Médicas

El MINSAL ha realizado una inversión importante en el desarrollo de tecnologías para el SEM. Diseño entre FOSALUD – SEM/MINSAL.

- Se ha desarrollado un sistema de gestión de ambulancias, que se maneja a través de Tablet con GPS para determinar no solo la ubicación de la ambulancia sino también la gestión de los pacientes en la atención pre hospitalaria.
- Sistema informático que permite categorizar al paciente de acuerdo a su llamada.
- Enlaces digitales de datos
- Redo Telefónica digital por internet
- Sala de Servidores informáticos de tecnología
- Sistema de Video proyección
- Sistema de Respaldo Electric e independencia energética

Atención prehospitalaria - coordinación de demandas de transporte

Se clasifican en 4 tipos de demandas de las atenciones que brinda el SEM

Asistenciales: Demandas relacionadas a asistencias con ambulancia y/o con indicaciones del Centro Coordinador, en las que se ha despachado una ambulancia o brindando apoyo vía telefónica.

Informativas: Relacionadas a consejo sanitario con información de servicio de salud. Puede brindar indicaciones para clasificar entre urgencia y emergencia además referirle al centro de atención más cercano.

Transporte: Relacionadas a transporte de pacientes en apoyo de hospitales y UCSF, por el momento únicamente se realiza en el área metropolitana pero se espera poder ampliar el servicio a todo el país.

Atención prehospitalaria – coordinación de demandas por tipo

Tipo de llamadas atendidas a nivel nacional por año
Periodo del 01 enero 2014 al 31 de diciembre 2018

Tipo de demanda	2014	2015	2016	2017	2018	Total
ASISTENCIALES	45,625	54,191	60,620	67,623	73,414	301,473
INFORMATIVAS	2,664	5,348	10,222	11,892	9,348	39,474
TRANSPORTE	2,666	2,464	2,401	3,159	3,250	13,940
Total	50,955	62,003	73,243	82,674	86,012	354,887

Fuente: Sistema de Información del Sistema de Emergencias Médicas (SISEM).

Demandas por Bosem y Unidad
Región Metropolitana de San Salvador
Periodo 2014 a 2018

		ID AMB	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	
BOSEM	ZACAMIL	B301	957	1,416	1,166	1,504	1868	6,911	
		B302	678	868	1,590	1,309	1391	5,836	
	MONTSERRAT	A301	1,181	1,241	1,357	1,224	1553	6,556	
		B303	1,086	1,118	1,158	1,289	1360	6,011	
	SOYAPANGO	A302	1,266	880	886	1,220	1012	5,264	
		B305	682	544	1,029	637	996	3,888	
	SANTA TECLA	B201	639	760	793	1,002	801	3,995	
		B202	659	733	741	273	644	3,050	
	TOTAL			7,148	7,560	8,720	8,458	9,625	41,511

FUENTE: Sistema de Información del Sistema de Emergencias Médicas (SISEM)

**Tipo de demandas generadas a nivel nacional
Periodo del 01 enero 2014 al 31 de diciembre 2018**

TIPO DE DEMANDA	2014	2015	2016	2017	2018	Total
DOLOR NO TRAUMATICO	6450	9529	8038	7614	7396	39027
ALTERACIONES NEUROLOGICAS Y/O DEL NIVEL DE CONCIENCIA	4745	6116	5984	6531	7880	31256
GINECOLOGICAS/OBSTÉTRICAS/URINARIAS	4060	5841	4489	3750	3244	21384
TRAUMATISMOS	3660	4400	4410	3255	4740	20465
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	3110	4104	3723	3669	3319	17925
ACCIDENTE DE TRANSPORTE	1943	2196	3332	3619	5977	17067
TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES	2349	3462	2623	2537	2308	13279
ALTERACION DE LOS SIGNOS VITALES	5253	2645	1317	1429	2869	12804
OTRAS NO CLASIFICADAS	2732	2811	3139	1814	2308	13313
URGENTE	2054	1565	1384	1485	1601	7738
HEMORRAGIAS	1609	1965	1776	1556	832	8089
PSIQUIATRICAS	577	1272	1542	2291	1580	7262
INTOXICACIONES/ALERGIAS	762	901	698	1015	677	4053
INFORMACION SANITARIA	1019	444	273	180	803	2719
URGENCIAS AMBIENTALES/AGENTES EXTERNOS	48	43	59	1368	72	1590
URINARIAS	0	0	0	476	435	911
PACIENTE CRITICO	2	103	117	150	134	506
TOTAL	40373	47397	42904	42739	45975	219388

FUENTE: Sistema de Información del Sistema de Emergencias Médicas (SISEM)

**Coordinación de traslado de pacientes neonatos críticos
Periodo del 7 febrero de 2015 al 31 de diciembre de 2018**



Supervisión de Unidad de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos

Como parte de las asignaciones por parte del Viceministerio de Servicios se realiza la supervisión de las Unidades de Emergencia y Cuidados intensivos de todos los hospitales del país. El objetivo de esta supervisión poder apoyar y acompañar a las diferentes unidades de los hospitales a contar con los medios adecuados para la atención de emergencias. Además de la generación de un plan de implementación para la mejoras establecidas. Se realizan auditorias junto con tele operadores y personal de FOSALUD para la realización de estas visitas y organizar los procesos que sean necesarios. Buscando generalizar a todos los centros hospitalarios de país.

Auditoria clínica

Se realizan sesiones de auditoria clínica una vez por semana con instrumentos desarrollados para el sistema propio del SEM, el objetivo es discutir casos sujetos a mejora en la atención y darle seguimiento al cumplimiento de los procesos establecidos. Durante el periodo de diciembre del 2013 al 31 de diciembre del 2108, se han realizado 351 auditorías de casos atendidos por el SEM (132) las cuales se han realizado en 71 sesiones ordinarias del comité, detectando 422 problemas, creando 410 recomendaciones de solución.

Capacitaciones

Se ha contado con una inversión de más de \$ 300 mil dólares, por parte del Ministerio de Salud, para el equipamiento para que el personal recibió estos cursos, debidamente capacitados y con los conocimientos necesarios.

Los recursos aprenden a manejar vía área, electrocardiografía más frecuente, emergencias médicas más frecuentes y están capacitados para manejar emergencias.

Actualmente se está desarrollando el proyecto de "Fortalecimiento de las capacidades de emergencias médicas en el ámbito pre-hospitalario". Para el cual se está haciendo un manual de capacitación para todos aquellos que brinda a atención prehospitalaria, propio para El Salvador donde se exigirá que cualquier persona que este a bordo de una ambulancia tenga el conocimiento técnico mínimo más allá de la voluntad de ayudar.

Atenciones brindadas por el personal del SEM

Del 17 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre del 2018.

- Se atendieron un total de 13,433 demandas telefónicas por accidentes de tránsito a nivel nacional, lo que equivale a 7.3 accidente por día.
- 1,013 Paros cardiorrespiratorios atendidos telefónicamente. Previamente nunca se había asistido vía telefónica este tipo de emergencias. Estos pacientes comúnmente antes no lograban llegar a un centro asistencial, por la muerte súbita de parada cardiaca, hoy día tienen una mayor probabilidad de sobrevivida.
- 1,334 Llamadas al 132, relacionados a atenciones de Partos extrahospitalarios, partos prematuros, dolores de parto, atenciones con traslados de emergencia y partos de urgencia atendidos telefónicamente.
- 26 partos atendidos en las ambulancias del SEM o en la casa de habitación en la región metropolitana.

El Plan Nacional de Capacitación se ejecuta a nivel nacional, capacitando a personal de salud de los 30 hospitales del país y primer nivel de atención y la comunidad; Para su implementación se ejecutaron fondos provenientes en su mayoría del convenio de préstamo BIRF 8076-SV (ejecutados del 2013 al 2017).

Tabla de cursos Impartidos por el SEM por año

Año	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Cursos	8	32	41	39	26	146
Jornadas (Educación Continua)	31	26	25	12	10	104
Talleres	5	3	7	7	4	26
Personas Capacitadas	729	851	1,343	1,016	711	4,650
Jornadas de RCP solo con las manos (27 Centros Escolares en el municipio de Ciudad Delgado, San Salvador)	0	665	0	0	0	665

Fuente: SEM.

Plan Nacional de Capacitación Periodo 2014 – 2018

N°	Cursos impartidos por el Plan Nacional de Capacitación del SEM	2014	2015	2016	2017	2018	Total
1	Soporte Vital Básico y DEA	4	11	9	11	12	47
2	Manejo de Vía Aérea		3	2	3		8
3	EKG básica de urgencias		2	2	3	1	8
4	Soporte Vital Avanzado		4	3	3	5	15
5	Emergencias Médicas más Frecuentes		2	2	2		6
6	Soporte Vital Básico al Trauma Grave		3	2	6	5	16
7	Técnicas de Inmovilización y Movilización de Accidentados		2	2	3		7
8	Soporte Vital Avanzado al Trauma Grave		4	2	5	3	14
9	Incidentes con Múltiples Víctimas			4	3		7
Total		4	31	28	39	26	128

N°	Talleres	2014	2015	2016	2017	2018	Total
1	Taller de Formación de Facilitadores en RCP usando solo las manos		3	2	2		7
2	Taller de Actualización de Instructores SVA y SVAT				2		2
3	Taller de formación Instructores SVA Consultoría EPES				1		1
4	Taller de formación Instructores SVAT Consultoría EPES				1		1
5	Taller de formación Instructores SVB Consultoría EPES				1		1
6	Taller para formar Facilitadores, curso del PR y PAC					2	2
7	Retroalimentación, Facilitadores, curso del PR y PAC					2	2
Total		0	3	2	7	4	16

N°	Cursos solicitados por el SEM a otras unidades	2014	2015	2016	2017	2018	Total
1	Curso de Reanimación Neonatal (NRP) Unidad de Desarrollo Profesional/ Asociación de Pediatría de El Salvador	1	1	2			4
2	Curso de Transporte Neonatal Crítico (S.T.A.B.L.E). Comité Nacional de Reanimación y Transporte Neonatal	2		2			4
3	Atención del parto durante el transporte y Atención de Emergencias Obstétricas. Unidad de Atención Integral a la Mujer y niñez			2			2
4	Curso Básico de Sistema de Comando de Incidentes Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero. (USAID / OFDA).	1		5			6
5	Curso de Asistente en Primeros Auxilios (APAA) Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero. (USAID / OFDA).			2			2
Total		4	1	13	0	0	18
6	Taller Acceso más Seguro Cruz Roja Salvadoreña	5		5			10
Total		5	0	5	0	0	10

N°	Jornadas de capacitación	2014	2015	2016	2017	2018	Total
1	Revisión de temas-Educación continua	16	26	19	12	10	83
2	Capacitación en el llenado de hoja pre hospitalaria para la atención del paciente-SEM	2					2
3	Nomenclatura y Uso de Radio	3					3
4	Recepción de Llamadas	2					2
5	Socialización del protocolo de Llamadas 132/911	4					4
6	Capacitación sobre el "Uso del Ventilador Mecánico	2					2
7	Formación Técnica, Integración PNC-SEM	1					1
8	Capacitación sobre uso el uso y mantenimiento de maniqués de capacitación	1					1
9	Procedimientos Generales para Atender Emergencias Médicas, y RCP usando solo las manos.			5			5
10	Pasantía hospitalaria (medicina Interna y Cirugía) -Médicos CCSEM			1			1
Total		31	26	25	12	10	104

Retos

- Que se den las condiciones idóneas para la expansión y la sostenibilidad del sistema.
- Estandarización de los perfiles del personal involucrado en la atención de emergencias para asegurar la calidad.
- Incrementar el conocimiento de la población del Sistema de Emergencias Médicas.
- Incrementar la coordinación con todas las instituciones prestadoras de servicios de atención pre hospitalario del país.

Atención pre hospitalaria del Sistema de Emergencias Médicas

Definiciones básicas

Urgencia: Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversas y de gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de 6 horas.

Emergencia: Toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es el caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en la que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial (OMS).

Atención pre hospitalaria: Todas las actividades, los procedimientos, las atenciones, todos los recursos necesarios previamente a la llegada al hospital, las acciones de la atención pre hospitalaria no solo se limita al traslado sino también incluye las acciones necesarias antes de llegar al hospital para disminuir la morbi-mortalidad y la discapacidad.

Sistema de Emergencias Médicas (SEM): Incluye todo lo necesario para brindar la atención como una flota de ambulancia, personal, equipo técnico, informático, etc. Es el servicio encargado de dar respuesta asistencial a las urgencias y emergencias sanitarias extra hospitalarias de forma rápida y eficiente las 24 horas del día.

El SEM debe de cumplir 4 condiciones

- Realizar actividades de formación.
- Tener integración con quienes brindan atención hospitalaria
- Dar formación a la comunidad, que es quien se convierte en el primer respondiente (persona que brinda el auxilio que se encuentra más próxima).
- Integrar los demás actores que brindan atención pre hospitalaria.

Activación y funcionamiento del SEM

Este proceso inicia una vez ha sucedido la emergencia:



Componentes del SEM

En lo que se refiere a atención prehospitalaria:

Centro Coordinador: Cuenta con un sistema informático regulador de todas las ambulancias), recurso humano capacitado, debidamente entrenado

Red de Ambulancias: Desconcentradas, propias y concentradas y ubicadas en bases operativas.

En la parte de Atención Hospitalaria se cuenta con:

- Unidades de Emergencias
- Unidades de Cuidados Críticos
- Unidades de Rehabilitación

Bases Operativas:

- Hospital de Soyapango
- UCSF de Zacamil
- UCSF de Monserrat
- UCSF "Alberto Aguilar Rivas"

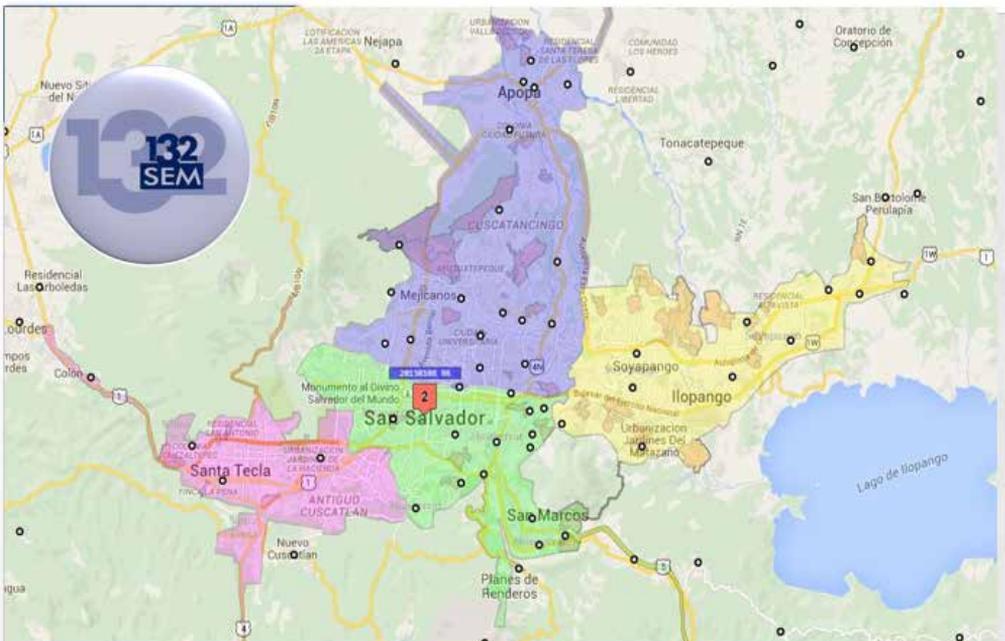
Cada una de las bases se encuentra conectadas al Centro Coordinador, una de las metas es tratar de llevarlas ambulancias ya existentes en los cuerpos de socorro al mismo nivel para utilizar lo ya existente.

Se cuenta con un numero corto de acceso 132, en cada turno de hay dos médicos coordinadores y 4 tele operadores, por el momento se cubre únicamente el Gran San Salvador (a través de Radios).

Se cuenta con la clasificación de dos tipos de Ambulancias

- Tipo A o Medicalizadas (2): Cuenta con un médico calificado, con personal técnico (TEM) y un Asistente de Emergencias Médicas (AEM) o Motorista que apoya al proceso de atención
- Tipo B o Básica (8): Lleva un técnico de enfermería o un licenciado anestesista y el motorista que puede apoyar en el proceso de atención.

Distribución de ambulancias en Zona Metropolitana de San Salvador



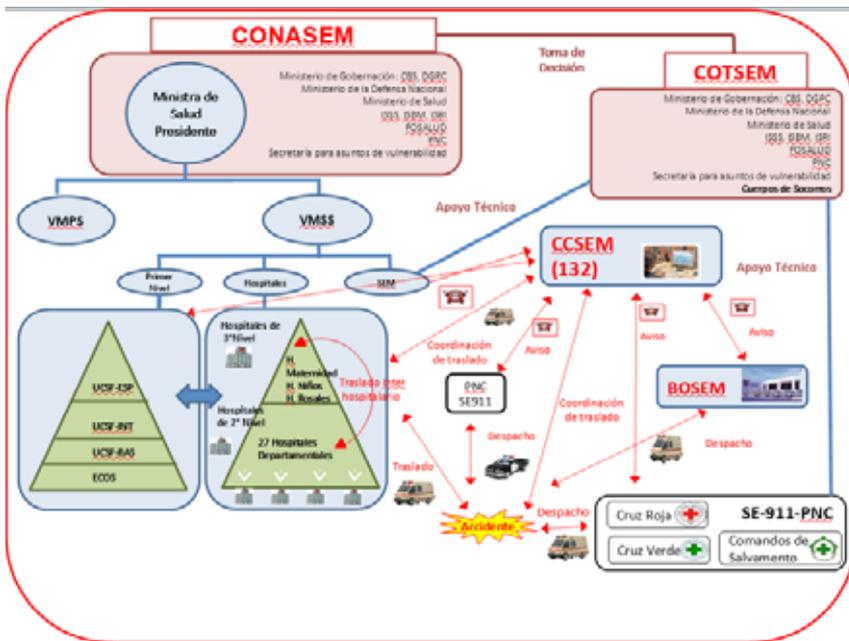
DISTRIBUCIÓN DE AMBULANCIAS EN ZONA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR

Montserrat	1 tipo A	1 tipo B	Soyapango	1 tipo A	1 tipo B
Zacamil	2 tipo B		Santa Tecla	2 tipo B	

Objetivo atención pre hospitalaria

Ubicar al paciente en el lugar más indicado para su patología y realizar durante el transporte una serie de actividades medicas de reanimación y/o soporte, logrando una mejor condición de ingreso al hospital.

Guía de ruta durante atención de emergencia



Consejo Nacional de Emergencias Médicas (CONASEM)

Conformado por Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Salud, ISSS, ISBM, ISRI, FOSALUD, PNC, Secretaría para asuntos de vulnerabilidad. Presidido por la Señora Ministra de Salud.

Comité Técnico de Emergencias Médicas (COTSEM)

Está conformado por Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Salud, ISSS, ISBM, ISRI, FOSALUD, PNC, Secretaria para asuntos de vulnerabilidad y Cuerpos de Socorro. Este Comité toma las decisiones operativas en el proceso de puesta en acción del eje.

Toda la atención logística al activarse el sistema va más allá de la mera atención hospitalaria es por ello que los procesos de Coordinación son fundamentales no solo al interior del Ministerio de Salud sino también a través de las diferentes instituciones que conforman el SNS.

Resumen de actividades realizadas por el SEM

Actividades	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Diseño											
Implementación											
1. Infraestructura											
2. Equipamiento											
3. Recursos Humanos											
4. Capacitación Especializada											
5. Capacitación Comunitaria											
6. Marco Legal											
7. Plan de Difusión											
8. Relaciones Intra e Interinstitucional											
9. Monitoreo y Evaluación											
10. Expansión a nivel nacional											

Resultados de las discusiones en mesas y plenaria

Avances

- Forman parte de la Reforma de Salud y esta articulado con el resto de los ejes.
- Traslado de pacientes en las mejores condiciones, trato humanizado y existe protocolo de atención con circuito de ambulancia.
- Es el germen del futuro del sistema de emergencias médicas, es la semilla para un sistema integrado de emergencias.
- Se cuenta con certificación y acreditación del personal que trasladan al paciente, disminución de la mortalidad pre hospitalaria y su continuidad en la atención hospitalaria.
- Articulación interinstitucional en el área metropolitana.
- Servicio innovador y gratuito.

Actores o acciones que han favorecido al cumplimiento de metas

- MINSAL
- FOSALUD
- GOBIERNO CENTRAL
- GOBIERNO DE PAISES: ESPAÑA, JAPON, TAIWAN.
- PNC (SE-911)
- CUERPO DE BOMBEROS
- CUERPOS DE SOCORRO (CRUZ ROJA, CRUZ VERDE, COMANDO DE SALVAMENTO)

Desafíos enfrentados en el desarrollo de este eje

- Ampliación de cobertura a nivel nacional.
- Gestión de fondos para la implementación del SEM a nivel nacional
- intersectorialidad
- Contar con una legislación en atención pre hospitalaria, porque brinda el ámbito de acción.
- Cumplimiento de normativa de ambulancias, no cualquier vehículo puede ser ambulancia
- Reactivación del Consejo Nacional de Emergencias Médicas (CONASEM) Y Consejo Técnico e Emergencias Médicas (COTSEM)
- Posibilidad de unificar un solo número de llamada de emergencias
- Implementación en la currículum de Universidades formadoras en medicina para la formación de medicina en emergencias y desastres, especialización de post grado o pre grado.
- Participación de la comunidad pues son los primeros respondientes y los primeros que brindan la asistencia y los que activan el sistema de emergencia.
- implementación del traslado de pacientes comunitarios hasta el hospital
- Construcción de espacio físico del BOSEM para los circuitos de acción

- Integración total con los diferentes prestadores de servicios de atención pre hospitalarias (Protección Civil).
- Equipamiento adecuado e incremento del número de ambulancia y recursos humanos.

Actores que han obstaculizado el avance del eje

- Sala de los Constitucional
- Partidos de Derecha
- Sindicatos y trabajadores acuerpados por la derecha
- Falta de legislación en atención prehospitalaria, atención de medicamentos para atención prehospitalaria.
- Instituciones Privadas
- Medios de Comunicación

Acciones para profundizar implementación del eje

- Incorporación del plan del SEM en las comisiones municipales y comunales.
- Implementación de la legislación.
- Capacitación de la población (para activar el sistema y para brindar la ayuda)
- Publicitar el servicio
- Ampliación de cobertura
- Búsqueda de Financiamiento, que permita la sostenibilidad del sistema.

Recomendaciones

- Incorporar al SEM a la Ley de Medicamentos
- Realizar un diagnóstico de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud para conocer la capacidad instalada de ambulancias a partir de una línea base.

EJE 3



**MEDICAMENTOS Y OTRAS
TECNOLOGÍAS SANITARIAS**

Marco conceptual

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades asistenciales prioritarias de la población, se seleccionan por su importancia para la salud pública, su seguridad, eficacia y su costo-efectividad comparada. Por tanto, deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para los individuos y la comunidad. (OMS, 2014).

Para alcanzar la cobertura y el acceso universal a la salud se requiere servicios de salud confiables y accesibles, personal de salud cualificado y medicamentos de calidad, seguros y eficaces. El acceso a medicamentos esenciales es importante debido a que éstos salvan vidas, mejoran la salud de la población, mejoran la confianza y promueven la participación de la población en los servicios de salud. Muchos medicamentos tienen un alto precio y pueden empobrecer a las familias con un gasto conocido como "catastrófico" para los hogares, para los sistemas de salud e incluso para los países.

A pesar de que son productos de consumo, los medicamentos son diferentes debido a que por lo general el consumidor (pacientes o sus familiares) no selecciona los medicamentos que va a consumir. En su lugar lo hace un médico prescriptor, un farmacéutico o un vendedor en las farmacias públicas o privadas. Además, el consumidor no está entrenado para decidir sobre la eficacia, calidad, seguridad y el valor económico de los medicamentos que consume. Ni siquiera los médicos y farmacéuticos están equipados con las herramientas que les permitan evaluar la calidad, seguridad y eficacia de los nuevos medicamentos.

Además, el miedo a la enfermedad y a la muerte, especialmente si el paciente es menor de edad, puede llevar al paciente o a sus familiares a exigir medicamentos nuevos y caros o a comprarlos por su propia cuenta, aún a pesar de que existen alternativas más baratas y seguras en el mercado farmacéutico que tienen el mismo efecto terapéutico.

Esta asimetría de la información entre productores, reguladores, personal de salud y consumidores, la falta de una eficaz regulación y transparencia, así como el alto valor comercial de los medicamentos en el mercado debido a que los precios no se relacionan con los costos de producción, hacen que el mercado sea imperfecto y vulnerable a mala gestión, sobornos, corrupción y fraudes, incluso científicos.

Una inadecuada selección, incorrecta cuantificación de necesidades, altos precios, calidad inferior a la norma, pérdidas por hurtos, almacenamiento inadecuado, mal manejo de vencimientos, prescripción inapropiada, corrupción y uso incorrecto por los pacientes causan pérdidas que pueden representar hasta el 70% del gasto institucional de medicamentos.

Antecedentes

El gasto de bolsillo de los hogares en el rubro de medicamentos es el componente más alto del gasto privado en salud, alcanzando en 2005 los \$260 millones de USD, representando un 62% del gasto de bolsillo en salud) según la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (2006) y el segundo más elevado del gasto en salud del sector público con \$132 millones USD para el mismo año, sólo superado por el rubro de remuneraciones; situación que contribuía a los altos niveles de pobreza y la exclusión social y la falta de acceso a la salud.

La investigación y desarrollo de nuevas moléculas se realiza en países desarrollados, pero muchos estudios clínicos se desarrollan en hospitales públicos de la red de establecimientos del Ministerio de Salud, lo cual requiere un alto nivel de control ético que actualmente está pobremente desarrollado pero se han iniciado los esfuerzos a través del Consejo Nacional de Ética de la Investigación Científica y el proceso de certificación de OPS/OMS sobre las capacidades de regulación de los ensayos clínicos en el país.

De acuerdo a los resultados de un estudio de disponibilidad y precios de medicamentos esenciales realizado en 2006, la disponibilidad mediana de una canasta de 45 medicamentos esenciales en el sector público fue del 67%, pero con importante diferencia entre los principales subsectores (57.7% para el MINSAL y 80% para el ISSS). (Espinoza E., 2006). A pesar de no haber repetido un estudio de este tipo, se puede mencionar que la disponibilidad ha aumentado en ambas instituciones, midiendo con una metodología diferente pero constantemente se reportan niveles de abastecimiento de los establecimientos de salud por encima del 85%, aunque aún existe una brecha del 15% y en algunos hospitales la brecha es aún mayor.

Persisten deficiencias en la gestión de suministros establecidos por el Estado a través de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, pues no han sido suficientes para garantizar la disponibilidad total de medicamentos, siendo necesaria la implementación de nuevas estrategias para mejorar la eficiencia en la gestión de suministros y la contención de costos, tales como importación directa, negociación de precios, precios de referencia, incentivos para la innovación y producción nacional o importación específica de medicamentos huérfanos, de alto costo y de fuentes limitadas de producción.

Las barreras de acceso a medicamentos es además inequitativa pues afecta más a la población rural. Persisten deficiencias en el registro de consumos y existencias; sin embargo se ha avanzado en la definición de un Listado institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) que se utiliza para las compras y la prescripción en los diferentes niveles de la red de servicios públicos. Con diferentes niveles de uso de acuerdo con la complejidad de los establecimientos, aprovechando el sistema de referencia y retorno que permita al paciente la continuidad de su tratamiento cuando regresa al primer nivel de atención.

A pesar que el presupuesto para medicamentos se ha aumentado de 28 a 51 millones entre 2008 y 2018, aún no es suficiente para satisfacer la demanda, especialmente con el aumento de la cobertura de los establecimientos del primer nivel de atención y la incorporación de nuevos productos de mayor costo.

La legislación nacional en propiedad intelectual y en materia de tratados internacionales relacionados con patentes, la protección de datos de prueba, el DR-CAFTA, aún limitan la aplicación de las flexibilidades establecidas por los Acuerdos de Aspectos de Derecho de Propiedad Intelectual relacionadas con el Comercio (ADPIC) y la producción nacional de medicamentos genéricos. Actualmente se encuentra terminado un borrador de modificación de la Ley de Propiedad Intelectual para ser presentada a la Asamblea Legislativa.

Los precios de los medicamentos han reducido en promedio un 35% desde la aprobación de la Ley de medicamentos, sin embargo la cadena de distribución, los altos márgenes de comercialización, el impuesto al valor agregado y otros costos agregados durante la comercialización hacen que los medicamentos sigan teniendo un alto precio en el mercado privado, especialmente los medicamentos que no cuentan con alternativas competidoras.

En el Ministerio de Salud se ha separado el rubro de vacunas y ha aumentado el presupuesto para el programa de vacunación e inmunizaciones, sin embargo la introducción de nuevas vacunas como la del neumococo, el cambio de la vacuna antipolio oral por la inactivada intramuscular y la introducción de la vacuna contra la hepatitis B para aplicación en el recién nacido, ha sobrecargado el presupuesto de vacunas y pone en riesgo la sostenibilidad del Programa.

La programación y adquisición de medicamentos sigue siendo la principal dificultad del sector público, especialmente en el Ministerio de Salud que no pudo resolver una serie de debilidades que le dificultan una adecuada gestión de suministro de medicamentos, entre estas debilidades se destacan:

- El presupuesto insuficiente que no cubre la necesidad real de medicamentos y las nuevas vacunas.
- Insuficiencia en la legislación y reglamentación de los precios máximos de venta al público de los medicamentos.
- Los procesos administrativos y operativos no permiten la adquisición oportuna y eficiente de medicamentos, a lo cual contribuyó la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia declarando inconstitucional la compra directa de medicamentos.
- Descoordinación y falta de gobernanza adecuada de los Comités locales de Farmacoterapia y farmacovigilancia.

- No desarrollaron los Servicios Farmacéuticos en los establecimientos de la red pública, pues no hubo voluntad política para establecer como obligatorios los servicios tales como prescripción por Dosis Unitaria, Preparación de Mezclas Citostáticas o de Nutrición Parenteral, Perfil Farmacoterapéutico del Paciente, Desarrollo de Adherencia del paciente.
- Persisten las debilidades en los mecanismos de obtención de la información y sistema informático que dificultan la evaluación y monitoreo adecuado del sistema de suministro de medicamentos.
- Las condiciones de almacenamiento y distribución de medicamentos aunque han mejorado siguen siendo inadecuadas y ponen en riesgo la seguridad de los pacientes.
- Falta de un manual de procedimientos estándares de operación para cada una de las etapas del sistema de gestión de suministros.

El mayor avance en el tema de medicamentos se puede asegurar que es la creación de la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) con la aprobación de la Ley de Medicamentos, la cual ha mejorado de forma progresiva la calidad de los productos que se comercializan en el país, pasando a crear su propio laboratorio de control de calidad y de hacer análisis al primer lote de producción y de importación, además de exigir buenas prácticas de manufactura con el estándar mínimo internacional establecido en el informe 32 del año 1992.

La farmacovigilancia ha mejorado al crear el Sistema Nacional de Farmacovigilancia, lo cual es un hito en la historia de la seguridad de medicamentos en El Salvador, aunque lamentablemente aún existen brechas que no se podrán resolver con la coordinación actual del proceso debido a la inadecuada gobernanza del Sistema.

En relación con el uso racional se han tenido avances sustanciales en la regulación de la publicidad y promoción aunque aún persisten anuncios comerciales antiéticos y engañosos, con información inadecuada para los consumidores que no se han podido regular por parte de la Autoridad competente. Los pagos directos a los profesionales por la prescripción de productos de marca siguen siendo una realidad en el país mientras la población no denuncie esas prácticas. Las técnicas de "push-money" utilizadas por la industria farmacéutica en las cadenas de farmacias siguen siendo un problema que ha sido dejado a la autoregulación voluntaria a pesar de estar expresamente prohibidas por la Ley. La automedicación ha aumentado, pasando del 39.3% de las personas que enfermaron en 2009 a un 43.8% en el año 2017, según las encuestas de hogares de propósitos múltiples, con lo cual queda mucho por hacer en el campo de la educación a los usuarios y población en general.

Evaluación del Eje de Medicamentos y otras tecnologías sanitarias

Este eje persigue garantizar a todas las personas la accesibilidad, en todas las dimensiones, de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias, esenciales con la calidad, seguridad y eficacia necesaria para resolver los problemas de salud, promoviendo su uso racional y fortaleciendo la autoridad sanitaria competente en la regulación farmacéutica y de otras tecnologías sanitarias.²⁰

Resultados de las consultas territoriales

En el quinquenio anterior se formuló la política de medicamentos y se aprobó la ley de medicamentos. La ley de medicamentos fue aprobada en el año 2012, fue una propuesta del Ministerio de Salud para regular el mercado de los medicamentos en el país era cual escasamente controlado. Dicha ley creó la Dirección Nacional de Medicamentos, cuyo trabajo ha favorecido a que la población perciba un ahorro acumulado desde la entrada en vigencia de la ley superior a los 240 millones de dólares. Los medicamentos regulados han bajado para enfermedades crónicas, pero hay una percepción en la población de que los medicamentos no regulados por la Ley (medicamentos de venta libre) han tenido un incremento de precio. Hay alrededor de 6,000 medicamentos en la lista de medicamentos regulados, son estos medicamentos los que han permitido un ahorro de 240 millones de dólares aquellos salvadoreños y salvadoreñas que van a comprar a las farmacias del sector privado.

Solo en 2017 por ejemplo la población ha tenido un ahorro de 104 millones de acuerdo a la Dirección Nacional de Medicamentos. El Salvador está en camino de convertirse en referente en materia de regulación de medicamentos a pesar de la joven existencia de la institución reguladora. La Dirección Nacional de Medicamentos ha tenido un importante y rápido avance como autoridad regulatoria nacional de medicamentos e insumos médicos, promoviendo el uso racional de Medicamentos, aumentando la capacidad de control de calidad de materias primas y productos terminados, así como la supervisión de los procesos buenas prácticas de manufactura que garantizan calidad de los medicamentos. En materia de farmacovigilancia, el Ministerio en coordinación con la DNM ha diseñado y fortaleciendo el Sistema Nacional de Farmacovigilancia y se han organizado comités farmacoterapéutico en los prestadores de salud tanto públicos como privado a fin de mejorar la seguridad y el uso racional de los medicamentos.

De manera simultánea el Ministerio de Salud ha incrementado su inversión en la compra de medicamento, está realizando diversos procesos para optimizar compras y gracias a ellos los niveles de abastecimiento de medicamentos en la red de servicio pasaron del 50 en el 2008 a mantenerse entre los 85 y el 90%. No se ha alcanzado el 100% pero ese día es 15% es el que continuamente está en los titulares de los periódicos.

20 Política Nacional de Salud 2015 - 2019

La aprobación de la ley de vacunas y el aumento de la inversión en vacunas, la cual se triplicó con la reforma de salud, la cobertura de vacunación del menor de un año se mantiene arriba del 90%, gracias a ello mantenemos una disminución en los casos de enfermedades prevenibles por vacunas. Seguimos sin registrar muertes de diarrea, rotavirus, rabia, rubéola congénita, tétano neonatal, lo que se suma a la eliminación del sarampión y la polio desde hace muchos años incluso desde antes de la Reforma.

Cobertura de vacunación

Coberturas de Vacunación mayores del 90%, debido a ello se mantiene una disminución en los casos de enfermedades prevenibles por vacuna. No se han reportado muertes por: diarrea por rotavirus, rabia, rubeola congénita, tétanos neonatal, lo que se suma a la eliminación del sarampión y la polio en nuestro país desde hace muchos años.

Para garantizar el abastecimiento de medicamento para las enfermedades crónicas el Ministerio de salud ha creado 3 farmacias especializadas, 1 en la zona metropolitana, 1 en la zona oriental y otra la zona occidental; estas farmacias son para mejorar la eficiencia en la entrega de medicamentos para enfermedades crónica, en ellas se han eliminado las colas, se entregan gratuitamente al 100% de los medicamentos, se le da consejería al paciente para el uso adecuado de los medicamentos.

Avances

- Ley de Medicamentos.
 - Regulación de los precios de medicamentos y control de calidad
 - Una única autoridad reguladora sin conflictos de interés (Dirección Nacional de Medicamentos)
 - Un centro nacional y una red institucional de farmacovigilancia
 - Un programa de uso racional de medicamentos
- Creación de la Farmacias Especializadas.
- Adquisición de nuevas tecnologías sanitarias.
- Negociación y compras conjuntas de medicamentos (COMISCA).
- Cuadro básico de medicamentos por nivel de atención.
- Coordinación en redes para evaluar abastecimiento y realizar transferencias de medicamento entre UCSF y entre hospitales.

- Mejora sustancial en las RIIS del abastecimiento de medicamentos.
- Control interno de la dispensación con el SIAP.
- Coberturas útiles de vacunación en población infantil y animales trasmisores de la rabia.

Desafíos

- Distribuir medicamentos más allá del hospital sede de las Farmacias Especializadas (todos los establecimientos de la red)
- Regulación del precio de los medicamentos genéricos
- Mayor financiamiento y regulación del uso del cuadro básico de medicamentos.
- Evaluación de las tecnologías sanitarias vigentes y nuevas
- Contratación y formación de personal de la DIRTECS
- Fortalecimiento de mecanismos que garanticen la vigilancia y calidad de los medicamentos.
- Entrega oportuna de las compras conjuntas.
- Falta de concientización del personal de salud.
- Capacitación en uso racional de medicamentos y buenas prácticas de prescripción.
- Mejorar red de distribución (transportes y almacenamiento)
- Seguir incrementando el abastecimiento
- Modificación de LACAP
- Evitar monopolios y obstáculos a las compras conjuntas de medicamentos.
- Que el medicamento deje de ser visto como una mercancía.
- Limitado control de las ventas clandestinas por la DNM.
- Aumento en el número de Farmacias Especializadas.
- investigaciones en el uso de medicamentos por los comités de fármaco vigilancia

Recomendaciones

- Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del MINSAL.
- Profundizar los procesos de negociación para garantizar el financiamiento del sistema en medicamentos, vacunas, insumos, equipo y funcionamiento
- Seguimiento al cumplimiento de las leyes establecidas.
- Fortalecer e impulsar la participación ciudadana.
- Divulgación a la población de la ley de medicamentos.
- Monitoreo de la prescripción de medicamentos y procedimientos en instituciones privadas.
- Empoderamiento de la población respecto a sus derechos y denunciar al ser violentados

Medicamentos y otras tecnologías sanitarias en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas

Introducción

El acceso tanto los medicamentos esenciales como a tecnologías sanitarias es parte fundamental que el derecho humano a la salud, para ellos iniciaremos definiendo estos conceptos tan importantes para determinar el alcance de este de este derecho.

El Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias de forma progresiva; no es posible tener acceso a todas las tecnologías disponibles en el mercado por dos razones: el alto costo de las nuevas tecnologías pone en riesgo la sostenibilidad de los sistemas, incluso los países desarrollados tienen limitaciones presupuestarias para acceder a las nuevas tecnologías; por otro lado, la mayoría de las nuevas tecnologías tienen escaso valor terapéutico y por tanto es necesario contar con las capacidad para evaluar cuáles son las tecnologías que el Estado va a garantizar y cuales tecnologías serán exigibles por parte de la ciudadanía. Se debe por tanto contar con capacidades para regular que es lo que entra al mercado pero también para evaluar adecuadamente qué tecnologías vale la pena incorporar al financiamiento público a fin de hacer un gasto eficiente de los recursos disponibles.

Antecedentes

A partir de un estudio sobre disponibilidad y precio de los medicamentos, realizado desde el Observatorio de Políticas Públicas en Salud de la Universidad de El Salvador y una caracterización del sector farmacéutico realizado por el mismo Observatorio con la colaboración de la Asociación de Promotores Salvadoreños de la Salud (ASPS) donde se caracterizó cada una de las etapas del ciclo del medicamento y se encontraron los siguientes aspectos relevantes para el análisis:

- Débil rectoría en el sector farmacéutico
- Abundantes conflictos de interés porque los mismos propietarios de la industria farmacéutica, eran los encargados de regular el mercado de los medicamentos, haciendo la función de juez y parte como productor y como autoridad competente.
- Baja disponibilidad de los medicamentos, se encontraban únicamente el 50% de abastecimiento de los medicamentos en el sistema público de salud, específicamente el 57% en el Ministerio de Salud y el 80% de los medicamentos en el Seguro Social, para ser más precisos. En el caso del ministerio de cada 2 medicamentos únicamente 1 estaba disponible y el otro debía de comprarlo a los precios más altos de la región.
- Los precios por los conflictos de interés no contaban con regulación, siendo los precios los más altos de la región y del mundo.
- Irregularidades y deficiencias en los procesos de compras institucionales que hacía que se vencieran los medicamentos, para favorecer la compra de los medicamentos en las farmacias, eso conculda con el hecho que a la salida de los establecimientos de Salud se encuentran varias farmacias.
- Ausencia de control de calidad de los medicamentos, lo cual promovía que las personas compraran medicamentos de marca y que los médicos no confiaran en los medicamentos genéricos.

Al estar débil la rectoría con claros conflictos de interés en el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y las juntas de vigilancia de las profesiones farmacéuticas y médica, quienes eran los encargados de revisar los procesos de registros sanitarios de los medicamentos e impedir la entrada de productos competidores en el mercado, lo que hacía que los medicamentos fueran demasiado caros, provocando alto gasto de bolsillo, dolor y muerte en la población.

Al llegar al 2009 al Ministerio de Salud, se presentó el documento "Construyendo la Esperanza" 2009 – 2014 y entre las Estrategias y Recomendaciones, la Estrategia 21 hace referencia a las recomendaciones para una política farmacéutica. En 2011 con alta participación, incluso del sector privado, se emitió la Política Nacional de Medicamentos

como una guía para el posterior desarrollo de la ley de medicamentos, aprobada en 2012 tomando como base todas las propuestas presentadas ante la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa. Dicha Ley, a pesar de no ser la propuesta enviada por el Ministerio de Salud, retoma los elementos fundamentales como son la creación de una única autoridad reguladora, la eliminación de los conflictos de interés en la autoridad reguladora, el control de la calidad y la regulación del acceso medicamento control de precios en los establecimientos privados.

Por otro lado, el plan Quinquenal de Desarrollo Estratégico 2014 – 2019 establece como línea de acción el "Fortalecer la institucionalidad para evaluar adecuadamente y hacer un uso adecuado de los medicamentos" además "continuar bajando los precios de los medicamentos, volviendo más accesibles los medicamentos a la población".

Componentes de la Política Nacional de Medicamentos

Los componentes principales de la Política Nacional de Medicamentos son el acceso, la calidad y seguridad, el uso racional de medicamentos y dos componentes transversales como son los Recursos Humanos y la Investigación:

Componente I: Acceso

El acceso a medicamentos se ve afectado por diferentes factores:

- **Selección y Uso Racional:** identificar y seleccionar adecuadamente las tecnologías y medicamentos según el nivel de atención a la población es necesario para hacer un gasto eficiente de los recursos, pues entre más nuevas son las tecnologías mayor su precio y no todos los medicamentos y tecnologías que están disponibles en el mercado son esenciales para el manejo de las enfermedades en nuestra población.
- **Precio Asequible:** Tener la capacidad de pagar sin necesidad de quedarse empobrecido, esto no solo incluye a la población sino también a la comunidad y al gobierno que debe asumir la cobertura a toda la población de los medicamentos esenciales sin poner en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema.
- **Financiamiento sostenible:** Es necesario mantener el financiamiento público e incrementarlo pues los precios de los medicamentos son sujetos de la inflación por lo que es necesario el incremento del presupuesto año con año. Sobre todo si se incorporarán medicamentos nuevos o cuando se ha aumentado la cantidad de usuarios como ha sucedido con el acercamiento de los servicios a partir del nuevo modelo de atención.
- **Sistema de suministros fiables:** la pérdida de stocks por problemas con el abastecimiento, es uno de los retos a los que la administración se enfrenta. Puede contarse con presupuesto suficiente pero si no se tienen sistemas de suministros adecuados el sistema falla. ES necesario contar con sistemas adecuados de

adquisición y de suministros lo que incluye a la distribución, almacenamiento, dispensación y prescripción de medicamentos.

Avances en el componente de acceso

Los avances en el componente de acceso se pueden resumir en los siguientes:

Selección: En este campo se han tenido avances en varios aspectos claves como son: a) Conformación de la Comisión Nacional de Medicamentos, en la que participan más de 35 instituciones dentro y fuera del sector salud; b) Eliminación de prácticas antiéticas en la selección de los medicamentos al interior del Ministerio de Salud, eliminando las presiones que la industria farmacéutica ejercía para incluir medicamentos para su financiamiento público; c) promoción del uso de medicamentos genéricos en los establecimientos del Ministerio de Salud lo cual ha significado un ahorro importante en el gasto farmacéutico, mediante la eliminación de barreras para la participación de empresas farmacéuticas de productos genéricos en las compras públicas; y d) la elaboración del Listado Oficial Nacional (LOM) que se publica todos los años y es la base para la creación del Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) el cual incluye medicamentos adicionales de los que se encuentran en el Listado Oficial (LOM), este es sometido a un proceso de actualizaciones parciales cada cuatro meses lo que conlleva una actualización global en un periodo de dos años.

Precios asequibles: A partir de datos oficiales de la Dirección Nacional de Medicamentos se puede ver una caída del 35% en los precios nacionales a partir de la aplicación del proceso regulatorio de precios de Ley de Medicamentos en el año 2013, con un ahorro acumulado estimado de 572 millones de dólares. A diferencia en la región que hay un incremento del 8% del precio debido a la inflación anual. El mecanismo de regulación de precios está en la mira regional para garantizar asequibilidad en los medicamentos. La mayor reducción la han presentado los precios de medicamentos de marca pionera o primera marca pertenecientes a las grandes empresas transnacionales, en contraste con los medicamentos genéricos que incrementaron sus precios equiparando el valor de los medicamentos de primera marca, pero a partir de 2017 la DNM ha decidido utilizar el mecanismo que le brinda la ley para disminuir el precio de los medicamentos genéricos en un 30% en relación al precio máximo de venta de los medicamentos de primera marca, lo cual ha significado un ahorro adicional de 10 millones de dólares anuales para el bolsillo de las familias salvadoreñas.

Financiamiento sostenible: El presupuesto de medicamentos para el 2008 fue de 28.7 millones de dólares, mientras que el presupuesto aprobado para el 2018 fue de 51.19 millones de dólares, un aumento de casi el 80% en relación al año 2008. Esto representa un aumento continuo del financiamiento desde 2009. En el caso de los insumos médicos el incremento pasó de 19.3 millones en 2008 a 33.5 millones en 2018, un aumento del 73% y una diferencia de 14 millones de dólares en el presupuesto anual. En el caso de vacunas existe un incremento de 4.4 millones, pasando de 8.2 a 12.6 millones de dólares entre 2008 y 2018 respectivamente.

Sistema de suministros confiables: Se ha mantenido un nivel de abastecimiento arriba del 85%, el sistema de abastecimiento establece que en promedio en los hospitales se mantiene arriba del 80% y en regiones arriba del 85%. Según los datos presentados la brecha para llegar al 95% de abastecimiento es pequeña, sin embargo es necesario utilizar un mecanismo para determinar el abastecimiento de los medicamentos en los establecimientos del primer nivel de atención y mejorar la información sobre consumos y existencias en los establecimientos de salud. De la misma manera se puede mejorar aún más la eficiencia de las compras, consolidando la demanda, evitando compras locales, utilizando las mismas bases técnicas para las compras y realizando los procesos de forma más oportuna.

Componente II: Calidad, Seguridad y Eficacia

Los aspectos que incluye este componente tienen a su base los preceptos siguientes:

- Un marco regulatorio debe establecer una autoridad reguladora que cuente con mandato legal para ejercer todas sus funciones: habitación de fabricantes y comercializadores, autorización de la comercialización, vigilancia y control post-comercialización, inspecciones reguladoras y actividades de fiscalización, laboratorio de control de calidad, farmacovigilancia y autorización de ensayos clínicos. Para ello también se debe disponer de personal administrativo y técnico suficiente, competente y de la necesaria integridad; financiación adecuada y sostenible; acceso a expertos externos y contactos internacionales; acceso a un laboratorio de control de la calidad y un mecanismo expedito para reclamar la observancia de la ley ante los tribunales.
- La autoridad reguladora nacional de medicamentos es una institución que puede ser parte de un Ministerio o un Agencia autónoma que aplica las leyes y reglamentos que controlan el mercado farmacéutico y los productos farmacéuticos. Es responsable de asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, así como la veracidad de la información que se difunde a la población sobre los mismos. Para ellos se requiere asegurar que la fabricación, la adquisición, la importación, la exportación, la distribución, el suministro y la venta de medicamentos, la promoción y publicidad de los productos y los ensayos clínicos se lleven a cabo conforme a normas internacionalmente aceptadas.
- La mala calidad de los medicamentos puede ocasionar graves efectos en la salud y la economía de la familia y la sociedad. Puede ser que los medicamentos no contengan los principios activos adecuados en las cantidades adecuadas que se especifican en la etiqueta, o bien que no contengan ningún principio activo o que contengan sustancias dañinas. La calidad puede deteriorarse debido a malas condiciones de almacenamiento, contaminación durante el reempaquetado en condiciones inadecuadas o expiración del producto.

- La seguridad de los medicamentos y dispositivos médicos es uno de los requisitos para la aprobación de su comercialización, y debe ser demostrada documentalmente durante el proceso de registro sanitario. La vigilancia de reacciones adversas a medicamentos y eventos adversos en dispositivos médicos, así como los sistemas de alerta temprana y la cuarentena y el retiro de los productos del mercado son indispensables para gestionar la seguridad de los productos autorizados. Una buena farmacovigilancia se logra mediante el establecimiento de sistemas de notificación voluntaria u obligatoria que permita realizar análisis de causalidad de las reacciones adversas e identificar señales que permitan emitir alertas tempranas para la minimización de los daños. Esto junto a las alertas internacionales emitidas por organismos e instituciones especializadas ayudan a los países a tomar medidas reguladoras como la suspensión de la comercialización y retiro de los productos del mercado, el cambio en las etiquetas para agregar información de seguridad o restricciones en el uso, boletines informativos hacia los usuarios y los profesionales de salud, entre otros.
- Se considera eficacia el grado en que determinada intervención origina un resultado beneficioso en ciertas condiciones, medido en el contexto de un ensayo clínico controlado. La demostración de que un medicamento es capaz de modificar ciertas variables biológicas, histológicas, bioquímicas, genéticas e inmunológicas no es una prueba de eficacia clínica (por ejemplo, aunque algunos fármacos pueden dar lugar a una disminución de la presión arterial, de este efecto no se deriva necesariamente su eficacia para reducir el riesgo cardiovascular de un paciente hipertenso). La eficacia de un medicamento o dispositivo es otra condición para su autorización de comercialización durante el proceso de registro, momento en el que se tiene pocos estudios de corto plazo (generalmente dos estudios pivotaes) con pocos pacientes involucrados (generalmente 500 y excepcionalmente 5,000 pacientes), por lo que su verdadera eficacia no se conoce hasta que está siendo utilizado por millones de pacientes en condiciones de la vida real (efectividad).

Avances en el componente de Calidad, Seguridad y Eficacia

Los avances más importantes en este componente se pueden resumir en:

Marco regulatorio: La aprobación de la Ley de Medicamentos en 2012 constituyó un hito en la regulación del sector farmacéutico que estableció un ordenamiento necesario eliminando los conflictos de interés al interior de la autoridad competente para asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y velar por la exactitud de la información que se ofrece sobre los mismos. La Ley se aplica a instituciones públicas, autónomas y privadas, creó la Dirección Nacional de Medicamentos como autoridad competente, con una junta de delegados compuesta por diferentes instituciones públicas, a excepción de una universidad privada, y eliminó los conflictos de interés al prohibir a los integrantes de la institución tener relación directa o indirecta con la industria farmacéutica incluso en los últimos 5 años a su nombramiento o contratación. La ley además deja claros los productos que se regulan y su clasificación, mandata

la elaboración de un Listado Oficial de Medicamentos de existencia obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, obliga a la DNM junto al MINSAL a realizar acciones para el uso racional de medicamentos, establece las condiciones de la prescripción y dispensación de medicamentos en el sector público y privado, prohíbe la comercialización ambulante de medicamentos que requieren receta médica, establece las condiciones de distribución y almacenamiento, dicta los requisitos mínimos para la autorización y cancelación de la comercialización y el registro sanitario, establece las normas de control de calidad para el registro, las buenas prácticas de manufactura, almacenamiento y distribución por parte de la industria farmacéutica de acuerdo a los estándares mínimos aceptables a nivel internacional, establece requisitos para la autorización de establecimientos farmacéuticos y regula los precios máximos autorizados para la venta al público en el sector privado.

Institucionalidad: La Dirección Nacional de Medicamentos que es la autoridad reguladora creada por la Ley de Medicamentos, cuenta con un sistema regulatorio robusto y con un personal técnico altamente calificado que le permite cumplir con las funciones señaladas en la normativa. La institución ha sido sometida a un proceso de evaluación de autoridades reguladoras nacionales de medicamentos, logrando un Nivel III, lo cual significa que es una Autoridad Nacional Reguladora competente y eficiente que debe perfeccionar el desempeño de determinadas funciones de regulación sanitaria recomendadas por la OPS/OMS para garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos.

Calidad: En el registro sanitario para medicamentos que solicitan autorización para comercialización por primera vez en el país se ha comenzado a realizar pruebas de calidad de materia prima y producto terminado del primer lote de producción o de importación según sea el caso, con lo cual se ha terminado con la práctica de la industria de presentar sus mejores muestras para el proceso de registro sanitario. Además se ha implementado la verificación del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura con base en el Informe 32 de la OMS que contiene los requerimientos mínimos aceptados internacionalmente para la producción de medicamentos. Hasta octubre de 2018 se registran 38 laboratorios farmacéuticos que cumplen con la referida normativa. La autoridad reguladora ha iniciado un proceso paulatino de control de calidad de los productos posterior a la autorización de comercialización, con la inauguración de su propio Laboratorio de Control de Calidad a partir de 2013 y del área de microbiología a partir de 2016, contabilizando hasta la fecha un poco más de 6,000 análisis físico-químicos y 1,000 análisis microbiológicos previos a la autorización del registro sanitario; mientras que en el control posterior al registro sanitario se han realizado aproximadamente 1,500 análisis físico-químicos y 200 análisis microbiológicos. El control post-autorización se ve fortalecida con los análisis realizados por el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud, que realiza análisis de los medicamentos que adquiere para el uso en sus establecimientos y desde 2012 se contabilizan 65,305 pruebas físico-químicas y 68,239 pruebas microbiológicas en más de 20,000 lotes de medicamentos y 4,216 pruebas físico-químicas y 13,632 pruebas microbiológicas en un total de 7,872 lotes de insumos médicos.

Seguridad: Después de una espera de dos años se aprobó el Reglamento Técnico Nacional de Farmacovigilancia en octubre de 2016 bajo la conducción de la Dirección de Tecnologías sanitarias y con la colaboración del Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica, el cual dio base legal al Sistema Nacional de Farmacovigilancia, coordinado por el Centro Nacional de Farmacovigilancia. Desde el año 2014 el Ministerio de Salud inició un proceso de coordinación con la Dirección Nacional de Medicamentos a fin de cumplir con los indicadores que serían evaluados en el proceso de Certificación de Autoridades de referencia por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sin embargo la demora en la aprobación del reglamento de Farmacovigilancia, la falta formación profesional en farmacovigilancia y los procesos burocráticos del Ministerio de salud no permitieron avanzar al ritmo necesario para implementar la farmacovigilancia a nivel nacional y cumplir con el 100% de los indicadores de estructura, de proceso y de resultado, con las máximas autoridades del MINSAL y de la DNM decidieron trasladar la coordinación de la farmacovigilancia a la DNM, a pesar del mandato legal que otorga la competencia en farmacovigilancia al MINSAL. A pesar de eso, se cuenta con una infraestructura, mobiliario, equipo y personal entrenado para ejercer la farmacovigilancia a nivel nacional y el Sistema ha sido evaluado como Nivel III a pesar de haber iniciado apenas hace dos años su funcionamiento.

Eficacia: En relación a la eficacia hay pocos avances, pues no hay cultura de notificación de fallas terapéuticas en los profesionales de Salud del Ministerio de Salud ni del Sistema Nacional de Salud. Tampoco se realiza seguimiento al efecto terapéutico de los productos por parte de los Comités de farmacoterapia locales o estudios de utilización de medicamentos de forma sistemática.

Componente III: Uso Racional de Medicamentos

Los elementos de este componente se pueden dividir en estrategias reglamentarias, gerenciales y educativas, las cuales se describen a continuación:

Estrategias reglamentarias: consisten en la exigencia legal de pruebas de eficacia y seguridad para la aprobación de la comercialización en el sector privado, así como la evaluación crítica de la evidencia de seguridad, eficacia y efectividad para la incorporación a los listados institucionales del sector público que permita una selección racional y uso eficiente de los recursos disponibles. Para tal fin se propuso modificar la legislación sobre uso racional de medicamentos aplicable a la autorización de la comercialización, adquisición, prescripción, dispensación, publicidad y promoción, consumo y administración.

Estrategias gerenciales: consisten en implementar directrices clínicas estandarizadas, basadas en la mejor evidencia disponible, con análisis crítico de la evidencia científica y vigilancia del apego por parte del personal de salud. También se proponen medidas como la elaboración de listados de medicamentos esenciales que sirvan de base para la capacitación y para las compras públicas, así como la elaboración de normativas para la prescripción y dispensación. En ese sentido, la política nacional de medicamentos

promovida por el MINSAL y como parte de la Reforma de Salud estableció la necesidad de crear comités farmacoterapéuticos nacional para desarrollar un Listado Único de Medicamentos Esenciales, así como un Formulario Terapéutico Nacional para ser utilizado de forma obligatoria para la adquisición, prescripción, capacitación, educación e información a los profesionales y a la población general.

Estrategias educativas: el uso racional depende de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y de los usuarios, por lo que las estrategias educacionales son esenciales y en el caso de los profesionales generalmente se limitan a transferencia de conocimientos limitados y sesgados por parte de la industria farmacéutica en lugar de el desarrollo de habilidades de prescripción y capacidades de valoración crítica de la información biomédica. En el caso de los consumidores en países como el nuestro donde se venden los medicamentos sin necesidad de receta médica, a excepción de los antibióticos inyectables y algunos antibióticos orales, y los consumidores están expuestos a promoción y publicidad farmacéutica poco ética, se produce un consumo irresponsable de medicamentos que conlleva entre otras cosas a reacciones adversas y resistencia a los antimicrobianos. Se han propuesto varias medidas como la adopción de la Guía de Buenas Prácticas de Prescripción de la OMS, la capacitación en el servicio, capacitación a los vendedores y dispensadores, la creación de centros de información sobre medicamentos, la publicación y difusión de boletines farmacológicos y la difusión de información en los medios de comunicación dirigido a consumidores.

Avances en el componente de Uso Racional de Medicamentos

REGLAMENTACION: La Ley de Medicamentos aprobada en 2012 contiene un apartado sobre uso racional de medicamentos en el cual se establece la publicación de un Listado Oficial de Medicamentos de existencia obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud, el cual se debe actualizar en los primeros tres meses de cada año. También establece la responsabilidad de la DNM en coordinación con el MINSAL para implementar acciones de formación continuada y permanente a los profesionales de salud sobre medicamentos y farmacoterapéutica, así como la creación de un sistema de información científica independiente, objetiva y actualizada sobre medicamentos y productos sanitarios. También obliga a las instituciones del SNS a publicar guías de práctica clínica y farmacoterapéuticas para la educación continuada. Además, establece la obligación de las instituciones públicas para promover programas educativos sobre medicamentos dirigidos a los usuarios y al público en general. La prohibición de la publicidad dirigida al consumidor en el caso de medicamentos de venta por receta, así como la regulación de los elementos que deben contener las recetas emitidas por los profesionales de salud es además un avance importante.

Medidas gerenciales: Los avances son importantes en este campo pues se ha creado una estructura dentro del Ministerio de Salud que es responsable de desarrollar un Plan Nacional de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias, documento que fue formulado con amplia participación intersectorial y aprobado en noviembre de 2017. Además se conformó un Comité Terapéutico Nacional conformado por

representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la DNM encargado de elaborar el Listado Oficial de Medicamentos unificado de existencia obligatoria en el SNS. Además, el MINSAL elaboró su propio Listado Institucional de Medicamentos Esenciales que contiene algunos medicamentos adicionales y el Formulario Terapéutico Nacional con los medicamentos del LIME publicado en versión electrónica tanto para plataformas en línea, como en aplicación android para teléfonos móviles.

Medidas educativas: Este componente ha avanzado considerablemente en los últimos tres años con la creación de la Dirección de Tecnologías Sanitarias que ha puesto a disposición una serie de herramientas educativas para los profesionales de salud tales como la plataforma Excellencis (<https://www.excellencis.org>) que brinda la oportunidad de autoaprendizaje sin necesidad de salir de los establecimientos de salud en temas claves como emergencias obstétricas, enfermedades crónicas y medicina basada en evidencias, actualmente con más de 730 usuarios del Sistema Nacional de Salud. Además se cuenta con un formulario terapéutico nacional en formato de aplicación para teléfonos móviles que es utilizado por los prescriptores y que actualmente está instalado en los teléfonos de más de 1,000 usuarios a nivel nacional, disponible en la tienda de Google Play (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.catalogomedicamentos&hl=es>).

Además se ha capacitado a más de 250 funcionarios de diferentes niveles de conducción del Sistema Nacional de Salud en medicina basada en evidencias, análisis crítico de la información científica, evaluación de tecnologías sanitarias y evaluaciones económicas, a fin de contar con capacidades para la toma de decisiones. Por su parte la Dirección Nacional de Medicamentos lanzó desde 2014 el programa de televisión conocido como "Medicina para Todos" para educar a la población salvadoreña sobre uso racional de medicamentos, con un total de 442 programas que se encuentran disponibles además en la página web: <http://medicinaparatodos.gob.sv/>

Componente IV: Recursos Humanos

El desarrollo y la aplicación de una política farmacéutica requieren el concurso de profesionales altamente calificados y experimentados, incluidos responsables políticos, médicos, farmacéuticos, técnicos de farmacia, farmacólogos clínicos, personal paramédico, economistas e investigadores. La falta de conocimientos técnicos apropiados ha sido un factor determinante de que algunos países no hayan alcanzado los objetivos de su política farmacéutica nacional. Por esta razón, el Ministerio de salud a través de la Dirección de Tecnologías Sanitarias ha desarrollado capacidades en funcionarios del Sistema Nacional de Salud y otras instituciones del sector salud y otros sectores, sobre Farmacovigilancia, Evaluación de Tecnologías y Uso Racional de Tecnologías Sanitarias.

Los cursos desarrollados con apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo se detallan a continuación:

Curso	No. de participantes	Perfil de participantes
Curso Básico Presencial de Farmacovigilancia (Consultoría)	200	Sistema Nacional de Farmacovigilancia
Taller de capacitación para el Uso de las Herramientas Informáticas VigyFlow, VigyBase, (Uppsala Monitoring Centre)	150	Sistema Nacional de Farmacovigilancia
Curso Básico de Autoaprendizaje en Farmacovigilancia (OPS/OMS)	71	Personal de MINSAL, DNM, ISSS, FOSALUD y FNS
Introducción a la evaluación de tecnologías sanitarias (IECS)	45	Representantes de los Comités Farmacoterapéuticos locales de la red de establecimientos del MINSAL
Diplomado en Farmacia Hospitalaria (UES)	34	Farmacéuticos que laboran en hospitales del MINSAL
Postgrado en Implementación y desarrollo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	6	Personal técnico de la UETS, técnicos de dependencias del MINSAL, Dirección Nacional de Medicamentos y UES
Postgrado en Evaluaciones económicas, programación, análisis e interpretación de modelos	2	Personal de la Unidad de Economía de la Salud del MINSAL

Además se cuenta con la plataforma de Autoaprendizaje y autoformación con información libre de sesgos comerciales llamada "Excellencis" que cuenta al momento con 9 módulos de autoaprendizaje que pueden ser consultados de forma gratuita al inscribirse a la plataforma.

Además se cuenta con un Formulario Terapéutico Nacional que contiene más de 600 productos que se dispensan en los establecimientos del Ministerio de Salud y facilita la búsqueda de información independiente sobre medicamentos.

Algunos desafíos que se presentan actualmente

- Profundizar en la reducción de los precios de los medicamentos, especialmente los medicamentos genéricos, de venta libre y medicamentos de una sola fuente con o sin patente, que actualmente se encuentran fuera de la regulación.
- Mantener un abastecimiento mayor al 95%, buscando la mejor forma de medir ese abastecimiento, tomando en cuenta las dificultades que existen para medir objetivamente esta información.

- Aumentar progresivamente el financiamiento para compra de medicamentos y tecnológicas farmacéuticas, a fin de incorporar innovaciones terapéuticas costo-efectivas de alto precio.
- Abordar el problema de los medicamentos para enfermedades crónicas que afectan directamente la sostenibilidad del sistema, estableciendo un umbral o disposición máxima a pagar por parte del Sistema Nacional de Salud.
- Aprobación de reformas de la Ley de Propiedad Intelectual que mejoren el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, para su aprobación es necesario el compromiso de la sociedad civil una vez conozcan la importancia de este tema y cómo afecta esto en el alto costo de los medicamentos
- Fortalecimiento de la Autoridad Reguladora, especialmente a la DNM para llegar a ser una autoridad reguladora de nivel IV.
- Mejorar el registro sanitario, implementando técnicas de evaluación de tecnologías sanitarias y evaluación económica desde la Dirección Nacional de Medicamentos.
- Promover el fortalecimiento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia, el cual se encuentra en el nivel III lo cual representa un gran avance tomando en cuenta que se inició de cero y rápidamente el Centro Nacional de Farmacovigilancia ha adquirido cierta autonomía aunque actualmente ha cedido temporalmente su coordinación a la DNM mediante un convenio, pero se espera que a corto plazo vuelva a ser responsabilidad del Ministerio de Salud tal como lo establece la Ley de Medicamentos.
- Promover la tecnovigilancia en el Sistema Nacional de Salud, actualmente no se realiza y es un reto, pero también significa el reportar los problemas que ocurren en las tecnologías médicas de los equipos y los dispositivos médicos
- Profundizar en la formación y Capacitación del personal del SNS y de los usuarios.
- Implementación del Plan de Acceso y Uso Racional de Tecnologías Sanitarias, seguir transversalizando todos estos aspectos en el quehacer de la Dirección incluyendo a todos los actores.

Institucionalización de la evaluación y uso racional de las tecnologías sanitarias.

Desde el inicio de la Reforma de Salud a partir del 2009, se ha trabajado en el Eje 3 que se refiere a Medicamentos y Vacunas en donde hacer referencia a "Garantizar a toda la población salvadoreña la accesibilidad de medicamentos esenciales con calidad, seguridad y eficacia necesarios para resolver los problemas de salud prevalentes promoviendo su uso racional".

Esto pasar por fortalecimiento la regulación para seleccionar e incorporar los medicamentos para dar respuesta a las necesidades reales, para después vigilar el uso racional, es decir uso eficiente de los medicamentos con que se cuenta, así mismo vigilar la calidad y la seguridad del medicamento.

Las tecnologías sanitarias consisten en la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de medicamentos, vacunas, dispositivos médicos (Equipo biomédico, insumos médicos, prótesis –osteosíntesis y pruebas de diagnóstico y equipo de laboratorio), procedimientos sistemas elaborados para resolver problemas de salud y mejorar la calidad de vida de la población.

Este proceso de evaluación de las tecnologías sanitarias surge de la Resolución del OPS/OMS CSP28R9: Evaluación e incorporación de las Tecnologías Sanitarias en los Sistemas de Salud, el cual identifica los siguientes factores:

- Inequidad persistente en el acceso a medicamentos y vacunas (Tecnologías Sanitarias)
- Incremento de nuevas tecnologías sanitarias que no responden a las necesidades sanitarias, además de un aumento de los gastos sanitarios debido a acceso y/o incorporación no programada de tecnologías de alto precio.
- Fragmentación y segmentación de los sistemas que garantizan el acceso.

A partir de esta resolución se incorpora en el Plan Quinquenal 2015 – 2019, el Objetivo 4: "Aseguramiento a la población salvadoreña al acceso y cobertura universal de servicios de salud de calidad", estrategia 4.3 "Aseguramiento a la población de medicamentos y tecnologías de calidad de forma oportuna". Línea estratégica 4.3.5: Desarrollo de capacidades para evaluar – incorporar – adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos en el SNS, el cual debe ser un trabajo integrado por parte de todos los prestadores de servicios de salud.

Inicios del proceso de evaluación de tecnologías médicas

Con el Apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública en 2013 se realizó un diagnóstico de la situación en que se encontraba la evaluación de tecnologías sanitarias y a partir de este diagnóstico se inició la transformación la Dirección de Medicamentos y Productos Sanitarios en Dirección de Tecnologías Sanitarias.

A partir de este proceso de reestructuración la Dirección de Tecnologías Sanitarias se organizó en cinco Unidades siendo una de ellas la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, con la misión de fortalecer la organización y las capacidades de la unidad con criterios técnicos.

Con este proceso se logró darle institucionalidad y respaldo regulatorio a nivel del Ministerio de Salud al proceso de evaluación de las tecnologías sanitarias permitiendo entonces concentrarse en el verdadero quehacer del proceso.

El papel principal que tiene la unidad de evaluación es proporcionar un dictamen técnico de recomendación de incorporación o no incorporación de la nueva tecnología ponderando criterios de eficacia, seguridad y económica con el fin que sea sostenible en el tiempo, a través de la búsqueda de evidencia por medio de la lectura crítica de los estudios presentados.

El propósito de la Unidad de Evaluación de Tecnología Médica es brindar apoyo técnico para la toma de decisiones en la incorporación de tecnologías sanitarias en los listados oficiales del MINSAL basado en la evidencia técnico científica.

Se cuenta con 5 Listados Oficiales entre los que se encuentran el Listado de medicamentos, Listado de Insumos, Listados de Materiales de Laboratorio, Listado de Odontología y listado de dispositivos.

Dentro los primeros esfuerzos por fortalecer la evaluación de tecnologías sanitarias se pueden mencionar:

- 2014 – Primer taller de conceptos básicos desarrollado por la Escuela Andaluza de Salud Pública, contando con la capacitación de 35 recursos a nivel local de los comités de farmacoterapia se contó con la participación de dos profesionales de la Cooperación Andaluza que se dedican a realizar evaluaciones en su país.
- 2015 – Se crea la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que en ese momento solo contaba con un recurso y débil capacitación del tema.
- 2016 – Se realiza el primer Foro Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias a partir de la realización de la VII Reunión de Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas, teniendo la participación los principales ponentes de esta reunión permitiendo el posicionamiento del tema en las autoridades. Se contó con la participación de 300 personas incluyendo personal del Ministerio y del resto del Sistema Nacional de Salud.
- 2017 – Se fortalecida la unidad con 5 recursos técnicos, además de realización de capacitación de CFT-UETS-DNM-UES con el apoyo de OPS – RedETSA, RedARETS y el financiamiento del Banco Mundial. Las primeras capacitaciones se realizaron a nivel básico con 55 recursos capacitados provenientes de los comités de farmacoterapia locales de dependencias del MINSAL y del resto de miembros del Sistema Nacional de Salud. En el curso intermedio de evaluación se capacita a 6 Recursos y a 2 economistas del Ministerio para fortalecer las evaluaciones económicas por ser una debilidad del ministerio la parte económica, para poder hacer análisis de la sostenibilidad de las tecnologías. Adicionalmente, con la cooperación de OPS se

realizó un curso integrado de selección, incorporación y uso racional de Tecnología beneficiando a 5 miembros de la Dirección de Tecnologías Sanitarias.

Se cuenta con equipo informativo, para los 5 técnicos, computadoras portátiles y conexión e internet para la busca de evidencia, se consulta los contenidos en base de datos indexados que contengan lo necesario para evaluar.

Dictámenes presentados hasta la fecha

Se ha elaborado 12 Informes Cortos de Medicamentos entre los que se encuentran:

3 Medicamentos Cáncer: Gencitabina, Oxiplatino y Trastuzumab

3 Medicamentos para Tuberculosis en uso Pediátrico

1 Medicamento para Neumonía: Budesonida

1 Medicamento para hemofilia CCPa.

2 Medicamentos para Transplante Renal: Tracolimus y Basiliximab

2 Medicamentos para Cirugía Cardiovascular: Acido Aminocaproíco y Acido Tranexámico

Adicionalmente se ha desarrollado el Plan Nacional de acceso y Uso Racional de Tecnologías Sanitarias, actualmente en proceso de implementación.

Retos

- Institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que incluya: El acceso a tecnologías sanitarias debe estar basado en la incorporación, uso racional, calidad y vigilancia de los medicamentos.
- Aprobación de lineamientos, manuales y guías para la elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Actualización del Listado Institucional de Medicamentos Esenciales.
- Elaboración de la Lista de Dispositivos Médicos Esenciales.
- Actualización de las listas de insumos médicos, odontológicos y de material de laboratorio.

Resultados de las discusiones en mesa y plenaria

Avances

- Aprobación de Ley de Medicamentos producto de una amplia lucha social.
- Fortalecimiento de la DNM, regulación y certificación de buenas prácticas de manufactura conforme informe 32 OMS, pues la anterior era una norma muy antigua, que ha avanzado en cuanto a la calidad de los medicamentos que se producen
- Incremento al presupuesto de medicamentos y vacunas, el cual se ha duplicado en lo que respecta a compra de medicamentos y tecnologías médicas.
- Ley de vacunas y ampliación de cobertura del programa de vacunación.
- instalación de Farmacias Especializadas, de alguna manera ha resuelto la problemática de las personas que necesitan medicamentos con enfermedades crónicas.
- Se ha mejorado el acceso a medicamentos a la población.
- Elaboración y aplicación del LIME (Listado Institucional de Medicamentos Esenciales), ha permitido tener mayor claridad en cuanto a la distribución de los medicamentos en los diferentes niveles, es sujeto a un estudio y revisión que permite garantizar que son los medicamentos que se necesitan.
- Instalación de los comités de farmacoterapia y vigilancia.

Actores que favorecieron la implementación del eje

- Apoyo de la Cooperación Internacional
- Foro Nacional de Salud
- Personal del MINSAL que se identifica con la Reforma de Salud
- Apoyo y Voluntad política del Gobierno Central para avanzar con la Reforma de Salud.
- Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD), Políticas creadas, marco regulatorio.
- DNM, SNS
- intersectorialidad
- Voluntad Política del MINSAL

Desafíos enfrentados

- Asignación presupuestaria, es insuficiente para el nivel de cobertura que se ha brindado.
- Oposición de algún personal de salud a cambios, no solo en el tema de medicamentos sino también en los otros ejes de la Reforma, existen mecanismos de control que no se implementa a nivel local por que existe una resistencia del personal.
- Oposición de Sala de la Constitucional - Corte Suprema de Justicia y Diputados de derecha.
- Interés de generar ganancia por parte de la Industria Farmacéutica y de Insumos Médicos.
- Formar recursos en todos los niveles.
- Aumentar cobertura de farmacias especializadas, para tener cobertura nacional.
- Mejorar la coordinación entre las unidades generadoras de información y en las que participan en todo el ciclo de gestión de los medicamentos.

Factores o actores que han obstruido

- Derecha Política en la Asamblea Legislativa
- Sala de lo Constitucional de la CSJ
- Medios de comunicación comerciales
- Limitaciones de presupuesto (Financiamiento)
- industria farmacéutica (empresa privada)
- Algún personal del MINSAL que no se identifica con la Reforma.

Acciones para profundizar el eje

- Potenciar la intersectorialidad en todo nivel para contar con otros apoyos de organizaciones, instituciones y población.
- Sensibilizar a la población sobre el uso racional de medicamentos, resistencia bacteriana y derecho a medicamentos.
- Continuar fortaleciendo farmacovigilancia

- Mejorar sistemas de información y potenciar acceso público, no solo para la realización de la contraloría social sino también para explicar a la población, por qué no se cuenta con los recursos necesarios.
- Avanzar en el SUIIS.
- Mejorar control de abastecimiento de medicamentos en todos los niveles y brindar información real.

Recomendaciones para profundizar la Reforma de Salud

- Trabajar para que exista ley que proteja la reforma de salud, ley del sistema nacional de salud.
- Lucha por una reforma fiscal progresiva, que genere recursos para programas sociales y el cumplimiento de derechos a la población.
- Fortalecer la participación social a través del FNS, no se puede realizar cambio a menos que se involucre a la población en el proceso.

EJE 4



**INTERSECTORIALIDAD
E INTRASECTORIALIDAD**

Marco conceptual

La intersectorialidad consiste en el trabajo coordinado y complementario de instituciones y liderazgos representativos de distintos sectores sociales mediante interacciones conjuntas, instrumentos y mecanismos destinados a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

Las experiencias de las dos últimas administraciones de gobierno sobre los aportes de la intersectorialidad han sido instructivas tanto a nivel nacional como internacional. La implementación de acciones conjuntas e integradas de instituciones gubernamentales, no gubernamentales, agencias de cooperación y sectores organizados y no organizados ha permitido prevenir, reducir y controlar diferentes eventos sanitarios, ya sea a nivel país o focalizados en los territorios.

En el marco de la Reforma de Salud, la intersectorialidad y la intrasectorialidad constituyen estrategias fundamentales de la promoción de la salud donde diversos actores sociales se comprometen a nivel territorial a actuar de manera coordinada e integrada para identificar aquellos problemas que afectan a la salud de las personas, familia, comunidad, municipios, departamentos o el país, así como las inequidades que los producen, con la finalidad de la población organizada participe activamente en la toma de control de aquellas situaciones propias de la determinación social de la salud que están a su alcance abordar.

Esta estrategia desarrolla el trabajo con todos los sectores, incluyendo el sector comunitario organizado o no organizado, que inciden significativamente en la generación o solución de muchos problemas de salud aunque éstos no sean considerados integrantes del sector salud, debatiendo además elementos técnicos y políticos en relación con la determinación social de estos así como la mejor experiencia para abordarlos, desarrollando para tal propósito los mecanismos de coordinación pertinentes. La estrategia posibilitará también que las instituciones del SNS avancen hacia un sistema público integrado y sin pagos adicionales de la población que optimice los esfuerzos estatales y reduzca las inequidades entre los diferentes segmentos de población atendidos por ellos.

Organización

Este eje es coordinado por el Viceministerio de Políticas de Salud a través de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Unidad de Promoción de la Salud del MINSAL, las cuales se relacionan con sus respectivos pares en la comisión de la Hoja de Ruta para la integración del Sistema Nacional de Salud.

El espacio más representativo de este ejercicio democrático lo constituye el trabajo desarrollado por la Comisión Intersectorial de Salud –CISALUD-. La estructura organizativa de la CISALUD es de tipo horizontal, donde los temas de país que inciden

en la salud son propuestos como puntos de agenda por los miembros representantes de las instituciones que conforman la CISALUD.

La CISALUD está organizada en una Comisión Política y una Comisión Técnica. La primera está conformada por los titulares de las distintas Carteras de Estado y es presidida por el/la titular del Ministerio de Salud, se reúne una vez al mes y en ella se toman decisiones colegiadas con base en los informes y propuestas de la Comisión Técnica. La segunda está conformada por los representantes técnicos de las instituciones y organismos públicos, privados y de cooperación, es presidida por el/la titular del Viceministerio de Políticas de Salud y sostiene una reunión al mes.

Conformación de la Intersectorialidad y la Intrasectorialidad

El abordaje de la intersectorialidad involucra a muchas instituciones tales como Fuerza Armada, Educación, Agricultura, ANDA, Economía, Iglesia, liderazgo comunitario, turismo, empresa privada, comercio, industria, entre otros.

Antecedentes

La máxima expresión de la intersectorialidad, tanto a nivel técnico como político, la constituye la Comisión Intersectorial de Salud –CISALUD–; instancia creada inicialmente en el 2006 como una figura integradora para el abordaje de la amenaza de la influenza aviar, con limitada funcionalidad y sin una estructura clara para su gobierno; fue reorientada a mediados del 2009 en sus funciones y composición, conformándose la CISALUD con un nuevo enfoque de la salud: un derecho que tiene como base la determinación social de la misma.



La comisión surgió como elemento innovador y catalizador en la búsqueda de soluciones que trascienden al sector salud, y ha logrado consolidar el trabajo intersectorial, intrasectorial y de comunidades organizadas, de manera permanente y efectiva. Su propósito es diseñar, ejecutar y evaluar los procesos de planificación y respuesta ante eventos de interés en salud pública, identificando e incidiendo en los componentes que determinan o influyen en situaciones que amenazan la salud, estimulando la responsabilidad compartida entre instituciones de gobierno y la población, para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, control y reducción de inequidades y otros elementos que develan la determinación social de la salud. Hoy día la CISALUD la conforman más de 40 instituciones de gobierno, autónomas, privadas y de la sociedad civil organizada.

En el ejercicio de sus funciones se han identificado, discutido, propuesto soluciones, monitoreado, evaluado y dado seguimiento a los diferentes problemas priorizados y abordados en la anterior y actual administración de gobierno como los siguientes:

- Manejo integrado de vectores para la prevención y control de las arbovirosis.
- Embarazo en niñez y adolescencia, quemaduras por productos pirotécnicos.
- Salud nutricional para la prevención de trastornos nutricionales.
- Prevención de la violencia en todas sus formas.
- Minería metálica.
- Agrotóxicos.
- Cambio climático y salud.
- Abordaje de la seguridad vial.
- Abordaje ante un posible brote de cólera y ébola.
- Abordaje de la erupción volcánica del Chaparrastique.
- Salud ocupacional.
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.

La complejidad en el abordaje de estos problemas ha permitido el fortalecimiento y profundización de las alianzas institucionales, el liderazgo gubernamental y el compromiso de las instituciones participantes a través de las cuales, de manera conjunta, se han diseñado y ejecutado planes de implementación con un enfoque

de determinación social de la salud a través de las comisiones, subcomisiones y mecanismos establecidos.

La misma dinámica y características de la CISALUD, a partir de las diferentes instancias que la constituyen, le ha demandado seleccionar, priorizar y abordar diferentes problemas en la búsqueda de soluciones que trascienden al sector salud logrando consolidar el trabajo intersectorial de manera permanente y efectiva.

Otros espacios para el ejercicio de la intersectorialidad y la intersectorialidad lo constituyen los Gabinetes de Gestión Departamental, que se describen a continuación.

Gabinetes de Gestión Departamental (GGD)

Una manera de hacer descender los problemas abordados desde CISALUD hacia los territorios son las iniciativas realizadas a nivel departamental, municipal y comunitario a través de los Gabinetes de Gestión Departamental (GGD), los Comités Municipales y otras expresiones propias de la organización comunitaria (asambleas comunitarias, consultas populares, mesas sectoriales y otros espacios de participación de la población).

Los GGD son espacios intersectoriales donde se discuten problemas, una tribuna en la que se plantean dificultades, demandas o soluciones que proponen los diferentes actores en la ejecución de las políticas públicas y programas de gobierno; se planifica, organiza y evalúan planes y proyectos que no necesariamente son de salud pero que abonan al bienestar de la población en cada uno de los 14 departamentos, se brindan informes de rendición de cuentas de las instituciones presentes, así como se exponen y examinan atentamente las inversiones del departamento o de los municipios que lo constituyen.

En cada una de las reuniones ordinarias, de carácter mensual, que convoca el Gabinete a través de su representación de Gobernación hay presencia de las y los trabajadores de salud quienes abonan y colocan en la agenda de prioridades aquellos problemas, iniciativas, servicios públicos y programas sociales que requieren de la coordinación y participación de todos los sectores, instituciones y liderazgos presentes en cada uno de los territorios, lo cual viene a sumar esfuerzos, integrar capacidades y lograr una efectiva respuesta a la población.

En el marco de darle seguimiento a este nuevo enfoque de gestión pública resaltan temáticas/problemáticas abordadas desde la CISALUD, pero que se abordan en los territorios, tales como la situación de la salud reproductiva en la adolescencia, con énfasis en el embarazo en adolescentes, prevención de enfermedades no transmisibles a través de la implementación de planes de prevención de la ingesta de sal, azúcar y grasas, abordaje integral de las arbovirosis, los efectos del cambio climático, la situación de la salud nutricional, materno infantil, entre otras.

En muchos lugares, los GGD han adoptado una modalidad de acercamiento a las comunidades y su gente que se denominaron gabinetes móviles, en los que se ha retomado la experiencia y el espíritu de los ECOS, promoviendo actividades comunitarias acompañadas de ferias de la salud, promoción de productos locales, fomento al emprendedurismo, fortalecimiento de programas para prevención de violencia social, con énfasis en la juventud, representada en promoción de talleres formativos y educativos, presentaciones artísticas y socialización de estrategias (como la de erradicación de la pobreza, entre otras).

La dinámica en materia de salud que imprime cada uno de los Gabinetes es diferente, lo que sí es común en cada uno de ellos es el liderazgo democrático, los procesos de dirección de tipo horizontal y coordinados, el carácter intersectorial, integrador e incluyente representando desde las gobernaciones en los departamentos, las municipalidades, las instituciones y las comunidades. En los Gabinetes la participación social es fundamental en todos los procesos e iniciativas emanadas desde las instituciones y en la implementación de las políticas públicas, programas y proyectos de gobierno encaminadas al cumplimiento del derecho a la salud y otros derechos a los que son sujetos la niñez, adolescencia, juventud, mujeres, hombres, personas de la tercera edad y de los grupos poblacionales (personas con discapacidad, estrato social, etnicidad, afro descendencia y diversidad sexual).

Líneas de acción



Resultados de las consultas territoriales

Factores que limitaron

- El desafío fundamental de este eje es la replicación en los niveles locales guiados y retroalimentados por la CISALUD Nacional.
- Continuar fortaleciendo al sector salud a partir de la intersectorialidad, propiciando una mayor participación e involucramiento de las instituciones identificadas, así como la ampliación de su alcance geográfico (territorialidad).
- Replicación en los niveles locales que guiados y retroalimentados por la CISALUD deberán orientar sus planteamientos a las problemáticas en cada nivel y territorio local.
- Aumentar el nivel de incidencia (técnica y política) de tal forma que todas las instituciones vibren armónicamente para formular y gestionar políticas públicas.
- Falta de compromiso de algunas instituciones o la discontinuidad en la participación de las reuniones de intersectorialidad.
- Legislaciones diversas de las distintas instituciones y falta de recursos humanos operativos.

Factores que facilitaron

- Se perciben progresos en la coordinación y colaboración entre los distintos sectores con responsabilidad en la salud. Como resultado hay mayor énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, más información y mejor comunicación, alianzas estratégicas y una mejor asignación de roles y responsabilidades.
- El trabajo continuo con los actores necesarios y claves, mantener los espacios de diálogo, concertación y negociación para el análisis de situación de salud, planificación, implementación, monitoreo y evaluación.
- Las alianzas interinstitucionales generadas, el liderazgo gubernamental y el compromiso de las instituciones participantes en las políticas, planes e intervenciones acordadas para diferentes abordajes.
- Convocatoria amplia a los actores de CISALUD con roles y responsabilidades definidas.
- Participación de titulares y técnicos de las instituciones en las convocatorias.

Desafíos

- La falta de empoderamiento del personal de salud es el mayor desafío que se ha presentado en el proceso de reforma.
- Romper con el sistema ideológico en el trabajo de salud, evitar caer en el juego de la política partidaria que dificulta el trabajo local.
- Establecer un marco jurídico claro y de inclusión.
- Falta de recursos económicos para el cumplimiento de metas.
- Continuar con los acercamientos comunitarios, pues se pierde de vista que es un sector más con el que se debe de coordinar.
- Establecer leyes que apoyen el trabajo intersectorial para dar cumplimiento a los planes de acción que se realicen.
- Buscar mecanismos en que descienda en cascada desde los niveles centrales hasta la comunidad y viceversa.
- Trabajo intersectorial en todos los niveles.
- Las políticas de gobierno no estaban interesados en la organización de los sectores de salud y comunidad organizados o no organizados.
- Bloqueo económico de la derecha.
- Armonizar los esfuerzos en salud de los diferentes sectores.
- Corresponsabilidad de la salud en otras instancias de gobierno.
- Regulación de los medios de comunicación con respecto a la salud.
- Formar y fortalecer a los consumidores sobre sus derechos.

Avances

- Las políticas de gobierno (El Salvador Seguro) han facilitado la participación ciudadana y de otros sectores.
- Creación de Mesas, Alianzas, sub-comisiones, redes y otras estructuras que potencian el trabajo intersectorial.
- Líderes comunitarios integrados en planificación y evaluación de los planes de salud.
- Protección Civil asume responsabilidad y liderazgo en temas sanitarios, el MINSAL es sólo asesor.

- Creación Foro Nacional de Salud.
- Cooperación internacional.
- Direccionalidad ascendente (CISALUD, GGD, Comisiones Municipales de Gestión y a nivel comunitario) y viceversa.
- Mayor liderazgo de mujeres.
- Integración de las organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales independientemente de las normas que los rige para la implementación de las acciones.
- Formulación de la Política de Participación Social de Salud.
- Identificación de las inequidades locales con un abordaje de la determinación social de la salud.
- Reconocimiento internacional del trabajo intra e intersectorial.
- Corresponsabilidad de la salud con otras instancias.
- Mayor inversión en promoción de la salud.
- Fortalecimiento del trabajo multidisciplinario.
- Optimización de recursos humanos y materiales, evitando la duplicación.

La Intersectorialidad e Intrasectorialidad en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Experiencias exitosas de la Intersectorialidad e Intrasectorialidad

Minería metálica

Se logró construir una barrera en torno a la minera metálica a cielo abierto en contra de Pacific Rim, apoyado con los estudios que se dieron sobre el impacto ambiental que se tuvo en Concepción Mita, Jutiapa, Guatemala, que llegaba a través de una tubería al Lago de Güija y contaminaba el cauce del río Lempa. Lo anterior desencadenó en un litigio internacional que favoreció a nuestro país.

Agrotóxicos

En nuestro país los agrotóxicos se han convertido en un tema de trascendencia, pues constituyen un serio problema de salud pública que conlleva a la insuficiencia renal. En ningún país del mundo se detectan tantos casos al día como en nuestro país. En El Salvador existen cargas adicionales que desarrollan insuficiencia renal crónica

como son la diabetes, hipertensión, etc. Existe una carga no tradicional asociada a los agrotóxicos.

La CISALUD estuvo presente para revisar la discusión y reactivar la Comisión Nacional de Plaguicidas –CONAPLAG- la cual es una Comisión que se encarga de regulación de los plaguicidas y agrotóxicos; a pesar que no se obtuvo los resultados esperados en la administración anterior, ya que se esperaba una ley más estricta, no se logró sacar de nuestro país a la llamada “docena maldita” de agrotóxicos.

En los países de origen es prohibido pero nuestro país sigue siendo un mercado. A pesar de su comercialización se ha logrado la regulación de algunos de ellos, lo que ha conducido a una disminución de los casos de intoxicación por agrotóxicos

Productos pirotécnicos

Es importante establecer que no se puede construir más instalaciones solamente para atender personas quemadas por productos pirotécnicos, es por ello que se debe trabajar en la prevención.

A partir de la modificación que se realizó en el capítulo de pirotécnicos contemplada en la Ley de Explosivos permitió una reducción de más de 500 personas quemadas en cada navidad a un promedio de 122 quemados anuales. La modificación en las políticas hace que las poblaciones no se sientan en la necesidad de exigir que se le defiendan sus derechos, en este caso se ha visto una mejoría de los resultados a partir del trabajo interinstitucional que se ha promovido.

Seguridad vial

Es fácil pensar que una campaña puede influir en los resultados del Decenio de Seguridad Vial, la CISALUD ha estado constantemente haciendo la abogacía ante las instancias que corresponde para que la nueva infraestructura que se construye, sea incluyendo dignidad y sentido humano hacia toda la población, pues hasta el momento se cuenta con una legislación débil pues no tienen asignado el costo real a cada personas de lo que significa las vidas que se pierden por estas acciones que atentan contra la seguridad vial. Por lo que CISALUD constantemente ha estado trabajando con la Comisión Nacional de Seguridad Vial –CONASEV-, PNC, MOP para hacer un ordenamiento que sea más seguro para las personas.

Manejo de casos de Ebola

Existen más ejemplos de la articulación del trabajo intersectorial, lo cual deja más claro que solo la articulación de diversos actores como CEPA, 2da Brigada de Aviación, PNC, MINSAL, ISSS y múltiples instancias de la sociedad civil permitieron contar con la certeza que una persona sospechosa de ébola en el país que se manejó de acuerdo a los

Registro de Reglamentos Sanitario Internacional. Lamentablemente no se sistematizó esta experiencia, lo cual hubiese permitido ayudar a otros países.

Erupción volcánica del Chaparrastique

Fue una situación difícil negociar con la población para que abandonaran sus tierras, solo con una verdadera articulación intersectorial y el apoyo de la PNC se logró que las personas amenazadas o vulnerables a este evento pudieran abandonar sus hogares y cuando regresaran encontrar sus pertenencias, pues las personas que menos tienen son las que más sufren no solo por el embate de los fenómenos naturales (inundaciones, erupciones) sino que cuando tienen que regresar a sus domicilios están completamente saqueados.

Esta diversidad de situaciones es posible abordarla cuando hay varios miembros de diferentes carteras de estado para coordinar. Sobre todo cuando se une a brindar soluciones.

Dengue, Zika y Chikungunya

El éxito de este caso descansa única y exclusivamente en una estrategia intersectorial que consistió:

- Articulación de la CISALUD – Sistema de Protección Civil
- Se logró el compromiso de los 262 Alcaldías del país
- Respecto a la epidemia de Zika se requirió de un alto nivel de compromiso sobre todo por las afectaciones en la población, ya que la infección podía ocasionar parálisis en su etapa aguda y posteriormente el riesgo de microcefalia en los bebés de mujeres embarazadas, movilizó a las alcaldías de todo el país.
- El número de personas (150,000) que se involucraron en el proceso de erradicación de criaderos fue únicamente posible por el nivel de involucramiento de todas entidades incluidas el MINSAL y la sociedad civil.
- Las labores de prevención han sido exitosas porque han involucrado a todos los actores pues el MINSAL tiene como obligación primordial el cuidado y hospitalización de las personas afectadas por esta enfermedad.
- Después de haber destruido 3.3 millones de criaderos de zancudos no se logró erradicar totalmente dichas enfermedades en este país.
- Se realizaron más de 1 millón de visitas a viviendas, en casos en donde el seguimiento requirió más de dos visitas en el año.

- Uno de los resultados también fue la introducción de nuevas tecnologías para su control, que son sanas, naturales. Anteriormente siempre se ha utilizado ABATE pero no existe un estudio cohorte que confirme a 50 años efectos relacionados con su uso, que se usa en zancudo adulto en fumigación y de forma sólida en los depósitos de agua.
- Desarrollo de una nueva tecnología biológica, el control de larvas a través de la identificación de la especie de pez conocido como Tilapia una vez expuesto a diferentes concentraciones de cloro respecto a su efectividad para controlar larvas, este proyecto surgió de la vigilancia sanitaria en un lugar de muy bajo número de casos de dengue y las buenas practicas realizadas por una promotora de salud. Con el apoyo de la Embajada de China-Taiwán ha permitido que 17 comunidades puedan realizar el control de arbovirosis.
- A través de la coordinación con Protección Civil se logró establecer un centro de transferencia donde posteriormente en coordinación con los alcaldes para decidir la distribución y difusión del proyecto. Durante este proceso se coordinó con el MAG para contar con la cantidad suficiente de tilapias la cual fue provista por sus centros acuícolas, de los cuales suministraron 100,000 alevines de Tilapia. Hubo un cambio de educación en las poblaciones beneficiarias, por lo que en medio de una de las peores crisis enfrentadas por las consecuencias de estas enfermedades, se realizaron distribución de los alevines a la población con la colaboración de Alcaldías, Empresa privada, Protección Civil y la Asesoría Técnica del MINSAL. Esta biotecnología es cero toxicidades, estimuló la solidaridad, la organización comunitaria y sobre todo el impacto positivo en el control de enfermedades como dengue, zika y Chikungunkunya.

Resultados de las discusiones en mesa y plenaria

Avances

- Participación social en la intersectorialidad, como el Gabinete de Gestión Departamental, Comisiones de Protección Civil, etc.
- Conformación y funcionamiento de CISALUD, que responde a una determinación social.
- El trabajo intersectorial de otras instancias en temas de interés como Alianza Neonatal, Mesa de Salud Sexual y Reproductiva, CONASAN, CONASEM.

Factores o actores facilitadores

- Foro Nacional de Salud
- Entidades miembros de CISALUD

- ONG
- Cooperación internacional
- Sistema Nacional de Protección Civil

Desafíos

- Elaboración de plan de trabajo integrado con las instituciones con respecto a problemáticas departamentales y locales, pues a nivel central que se dan los cambios, pero a nivel local no se observa en la coordinación a nivel regional y local.
- Establecer un liderazgo a nivel intersectorial en todos los niveles (existe falta de liderazgo local).
- Falta de mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación del trabajo intersectorial en todos los niveles.
- Las diferentes instituciones trabajan en forma independiente, es necesario unificar esos criterios interinstitucionales.
- Falta de empoderamiento de todas las instituciones en el trabajo intersectorial a nivel departamental.

Factores o actores obstructores

- Falta de participación activa de algunas instituciones (MINED).
- Falta de liderazgo de algunos gobernadores y alcaldes.

Acciones para profundizar el eje

- Plataforma jurídica para el trabajo intersectorial.

Recomendaciones

- Acciones unificadas entre las instituciones.
- Trabajo bajo un enfoque territorial.
- integración de trabajo con gobernaciones, como los planes territoriales.

EJE 5



**FORO NACIONAL
DE SALUD (FNS)**

Marco conceptual

En nuestro país nunca antes de la Reforma de Salud había existido apertura para la participación social en salud, es a partir de la puesta en marcha de la reforma que se logró romper el esquema a la generación de espacios para la participación ciudadana y la contraloría social, especialmente tras el Acuerdo Legislativo No. 126, publicado en el Diario Oficial No.33 del 17 de febrero de 2010, en el cual se aprueba la Política Nacional de Salud la cual mandata la conformación del Foro Nacional de Salud (FNS), como parte del proceso de reforma.

El Foro Nacional de Salud (FNS) nace en 2010, como uno de los ejes de la Reforma de Salud y un espacio autónomo, de participación para la definición de consensos y acompañamiento en la toma de decisiones hacia la transformación del Sistema Nacional de Salud para el pleno ejercicio del derecho a la salud, donde la sociedad civil organizada ejerce su derecho a la salud a través de un proceso de participación social y comunitaria, consciente, voluntario, solidario y crítico, teniendo siempre presente la determinación social de la salud, fundamental para el desarrollo humano integral de los pueblos. Como parte del proceso de construcción y fortalecimiento del FNS, se ha desarrollado la organización, formación y capacitación de los Comités Comunitarios de Salud del FNS, los cuales se encuentran estructurados en Comités Municipales y Departamentales; Mesa Nacional; 4 Mesas Sectoriales de apoyo técnico: Salud Sexual y Reproductiva, Medicamentos, Prevención de la Violencia contra la Mujer, Niñez y Adolescencia, Gestión Ambiental y Cambio Climático; todas desarrollando acciones permanentes de Incidencia y Contraloría, sectorial e intersectorialmente, acompañando la Reforma Integral de Salud, para garantizar el Derecho a la Salud desde los enfoques que el FNS asume.

El desarrollo territorial del FNS ha sido incrementado en los últimos años. En 2012 el FNS contaba con 450 comités comunitarios de salud distribuidos en 62 municipios. Para el 2018 se contabilizan un total de 810 comités comunitarios en 94 municipios y 14 departamentos del país. Están creados y funcionando los mecanismos de integración de los referentes del FNS en los comités de gestión de las redes integradas integrales del Ministerio de Salud (MINSAL), por primera vez el MINSAL ha dado inicio a un sistema de contraloría social con participación ciudadana en coordinación con el FNS; en el marco de dicha contraloría, el MINSAL y el FNS ha puesto en marcha buzones y desarrollando acciones directas de contraloría dentro de los servicios. Este sistema de contraloría funciona en 24 hospitales nacionales, como parte de los Comités por el Derecho a la Salud y en 5 Regiones de Salud donde se articulan los usuarios y usuarias de los servicios, los representantes del Foro Nacional de Salud y el Personal de Salud para recibir las denuncias de la población, realizar el procesamiento y dar respuesta a fin de generar mejoras en la calidad, la calidez y en la humanización de los servicios de salud. Desde su apertura este sistema de contraloría ha atendido 6,708 solicitudes a las cuales se les brinda su respectiva respuesta.

El FNS rechaza la mercantilización, considerando la salud como bien público y como Derecho. En el marco de su trabajo de incidencia ha participado en la formulación y defensa de leyes y políticas públicas promovidas desde el MINSAL y otros sectores de la intersectorialidad nacional, como la Ley de Medicamentos, Salud Mental, Lactancia Materna, Salud Sexual y Reproductiva, Participación Social en Salud, Seguridad y Salud Ocupacional, Salud Bucal, e.o., además de *acompañar otros logros de la Reforma: como el aumento presupuestario en salud, la mejoría de la infraestructura sanitaria, principalmente hospitalaria, organización y fortalecimiento de las RIIS, CISALUD.*²¹

Otros procesos de participación social afines a la Reforma de Salud que caben destacar son los 3,459 comités comunitarios de salud en el territorio nacional coordinados entre la Unidad de Salud Comunitaria del MINSAL, el Foro Nacional de Salud, entre otros. Se han identificado 2,124 Juntas de Aguas y 3,115 ADESCOS a nivel nacional que articulan con el MINSAL. Desde el inicio de este gobierno se han realizado 4,885 asambleas comunitarias y se han hecho más de 28,000 reuniones con grupos organizados de las comunidades para abordar temas de salud entidades como comités de salud, FNS, Junta de agua, voluntarios y otros.

Antecedentes

Los antecedentes más remotos del proceso organizativo del Foro Nacional de Salud (FNS) son las organizaciones de masas que apoyaron en el conflicto armado en la lucha para el cambio de las inequidades que dieron origen al conflicto armado en El Salvador, en las zonas de resistencia popular se organizó una estructura sanitaria con amplia participación comunitaria. Luego de los acuerdos de paz, los gobiernos neoliberales de ARENA, promovieron e impulsaron la privatización de los servicios públicos como las telecomunicaciones, banca, sistema de pensiones, incluyendo la salud pública, generando condiciones para que se articularan esfuerzos conjuntos entre Organizaciones No Gubernamentales y comunidades organizadas, como un mecanismo de respuesta para detener las intenciones de la derecha oligárquica salvadoreña. En ese contexto, se articula en el año 2002 la Alianza Ciudadana Contra la Privatización de la Salud (ACCPS), que dirigió las iniciativas y acciones necesarias para evitar se cumpliera con el propósito de desarticular y privatizar la red pública hospitalaria y de servicios públicos de salud en general, las cuales se concretaron en la multitudinarias Marchas Blancas que pusieron un alto al proceso privatizador.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) adolecía de limitado presupuesto, mala administración de los recursos asignados al Ministerio de Salud, amañadas prácticas en procesos de compras de medicamentos, contrataciones y licitaciones, participación social manipulada, desabastecimiento de medicamentos, materiales y equipos, infraestructura insuficiente y deteriorada y elevado gasto de bolsillo de los hogares.

21 Foro Nacional de Salud. Plan Estratégico de Foro Nacional de Salud 2018-2022. San Salvador, 2018.

Con el triunfo electoral del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) en 2009, la ACCPS es invitada a participar en un proceso de consulta que concluye en la formulación de la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza 2009-2014”, posteriormente Margarita Posada, del equipo de Coordinación de la ACCPS es invitada a trabajar en la concreción del Eje de Reforma “Foro Nacional de Salud”, instalado oficialmente el 28 de mayo de 2010, pasando la Alianza a asumir la facilitación de todo el proceso, con participación de las organizaciones integrantes: APROCSAL, ASPS, FUMA, APSIES, MEDICUS MUNDI, CDC, Comandos de Salvamento, INTERVIDA, PRO VIDA, MEDICOS POR EL DERECHO A LA SALUD, ASOCIACIÓN PROMESA, SIMETRISSS, LAS MÉLIDAS, Profesionales de la Salud y el Ministerio de Salud.²²

Resultados de las consultas territoriales

Avances

- Presencia del FNS en el territorio.
- Articulación de expresiones sociales en 4 mesas especializadas del FNS.
- Participación activa del FNS en reuniones de consejos de gestión de la RIIS.
- Participación del FNS en la elaboración y revisión de leyes y políticas.
- Instalación y apertura conjunta de buzones de sugerencias, en los establecimientos de los 3 niveles de atención.
- Socialización de funciones del FNS a la población y el personal de salud.
- Contraloría social.
- Acompañamiento de referentes del FNS en áreas donde no los había.
- Articulación del FNS con promotores y promotoras de salud de ECOSF y Especializadas.
- Liderazgo del FNS en trabajo comunitario.
- Participación del FNS en ejercicios de rendición de cuentas del MINSAL.
- Mejora de atención brindada a la población por medio de ejercicios de contraloría social.

²² Foro Nacional de Salud. Plan Estratégico de Foro Nacional de Salud 2018-2022. San Salvador, 2018.

Desafíos y recomendaciones

- Implementación del FNS en todo el territorio.
- Articulación de una Mesa Nacional de Juventudes del FNS
- Marcos legales que viabilicen la participación social en salud a través del FNS.
- Fortalecimiento (capacitación, movilización, participación) del liderazgo comunitario del FNS en la toma de decisiones.
- Participación activa del FNS en la RIIS
- Mayor compromiso de las organizaciones miembros del FNS a nivel territorial.
- Cronograma de actividades del equipo conductor.
- Abogacía para la generación de nuevos y mejores espacios de participación.
- Cambio en la concepción de la salud:
- La salud se construye desde abajo, con la participación de todos
- Socializar al personal de salud y población general, el papel del FNS, la participación social en salud y la contraloría social.
- Promover el uso de buzones de denuncias o sugerencias en todos los establecimientos de la red.
- Seleccionar personal idóneo y comprometido con el rol de las
- Oficinas de Derecho a la Salud (ODS)
- Estimular una mayor articulación del MINSAL con las comunidades.
- Mayor motivación a la comunidad.
- Continuar con la mejora de la comunicación.
- Socializar leyes y políticas vinculadas con el FNS.
- Modificar el formato de la hoja de denuncia

El Foro Nacional de Salud en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

La organización de los servicios de salud, las reformas del sector salud y las políticas de salud pública en diferentes países de Latinoamérica

Antecedentes de participación social en salud

Derecho a la Salud es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, además del de la salud. (I- ALMA ATA). El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (IV -ALMA ATA).

La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se percibe, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Factores determinantes claves: La paz, la vivienda, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad (Carta de Otawa).

“Financiando los servicios de salud en países en desarrollo: una agenda para la Reforma 1987” donde se refleja el lado comercial de la salud. Que determino que todo lo que se refiere a desarrollo en salud a partir de ese momento. Iniciaron el ingreso de las multinacionales norteamericanas en América Latina. En este periodo ingreso a El Salvador el proceso de privatización de la salud mediante la Propuesta de ALCA (Áreas de Libre Comercio de las Américas) designadas a la expansión del tratado de libre comercio al resto del Latinoamérica. Incluyendo los servicios de salud, pero se logró parar a nivel Continental por el esfuerzo de Venezuela pero varios países incluyendo El Salvador fueron firmantes de estos acuerdos.

Informe OMS-2008: “Atención Primaria en Salud... más necesaria que nunca”, “El derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible, con la mayor equidad y solidaridad, considerando la necesidad de dar respuesta a las necesidades de salud de la población”. Hace referencia a la fragmentación y segmentación lo que hace imposible el brindar los servicios de salud. Es una crítica abierta al documento del BM de 1992.

Resultados preliminares de la participación ciudadana en la Reforma de Salud

Se ha considerado principalmente la labor desarrollada por el Foro Nacional de Salud como organismo encargado de garantizar la participación en la Reforma de Salud. Para ello se han considerado 3 ejes: Territorial, Sectorial e Incidencia Política. Metodología Utilizada en la investigación: Cualitativa.

Se ha organizado en 4 áreas temáticas

Concepto de participación desde la perspectiva del Foro Nacional de Salud: “Participación significativa, consciente, crítica y en beneficio de la calidad de vida de la población”.

Se entiende como participación el beneficio de la sociedad, como una capacidad transformativa, una participación organizada. Este proceso engloba la toma de decisiones, la participación como derecho y con un sentido de pertenencia. Los enfoques de los diferentes tipos de participación también están aglomerados en distintos marcos legislativos, a nivel nacional dentro de los que están:

- Construyendo la Esperanza (2009 – 2014).
- Carta Compromiso de la Política Nacional de Salud
- Lineamiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (a nivel local)
- Código Municipal – cuenta con apartado que denomina Participación Ciudadana.

En los aspectos que se refiere a Participación tiene tres Fases: Diseño, Implementación y Monitoreo.

- **Diseño:** El FNS forma parte del proceso consultivo al momento de elaborar la Reforma de Salud a través de las Mesas de Dialogo Abierto, que incluía todos los agentes claves a nivel institucional, profesional y de la sociedad civil.
- **Implementación:** El FNS se ha encargado de dar seguimiento a la participación. Existen dos barreras importantes que se han identificado que existe una planificación a muy corto plazo pues está ligado a las elecciones y que no hay participación en el establecimiento de las necesidades presupuestarias.
- **Evaluación:** Hay participación a través de contralorías sociales y a través de la rendición de cuentas. “Solo una participación activa de la salud, se promoverá a consolidar la Reforma Integral de Salud”.

Imaginario social

Existe en torno a la participación por el legado histórico de la lucha social. Existe una claridad en la población que la participación es un derecho, en este caso en defensa del Derecho Humano a la Salud. Se identifica un enfoque basado en la determinación social de la salud, además de tener muy en cuenta el antecedente histórico político. A nivel local y los representantes de las mesas identifican el deseo de participación por el deseo de pertenencia a pesar de una actividad totalmente voluntaria, lo que fomenta un mayor compromiso y convicción. Los procesos de aprendizaje desde el

FNS se realizan desde el enfoque de co-aprendizaje, teniendo muy en cuenta el valor de saberes populares de las personas en los territorios.

Otro aspecto relevante es el género es un elemento transversal, hay una gran participación de las mujeres que tradicionalmente se les ha asignado una gran carga pero eso no ha afectado su nivel de participación y toma de decisiones, que ha tenido un efecto emancipador y multiplicador en otras mujeres. En la clase social las personas más desfavorecidas son las que más participan a pesar que las necesidades en salud no están cubiertas, más allá de zonas rurales vs urbanas sino de clase social.

Mecanismos de Participación

Se tiene un abordaje intersectorial e intrasectorial tanto a nivel comunitario como a nivel municipal, departamental y nacional. El proceso de decisiones se realiza desde las Bases, el cual escala por representación hasta nivel nacional. En el aspecto del abordaje intersectorial son diversas temáticas que ha priorizado en las mesas son de actualidad y son afrontadas por los distintos colectivos y nos solamente por actores aislados. Los espacios de participación habilitados por el Foro Nacional de Salud son accesibles para todas las personas e incluyentes. La participación ha permitido que se creen alianzas con otros actores que forman parte de la toma de decisiones como por ejemplo CISALUD, Consejo Consultivo Ciudadano.

Avances y retos en la participación

Avances

- Fomento de la cultura de la Participación.
- Posicionar al Foro Nacional de Salud como eje de la Reforma de Salud.
- El FNS propone un proceso evaluativo a través de las contralorías sociales y su participación en las oficinas del Derecho a la Salud y en la rendición de cuentas.
- Plantea un cambio de enfoque en relación a la salud, la salud no es una mercancía es un derecho, no es una salud individual es una salud comunitaria, además de trabajar en el marco de determinación social y no determinaciones sociales.

Retos

- Mayor presencia a nivel Nacional del Foro Nacional de Salud.
- Manejo del equilibrio entre el posicionamiento autónomo del Foro Nacional de Salud con las posibles tensiones que se producen con otros actores en salud.
- Necesidad de la mejora de seguridad en los espacios, para poder ejercer la participación en espacios seguros como para el desarrollo de las actividades sean sin riesgos.

- Sistematización de toda la información que se ha generado tanto en experiencias como en resultados para fines evaluativos como para difusión para la población.
- Sostenibilidad de la participación.
- Estrategias para incluir a las nuevas generaciones.

Caracterización y avances del Foro Nacional de Salud

Antecedentes

El Foro Nacional de Salud (FNS) le ha dado seguimiento a la lucha social que mantiene nuestro país desde la década de los sesenta, la prohibición de la organización comunitaria se generó mediante organizaciones semi clandestina con un movimiento muy fuerte de masas. En ese periodo nuestro país era una sociedad agrícola – exportadora, la supra estructura de organización de los jornaleros, los sindicatos vinculados a reinvidaciones laborales.

Gobiernos de ARENA

Alfredo Cristiani (1989 – 1994): Privatización de las exportaciones del café y azúcar, Hotel Presidente, de la Banca específicamente el caso del Banco Cuscatlán, las consultas externas de salud, cierre del IRA, reducción de los aranceles e implemento del IVA y privatización de ENA. En este periodo la lucha política se sectorizó y se debilitó.

Armado Calderón Sol: (1994-1999): Privatización de los Ingenios Azucareros, Privatización de Energía Eléctrica, telecomunicaciones y pensiones, privatización de SERTRACEN.

Francisco Flores (1999 – 2004) Dolarización, Concesiones en el ISSS e intento de privatizar la Salud, durante este periodo el movimiento social se unifica en torno a la salud, la población ha tenido privatizaciones en todos los sectores y decide a través de la Alianza Ciudadana Contra la Privatización de la Salud en resistencia frente a la privatización se generan las movilizaciones más importantes después de la firma de los Acuerdos de Paz.

Construcción de la Reforma de Salud

El FMLN realizó Mesas de Dialogo Social Abierto, donde la Alianza Nacional Contra la Privatización de la Salud elementos que permitieron la implementación de la Reforma de Salud. Estos elementos fueron retomados en la Política de Salud “Construyendo la Esperanza”. Queda también establecido como eje 5 el Foro Nacional de Salud con líneas de acción:



- 4.22. Promover la participación del liderazgo comunitario en espacios de análisis, debate y toma de decisión para la solución de los problemas de salud a nivel local, departamental, regional y nacional haciendo evidente los problemas de las comunidades desde su propia experiencia y realidades.
- 4.23. Fortalecimiento de liderazgo comunitario, estableciendo mecanismos claros de acompañamiento y coordinación, que permita generar capacidad de pensamiento propositivo y crítico en la toma de decisiones y generen soluciones a los principales problemas de salud que afectan sus vidas de manera individual, familiar y colectiva, desde el enfoque de la determinación social de la salud.
- 4.24. Generar evidencias científicas (investigaciones integrales) del impacto de la participación social en el avance y profundización de la *Reforma de Salud*, visibilizando y socializando las experiencias exitosas de la misma.
- 4.25. Acompañamiento en procesos que garanticen la salud integral de la población, tales como:
 - 4.25.1 Incidencia para la aprobación de leyes y políticas públicas en salud y solución de problemas prioritarios.
 - 4.25.2 Revisión y participación en la construcción de leyes, políticas públicas en salud, lineamientos técnicos y protocolos.
- 4.26. Promoción de la articulación sectorial e intersectorial para el abordaje integral y especializado de la salud.
- 4.27. Facilitar la participación de diferentes organizaciones sociales con experiencia en áreas temáticas específicas, que permita enriquecer y ampliar el abordaje de los problemas de salud desde el enfoque de la determinación social.
- 4.28. Acompañamiento a la consolidación de la *Reforma de Salud*, con énfasis en: la participación social en salud, contraloría social en salud y análisis de los avances de la misma.
- 4.29. Asesoría técnica, política y participación en espacios estratégicos intersectoriales que contribuyan a la toma de decisiones para resolver los problemas de salud de la población (CISALUD técnica y política, entre otros).
- 4.30. Favorecer la organización comunitaria y la participación social para el ejercicio pleno de su derecho a la salud, incluyendo el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades a través de procesos de educación para la salud, comunicación social, dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.

Proceso de instalación del FNS

28 de mayo de 2010

Se desarrolló un proceso de capacitación de 75 facilitadores territoriales, pilotajes a nivel territorial donde participaron entre 300 – 400 personas del territorio (personal de salud, policías, maestros, líderes locales). A través de esta consulta se identifican trabajos por ejes y se determina que estará conformado por sociedad civil a diferencia de otros Foros donde se aglutinan profesionales colegiados), no se recibe financiamiento ni se tiene personería jurídica. Se realiza el proceso de instalación del Foro Nacional de Salud donde asistieron liderazgos de todo el país.

Para ser miembros del FNS el liderazgo debe tener un proceso de formación que incluye los siguientes temas abordados:

- Reforma de Salud
- Determinantes Sociales y Determinación Social.
- Reforma Fiscal y Reforma de Pensiones
- Ley de Medicamentos
- Contraloría Social
- Derechos SSRR
- Ley General de Aguas y derecho humano al agua.
- Órgano Legislativo
- Consejos Municipales Plurales

El liderazgo local tiene acceso a participación en los espacios de las Redes Integradas e integrales de servicios de salud tanto en las UCSF como en 32 Microredes con representantes de cada municipio.

También se participa en la Coordinación Nacional CISALUD que son espacios de Coordinación de autoridad con el Viceministro de Servicios de Salud, la Dirección del Primer Nivel y Dirección de hospitales.

Ejercicios de contraloría

Se realizan con instrumentos propios desarrollados por el Foro Nacional de Salud. No solo se han realizado ejercicios de contraloría en hospitales y primer nivel de atención

sino ahora se están desarrollando en FOSALUD y al ISSS. A partir del desarrollo de las contralorías se hacen las propuestas para los problemas encontrados y los procesos de socialización de los resultados obtenidos, fundamentalmente con los actores locales.

Participación en las Oficinas por el Derecho a la Salud

Actualmente se participa en las Oficinas por el derecho a la Salud en 17 Hospitales, a partir de esto se han hecho intercambios de experiencias para reflexionar el papel de las ODS y el papel del liderazgo del FNS.

Apertura de Buzones de Sugerencias

Los buzones son instalados en los establecimientos pero las llaves de los buzones las resguardan miembros del Foro Nacional de Salud, se hacen reuniones donde se abren los buzones de manera conjunta, donde se hace una buena coordinación en la mayoría de los lugares.

Participación en los procesos de Rendición de Cuentas

Desde el inicio de la rendición de cuentas se ha participado con los liderazgos a nivel nacional, donde ellos traen las situaciones que les preocupan ante las autoridades.

Participación en el desarrollo de los instrumentos técnicos jurídicos

Se ha participado en 52 instrumentos técnicos jurídicos que han emitido el Viceministerio de Políticas Públicas, los cuales cuentan con el enfoque comunitario para su implementación y diseño.

El FNS es parte del Consejo Consultivo Ciudadano que dará seguimiento a la ejecución del Plan Quinquenal de Desarrollo 2014 – 2019. Se cuenta con un miembro propietario y un suplente en ese espacio.

Incidencia política más allá de la Reforma de Salud

En este sentido se está trascendiendo el plano sectorial trabajando el abordaje integral de determinación social, a través de la creación de la Alianza Social por la Gobernabilidad y la Justicia ASGOJU que cuenta con 45 organizaciones sociales con una agenda clara en el sentido de:

- Gobernabilidad
- Justicia
- Soberanía Nacional

Dentro de este marco se han realizado actividades orientados a la agenda clara dentro de las que están:

- Alerta de investigación contra Belarmino Jaime por actos arbitrarios.
- Denunciando campaña de desestabilización de la Oligarquía.
- Respaldo a la Ley de Cobro coactivo.
- Campaña contra la evasión fiscal.
- Campaña contra la AFP.
- Acciones por la aprobación de la ley general de agua.
- Concentración en ENADE.

A nivel internacional el Foro Nacional de Salud es parte del Movimiento para la Salud de los Pueblos, se ha realizado intercambios regionales en Honduras, Guatemala y Nicaragua sobre la experiencia del Foro Nacional de Salud.

Fortalezas del FNS

- Organización territorial formada y comprometida
- Poder de convocatoria
- Capacidad de movilización
- Democracia interna, cada persona un voto
- Leyes que respaldan y promueven la contraloría y la transparencia.
- El Foro Nacional de Salud es un eje de la Reforma.
- Disposición de interactuar con el gobierno
- Disposición de construir y fortalecer nuevas alianzas
- Visualización del proceso de incidencia dentro de una estrategia global de transformación a largo plazo
- Claridad sobre la misión del Foro Nacional de Salud
- Enfoque de Determinación Social

Avances

- Capacidad de organización comunitaria y poder de convocatoria, a través de 850 Comités Comunitarios, 85 Municipales y 9 Departamentales (Santa Ana, Sonsonate, San Salvador, La Libertad, Cabañas, La Paz, Usulután, San Miguel y Morazán).
- instalación de cuatro mesas sectoriales especializadas: Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva, Mesa Sectorial de Medicamentos, Mesa de prevención de violencia social y hacia la mujer y la niña.
- Claridad y voluntad en la apuesta política de los integrantes del FNS.
- Dispone de espacios ganados como referente de la sociedad civil en materia de salud, a nivel local, a nivel nacional y a nivel internacional.
- Posee liderazgo y conducción colectiva.
- Existe compromiso de parte de los comités comunitarios y algunas organizaciones de la sociedad civil que forman el FNS.
- Disposición de los comités del FNS para participar en actividades y acciones de incidencia en políticas públicas.
- Ser miembro del Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria y del Movimiento Latinoamericano por la Salud de los Pueblos.

Problemas o dificultades

- Hay mucho personal que no acepta la Reforma de Salud, no les gusta ir a las comunidades y siguen mal tratando a la gente. El irrespeto de acuerdos tomado por ej. En la elección de promotores.
- La violencia social, aunque es un problema real ha servido para justificar no salir a las comunidades o quitar ECOS. Hemos perdido buenos liderazgos, porque han tenido que irse o los han matado.
- Criminalización de la pobreza y de la juventud, nos ha limitado la participación de jóvenes.
- El personal de salud crea estructuras paralelas al FNS, instrumentalizando la participación.
- La no claridad del abordaje en función de los servicios de salud, no DSS menos DS.
- Progresivamente va disminuyendo el mal trato a la población usuaria.

- Deficiente abordaje para la atención a mujeres víctimas de violencia y población LGTBI.
- Sindicatos en los hospitales agresivos contra el FNS.
- Ataques de la derecha contra el FNS.

Mesas sectoriales del Foro Nacional de Salud

Las Mesas Sectoriales surgen de un proceso de consulta nacional sobre las temáticas, a nivel local se convoca a todos los actores para poder definir cuáles son las problemáticas en diferentes temas para priorizarlas. Esta metodología participativa que integra organizaciones, colectivos, ADESCOS y otras personas no organizadas que desean integrarse.



Actualmente se cuenta con 4 mesas sectoriales

- Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva: Se instala un año después de instalado el Foro Nacional de Salud, con el objetivo de abordar los derechos sexuales y reproductivos de la población (hombres, mujeres y población LGTBI) en todo su ciclo de vida.
- Mesa Sectorial de Medicamentos: Surge como un mecanismo de garantía de implementación de la Ley de medicamento, la cual se instala en 2012.
- Mesa Sectorial de prevención de la Violencia hacia la Mujer: Instalada en el 2015.●
Mesa Sectorial de Gestión Ambiental y cambio climático: Instalada a finales de 2016.

Existen deudas pendientes en algunas temáticas sectoriales por falta de presupuesto y representatividad como es el caso de las Mesas Sectorial de Juventudes y otras temáticas que han tenido que irse impulsando desde el trabajo del resto de Mesas.

Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva

Dentro de los retos de la mesa está el organizar la juventud general además de la población LGTBI.

Está integrada por 20 organizaciones, entre las que se encuentra la que organizaciones que trabajan con mujeres, población LGTBI, VIH, Jóvenes y adolescente, trabajadoras sexuales y personas con discapacidad. Lo que brinda la riqueza y la fortaleza de poder participar en todos los marcos regulatorios que incluyen la diversidad de población representada.

La Mesa está orientada a participar en todos los lineamientos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, que incluye desde la promoción hasta la atención de las diferentes poblaciones representadas en la mesa.

Ha participado en los procesos de consulta de Política de Salud Sexual y Reproductiva para el abordaje. Se ha desarrollado un esfuerzo para la presentación de una propuesta de ley de Salud Sexual y Reproductiva a través de la intersectorialidad se ha contado con la participación del ISDEMU, MINSAL, MINED, Asamblea Legislativa y otras organizaciones de mujeres.

Se realiza trabajo territorial abordando la educación en la población sobre los derechos sexuales y reproductivos en todo el ciclo de vida, pues es un tema que se desconoce y mucho menos se identifica como derechos.

Mesa Sectorial Contra la Violencia Hacia la Mujer

El quehacer de esta mesa se desarrolla especialmente desde el liderazgo comunitario, son acciones desarrolladas desde los territorios, que se acompaña y se refiere a las distintas instituciones que deben garantizar el ejercicio pleno de las mujeres, niñas y adolescentes.

Desarrollo de capacidades en grupos de auto ayuda, conocimiento de los derechos y las hojas de ruta en casos de violencia, atención de crisis. Son la lideresas formadas en estos procesos quienes acompañan a las víctimas de la violencia. Adicionalmente realizan el trabajo de formación lúdica para sensibilizar tanto hombres como mujeres.

Se han realizado pronunciamientos en violaciones a las mujeres desde los funcionarios, se revictimiza a la mujer por dichas violaciones y la falta de credibilidad hacia las mujeres que realizan esta denuncia. Se han acompañado a las víctimas de este tipo de violaciones que son médicos, alcaldes, diputados, abogados, presentadores de televisión, jugadores que son agresores y a pesar del esfuerzo realizado la justicia de este país les permite salir libres, brindando mensajes desesperanzadores para mujeres, niñas y futuras víctimas de violencia.

Mesa Sectorial de Medicamentos

El abordaje es sobre educación especialmente sobre el abordaje de los medicamentos como un derecho, dejando de lado el abordaje medicalizado del sistema anterior y promoviendo el uso racional de medicamentos. A reeducar a la población sobre la alta medicalización para lo cual se trabaja con la DNM para abordar factores que afectan a la población como por ejemplo un Foro sobre Insuficiencia Renal.

Mesa de Medio Ambiente

Existía una necesidad creciente por parte de la población a la creación de la Mesa por estar relacionado a la calidad de vida, a la cual se ha sumado a este esfuerzo la

interculturalidad, se cuenta con representación de los pueblos originarios para trabajar junto al Foro Nacional de Salud, a través de una política de los pueblos originarios

Su abordaje ha priorizado el tema de la defensa del derecho al agua y los agro tóxicos. Si no se cambia el modelo de este esquema que extrae, destruye y contamina nuestro entorno, hace que terminemos enfermos.

Resultados de las discusiones en mesa y plenaria

Avances

- El trabajo militante de las personas del Foro Nacional de Salud abriendo brecha, sin ninguna contribución económica.
- Avance en los procesos de contraloría por la experiencia en el Hospital San Rafael.
- Compromiso del FNS participando en la planificación y evaluación que aparezca en el POA.
- Que la seguridad se considere un eje fundamental para que los jóvenes se involucren, creando espacios seguros.
- Reconocer que el FNS es un referente a nivel de la región.
- Creación de espacios reales de decisión
- No instrumentalizar la organización
- Abrir la participación a otros movimientos y sectores que pueden ser aliados.

Desafíos

- Para ser autónomo mantener la capacidad de liderazgo y principio, crecimiento y renovación generacional.
- Participación de la academia en la lucha social.
- Participación de los jóvenes del país.
- El Foro Nacional de Salud es un movimiento social y no una ONG.
- Los funcionarios del MINSAL necesitan una línea directa de capacitación en participación social en salud.

**EJE
6**



**INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD**

Marco conceptual

El Instituto Nacional de Salud (INS) es una entidad pública que surge con la misión de encontrar soluciones científicas a los principales problemas de salud de la población, de manera sinérgica, ejerciendo la rectoría de la investigación para la salud, por medio de un marco jurídico. Surge como una organización científico-técnica que lidera la búsqueda de respuesta a las necesidades de formación de cuadros estratégicos e investigación para la toma de decisiones basadas en evidencias; y proyectándose como la institución rectora en investigación para la salud y el fortalecimiento de las redes de laboratorio. El INS es una apuesta estratégica innovadora en el desarrollo de tecnologías, métodos y capacidades de diferentes disciplinas, incorporando las ciencias sociales para impulsar la promoción de la salud y el talento humano. Los rubros estratégicos que lo conforman son la investigación en salud, la Escuela de Gobierno y el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR).

Antecedentes

En El Salvador antes del año 2009 la investigación en salud nunca había sido un tema de prioridad para las autoridades de salud y el gobierno central. Es en el periodo 2009-2014 que por primera vez se impulsa la gobernanza de un sistema de investigación para la salud. En 2018 se inauguran las nuevas instalaciones del INS con el propósito de establecer un Centro de Investigación y Formación en Salud Pública. Esta iniciativa es parte de una apuesta por ampliar y mejorar la atención en salud y en consecuencia, fortalecer la Reforma de Salud. Las nuevas instalaciones contemplan albergar el Departamento de Investigación en Salud, la Escuela de Gobierno en Salud, Unidad de Planificación y Apoyo a la Gestión y el Departamento de Administración del INS, y en los próximos años, el traslado del Laboratorio Nacional de Referencia a sus nuevas instalaciones.

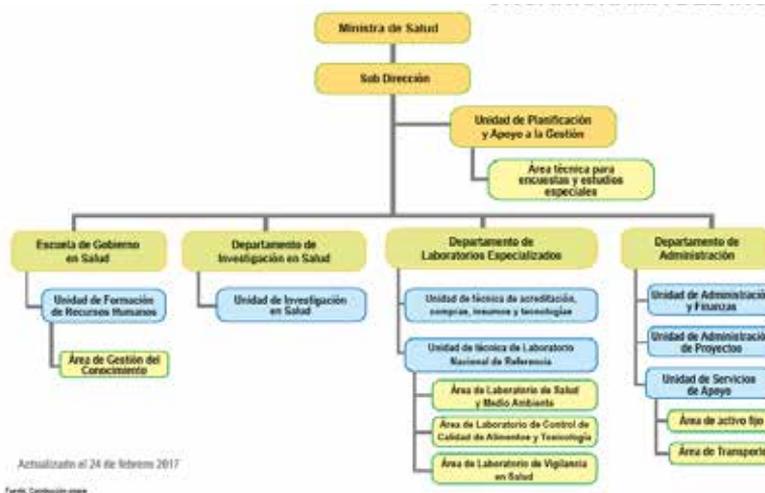
La investigación en salud, la Escuela de Gobierno y el Laboratorio Nacional de Referencia, quienes promueven la generación de conocimiento del proceso salud-enfermedad para la toma de decisiones en todos los niveles. Además, el INS es el responsable de regular la investigación para la salud mediante la política de investigación.

Se han establecido proyecciones de lo que se requiere en el corto plazo:

- Coordinador del Consejo Nacional de Investigaciones de la Salud (CONAINS), quien regulara a través de diferentes instrumentos técnico jurídicos, el cumplimiento de las pautas metodológicas y éticas, los tratados internacionales, el respeto a la dignidad humana y la investigación en salud.
- Desde el CONAINS se ha actualizado y priorizado la agenda nacional para la investigación en salud, así mismo, se están generando documentos que ayudan en estandarizar procedimientos en investigación y a crear incentivos en los profesionales de la salud y generen evidencias desde la clínica y la gestión.

- Como parte de la modernización y vigilancia en salud pública, está el proceso de fortalecimiento del Laboratorio Nacional de Referencia y las redes de laboratorio, el cual cumplirá con los estándares y regulaciones internacionalmente.
- Por otra parte, la escuela de gobierno ha realizado aportes en la formación de cuadros estratégicos y múltiples cursos en temas de investigación en salud y dos maestrías (epidemiología y administración de la educación superior) que han contribuido en fortalecer el MINSAL.
- El INS ha conducido investigaciones en temas prioritarios y al menos tres encuestas nacionales, entre ellas, la encuesta MICS y ENECA-ELS, donde se puso en evidencia la carga de enfermedades crónicas del adulto en El Salvador y a partir de ésta se toman una serie de estrategias como la creación de la Dirección de Enfermedades No Transmisibles (DENT), la elaboración de normativas de cafetines y la encuesta relacionada con el consumo de drogas en la población escolar.
- El INS es integrante de la Asociación Internacional de Institutos de Salud Pública (IANPHI).
- El INS también ha contribuido en cincuenta investigaciones relacionadas con sistemas y servicios de salud, salud ambiental, riesgos ocupacionales, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva, sustancias nocivas; violencia y embarazo en adolescentes, niñas y adolescentes, entre otros, todas desde el enfoque de la determinación social.
- Se ha elaborado la revista científica ALERTA, el cual ha dado como resultado en año y medio, la publicación de cuatro ejemplares.

Organigrama



Líneas de trabajo

- Laboratorio Nacional de Referencia: Vigilancia laboratorial en Salud pública con garantía de la calidad. Producción de biológicos y químicos para desarrollo de metodologías analíticas
- investigación de problemas y control de riesgos o amenazas a la salud pública.
- Rectoría del sistema nacional de investigación para la salud
- Desarrollo y capacitación de cuadros estratégicos y mandos medios

Planeación estratégica

Dentro de los elementos considerados en la planeación estratégica se encuentran:

- Generar evidencias para el desarrollo de políticas públicas
- Ciencia y tecnología e innovación en salud
- Vigilancia laboratorial en salud pública (alimentos y ambiente en salud)
- Educación permanente y calificación de los profesionales estratégicos del sistema de salud

Investigaciones en salud pública

- Desarrollo de investigaciones en salud pública para caracterizar de los problemas más importantes según perfil epidemiológico
- Encuesta Nacional de salud 2014 (MICS)
- ENECA (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no transmisibles del Adulto)
- Evaluar la eficacia de las intervenciones en salud
- Vigilar que los resultados de las investigaciones sean traducidos en decisiones políticas y programas

Escuela de Gobierno

- Objetivo: Desarrollar y mantener las competencias de los cuadros de conducción medios, gerenciales y estratégica del MINSAL y de ésta forma contribuir a mejorar la eficacia y eficiencia en la aplicación de políticas públicas en Salud
- Producir y diseminar conocimiento e información para la toma de decisiones en el ámbito de gobierno y la gestión del sistema de salud

Resultados de las consultas territoriales

Avances

- Creación del INS por acuerdo ministerial No 894, como parte de la organización y fortalecimiento del Instituto se establecen 3 ejes estratégicos:
 - Escuela de Gobierno
 - Investigación en Salud
 - Redes de Laboratorio
- Se fortaleció con la contratación de recursos humanos a través de la cooperación externa reembolsable y no reembolsable, logrando la absorción de 49 profesionales, actualmente se cuenta con 132 profesionales.
- Movilización de la Cooperación internacional reembolsable y no reembolsable por un total de \$ 10 millones para el soporte técnico científico y fortalecimiento institucional. Garantizando la cooperación hasta el 2019.
- Provisión de espacio físico para la Escuela de Gobierno, investigaciones de salud y administración del INS, equipamiento del mismo para su funcionamiento
- La gerencia del INS, ha iniciado un proceso de actualización a la organización para dar respuesta a las prioridades institucionales. Se fortaleció las coordinaciones de sus ejes
- El INS asume la planificación y ejecución de Encuestas Nacionales de Salud priorizadas (Encuestas MICS).
- El INS proporciona información de la vigilancia del laboratorio a otras unidades como vigilancia de la salud ambiente, agua, alimentos cuyos resultados que son utilizados para la toma de decisiones ministeriales.
- El INS a través de la escuela de gobierno en salud fortalece la educación continua del personal de salud que ha sido identificado en la dirección de desarrollo de recursos humanos.

Desafíos

- Rectoría nacional de la investigación para la salud
- Formación de una masa crítica de profesionales de la salud que den respuesta al sistema integrado de salud y a los desafíos de la reforma.

- Posicionamiento del instituto a nivel nacional e internacional.
- Consolidar la plantilla del recurso humano (19 profesionales), necesario e idóneo para fortalecer los 3 ejes estratégicos del INS, así como la formación continua de los mismos
- Asignación de una partida presupuestaria GOES para la sostenibilidad del INS con sus ejes estratégicos y mantener activa la cooperación internacional
- Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones actualizados y aprobados
- Garantizar presupuesto para su funcionamiento y divulgación de resultados (2020)

Como responde a las necesidades de salud de las personas: formando y cultivando talento humano, que desarrollan evidencias a través de sus investigaciones para la toma de decisiones que solucionen problemas de salud de las personas.

El Instituto Nacional de Salud en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Desarrollo institucional de la Escuela de Gobierno

- La escuela funciona con un equipo directivo completo
- infraestructura adecuada
- Alianzas establecidas y con plan 2014-2019 cumplido y evaluado
- La escuela ha contribuido a formar una masa crítica de personal directivo con competencias de gobierno en el personal del nivel central y en los gerentes de la red de servicios
- La EGS cuenta con un espacio virtual que articula el trabajo de las redes y comunidades de práctica y apoya el desarrollo de los programas formativos y la gestión del conocimiento
- La EGS es reconocida como un actor institucional relevante en el apoyo al desarrollo de políticas públicas y la Reforma de Salud
- El equipo directivo habrá formulado una propuesta de plan estratégico 2014-2019
- La EGS apoya el proceso de desarrollo de un sistema nacional de especialidades médicas que responda a las necesidades de la Reforma de Salud y el fortalecimiento del sistema de salud

- Desarrolladas las capacidades de los cuadros directivos y mandos medios para la gestión de Hospitales
- Desarrolladas las capacidades para la gestión de redes de laboratorio

Propuesta de desarrollo de mandos gerenciales y medios

Maestrías/Doctorados/Diplomados en:

- Epidemiología
- Gestión de servicios de salud
- Fármaco economía
- Fármaco vigilancia
- Administración de la educación superior
- Ciencias
- Economía de la salud
- Determinación social y derecho a la salud

Resultados de las discusiones en mesa y plenaria

Avances

Anteproyecto de ley y normativa

Desafíos

- Formación de equipo integral e interdisciplinario en el INS para investigar con un enfoque integral y monitorear todos los espacios de investigación
- Crear líneas de investigación intersectorialmente
- Fortalecer el análisis de desigualdades sociales e investigación con enfoque en la determinación social de la salud
- investigación orientada a los ejes de la Reforma
- Socialización de logros del INS y resultados de investigaciones (vinculación con la RIIS y con la población), utilizando el mismo canal de retorno de la información a la población
- Proceso de selección de temas de investigación y docentes en los procesos investigativos transparentes y con criterios para la formación
- Asignación de tiempo para la investigación en la jornada laboral del personal de salud, lo que permite un abordaje superficial en los procesos de investigación
- Diagnóstico de asesores de investigación que trabajen en las unidades formadoras (para orientar las investigaciones que se realizan en el servicio social), que sean más que un requisito para alcanzar grado y elevar el carácter científico
- Acompañar y lograr reformas de leyes producto de las investigaciones (trasplante en ERC) generación de argumentos científicos para tomadores de decisiones y para la población
- Modificación del organigrama dándole un enfoque rector en materia de investigación y no por ejes temáticos
- Fortalecer las relaciones con otras instituciones que desarrollan investigaciones a nivel nacional e internacional
- Realizar de forma participativa las prioridades de investigación, brecha de conocimiento, los perfiles de investigadores y tutores

- Formalizar la acreditación de la formación con unidades formadoras para fortalecer el recurso humano en salud
- Publicaciones de las investigaciones realizadas a nivel local, que contenga los perfiles, los asesores e ir eliminando las brechas
- Creación de indicadores cualitativos
- Creación de bases de datos solidas a nivel intersectorial que faciliten las variables necesarias en investigaciones sociales
- Garantizar el carácter social en los procesos de formación de la investigación o Considerar la autonomía del INS para no darle un carácter institucional no nacional.

En 2018 las autoridades inauguraron las nuevas instalaciones del INS, como un Centro de Investigación y Formación en Salud Pública. Esta infraestructura es parte de una apuesta por la ampliación y mejoramiento de los establecimientos de salud, y de la Reforma de Salud. Las nuevas instalaciones albergan el Departamento de Investigación en Salud, la Escuela de Gobierno en Salud, Unidad de Planificación y Apoyo a la Gestión y el Departamento de Administración del INS, próximamente se trasladará el Laboratorio de Salud pública, llamado Laboratorio Nacional de Referencia.

Logros

- Política Nacional de Investigación para la Salud.
- Encuestas Nacionales e investigaciones de impacto (ENECA-ELS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014 MICS, más de 50 investigaciones en temas prioritarios de salud pública).
- Congresos Nacionales de investigación en salud (5 congresos nacionales, 8 jornadas científicas).
- 2 Maestrías: epidemiología y administración de la educación superior y cursos impartidos por la Escuela de Gobierno (personal de la salud formado: 870).
- Realización de cursos a través del Nodo El Salvador entre las temáticas: competencias en salud, tutores virtuales para el aprendizaje en Red a miembros del NODO El Salvador, Terapia Familiar, salud y seguridad ocupacional y Metodología de la investigación para el laboratorio.
- Manual de procedimientos y otros ITJ para estandarizar la investigación en salud.
- Adquisición de la infraestructura por 8.2 millones de dólares para ampliar la oferta de servicios con tecnología de avanzada, cumpliendo con estándares de bioseguridad para el manejo de enfermedades emergentes y reemergentes.

- implementación de pruebas moleculares y serológicas para Virus Zika
- Acreditación de 6 nuevas metodologías (Metales en suelo: Cadmio, Cromo, Arsénico, Plomo, Cobre, Zinc) alcanzando un total 39 metodologías analíticas acreditadas bajo la Norma ISO/IEC 17025:2005.
- Con el apoyo de FIOCRUZ, se realizó taller de Formación de formadores en bioseguridad para fortalecer la atención clínica y laboratorial de referencia para casos sospechosos de enfermedades emergentes y re emergentes en los países miembros de UNASUR.
- Taller para 10 personas en la producción de antígeno para dengue a partir de cerebro de ratón con el apoyo del Centro de Diagnóstico y Referencia de Nicaragua.
- El Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Toxicología y Laboratorio de Salud y Medio Ambiente capacitaron a 350 inspectores de saneamiento ambiental sobre la toma, manejo y envío de muestras de alimentos y aguas.
- El LNR es reconocido por la Organización Mundial de la salud (OMS) como centro de Influenza Nacional y como un miembro de la Red de Vigilancia Global de influenza.
- Acreditación y reconocimiento por OPS/OMS al Laboratorio Nacional de Tuberculosis del LNR como Centro de Excelencia Regional para el manejo de la tuberculosis.
- Fortalecimiento de los laboratorios con la compra de equipo, reactivos e insumos, así como la contratación de recursos humanos.
- Consejo Nacional de Investigación para la Salud, CONAINS (SNS y Universidades) nombrado por decreto ejecutivo con manual de organización y funciones publicado en el diario oficial de la república.
- Agenda Nacional de Investigación en salud priorizada en el CONAINS.
- LNR: 42 metodologías acreditadas. Participación en investigaciones con institutos de la región.
- Revista Científica ALERTA con tres publicaciones.

EJE 7



**INFORMACIÓN Y VIGILANCIA
ESTRATÉGICA EN SALUD**

Marco conceptual

Antes de la Reforma de Salud existía una gran dispersión y fragmentación de la información, cuyas fuentes muchas veces eran contradictorias entre sí, y la información no siempre era oportuna, correcta ni completa. Paulatinamente se han ido mejorando dichos aspectos, integrando sistemas entre sí y eliminando redundancias (flujos paralelos) de información, acortando los tiempos entre la producción y el análisis de la información, y ampliando la visión de los datos para suministrar información de mejor calidad a los tomadores de decisiones con base en evidencia y criterios técnico-científicos.

En cuanto a herramientas tecnológicas de apoyo a la atención de la salud, éstas son los instrumentos esenciales para la mejora y agilización de dicha labor de cara a la persona usuaria de los servicios, y además constituyen la base de la información más oportuna y confiable de un sistema de información en salud moderno. La situación de éstas era de inexistencia general, por lo que se priorizó su desarrollo y, en la medida en que las posibilidades económicas permitieron fortalecer las capacidades locales en equipamiento, servicios de telecomunicaciones, recurso humano de soporte y capacitación del personal, se efectuó la implementación de aplicaciones como el expediente clínico electrónico y la ficha familiar, tanto en los dos niveles hospitalarios como en el primer nivel de atención e incluyendo a los Equipos Comunitarios de Salud Familiar. Dichas herramientas están integradas con todos los demás componentes informáticos del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) desde su mismo diseño.

Del mismo modo se requirió ampliar la capacidad y competencia de los sistemas informáticos para la gestión (abastecimiento, planificación, recursos humanos, mantenimiento, etc.), lo cual fue asumido por el personal de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC), que fue fortalecida a tal efecto.

Este esfuerzo debe completarse para poder disponer de un sistema confiable, eficaz, eficiente, integrado e integral que cubra todas las necesidades de información del sector salud, implementando adecuadamente herramientas de TIC en aquellos lugares donde éstas signifiquen un salto cuantitativo y cualitativo en las labores de nuestro personal, todo ello es necesario para lograr una atención ágil y efectiva al paciente, la emisión de informes con análisis científicos de alto nivel sobre los eventos de vigilancia sanitaria y la determinación social de la salud, señalando las inequidades sociales que repercuten en el bienestar de la población y sus posibles soluciones, y en general la toma de decisiones gerenciales informadas, eficaces y oportunas.

Antecedentes

El Sistema Único de Información en Salud tiene su base en la Estrategia 6 (Sistema de Información Estratégica) de la Política Nacional de Salud 2009-2014 y tuvo continuidad en el Eje 7 (Información Estratégica en Salud) de la Política Nacional de Salud 2014-2019.

A partir de tales premisas y su respectiva inclusión en los Planes Quinquenales de Desarrollo, fueron efectuándose diferentes acuerdos relevantes, como la resolución ministerial 91 de 2010 por la cual se crea la Dirección de TIC en el MINSAL y se la adscribe jerárquicamente al Viceministerio del Políticas de Salud, así como el acuerdo 292 de 2010, por el cual se establece la responsabilidad del proceso de construcción y adopción de cualquier aplicación informática en la DTIC para garantizar la sostenibilidad y soberanía del SUIIS y corregir la heterogeneidad y dispersión del sistema de información, así como la determinación de uso, desarrollo y publicación de las tecnologías de información en base al paradigma del Software Libre.

A partir de tales elementos se crearon los Lineamientos técnicos para el mantenimiento, administración y desarrollo de tecnologías de información y comunicaciones, herramienta normativa fundamental para la coordinación del trabajo en TIC en todas las dependencias del Ministerio de Salud, así como se adaptaron los manuales de organización y funciones para tal propósito.

También es relevante mencionar las dificultades para poder asumir en el presupuesto institucional el financiamiento de este esfuerzo, las cuales fueron en parte solventadas mediante el aporte recibido por medio de fondos de inversión (PRIDES-BID y BIRF-8076) entre los años 2012 y 2017 y diferentes entidades cooperantes, entre las que se destaca Fondo Global y Medicus Mundi.

Resultados de las consultas territoriales

Avances

- Creación del Sistema Único de Información en Salud (SUIIS)
- integración modular (SIAP-SINAB) haciendo más compatibles los software.
- integración del Sistema Único de Información en Salud como país (ISSS + MINSAL)
- Implementación de algunas fuentes de información como: VIGEPES, Ficha Familiar, SIMMOW, vacunas, etc.
- Acceso a la información inter-institucional del usuario (A nivel hospitalario).

- Control integral del paciente a través de la prescripción y distribución de los medicamentos, acceso y registro de enfermedades crónicas, citas subsecuentes en línea, seguimiento en línea de pacientes por morbilidad y estadísticas vitales
- En cuanto a la notificación se ha mejorado la frecuencia por parte de los privados, así como por el ISSS. Por medio de las reuniones en RIIS se han hecho coordinaciones con el ISSS para evitar que dupliquen casos (por ejemplo, una persona doble atención)
- El resguardo digital de la información la cual es almacenada en una “nube” (servidor) a diferencia de los documentos en papel que una vez se destruyen se pierde la información.

Desafíos

- Existen restricciones en el uso del sistema lo que conlleva a no contar con cobertura en todos los establecimientos, falta de equipos, no expedientes en línea, control en el despacho de medicamentos por usuario.
- Presupuesto adecuado para la implementación en el 100%, de las UCSF y hospitales de todo el país en el sistema en línea, y su sostenibilidad en el tiempo.
- No todos los recursos tienen conocimientos de sistemas informáticos, lo que abona a la resistencia al cambio por parte del personal de salud
- Falta de apoyo de Asamblea Legislativa para aprobación de préstamos.
- implementación limitada en el Primer Nivel de Atención.
- Lograr el registro de toda la información pertinente en el Sistema Único de Información en Salud en todas las Instituciones prestadores de servicios de salud públicos, privados y semi autónomas
- No se tiene la posibilidad de cambiar los equipos en los cuales se les ha finalizado su vida útil.
- Resistencia por parte del sector privado para notificar los casos de interés epidemiológico.
- El riesgo social para el uso de las tablet para actualizar las Fichas Familiares.
- No hay infraestructura adecuada, acceso a internet para la instalación del Sistema Único de Información en Salud.

Acciones de profundización

- Adquisición de Computadoras, intranet, internet para la adecuada implementación del SUIIS nivel nacional.
- Contratación de más personal en DTIC, que permita la socialización de sistemas informáticos y contar con informativos en el primer nivel de atención.
- implementación de expediente en línea y ficha familiar digitalizada.
- Capacitación continua y permanente al personal fortalecimiento de sistemas e involucrada en alimentar la información en el sistema.
- implementación de un Manual de Usuario del SIAP.
- Continuar con el cabildeo intersectorial.
- Realizar gestiones locales para adquirir equipo e insumos para su funcionamiento.
- Mayor involucramiento de la organización civil en la toma de decisiones sobre su salud, socialización de los resultados a través de asambleas comunitarias.
- Mayor divulgación hacia la población e instituciones sobre las estadísticas de la comunidad.
- Fortalecer la intersectorialidad en pro de los derechos de la salud de todas y todos.
- Mayor trabajo territorial por parte del personal de salud comprometido con la Reforma para desvirtuar los avances en este eje.
- Diseñar sistemas de información que profundicen en la determinación de la salud y que no se limiten únicamente a las condiciones de vida.

Recomendaciones

- Fortalecer el empoderamiento de la sociedad civil y organizaciones comunitarias para la promoción de la salud y prevención de enfermedades y toma consientes de decisiones.
- Debe tener una mayor relación con los otros ejes, ya que este eje, por la información que se maneja es importante en la toma de decisiones.
- En el caso de la información ya existente, que se unifique en un solo formato, para que no se pida la misma información.

- Compra equipo informático adaptación de los sistemas informáticos al nuevo software libre.
- Aumento de presupuesto para la sostenibilidad para el sistema de Salud.
- Buscar base legal que permita la continuidad de la Reforma de Salud.
- Lograr el registro de toda la información pertinente en el SUIS en todas las Instituciones prestadores del Servicio de Salud, Público, privado y semi autónomas.
- Exigir a la Asamblea Legislativa un mayor presupuesto para salud.
- Capacitar y equipar al personal de salud y organizaciones sociales.
- Fortalecer la preparación efectiva con las instituciones formadoras de recursos humanos con énfasis en la prevención de las enfermedades.

La Información Estratégica en Salud en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Caracterización y avances del Sistema Único de Información en Salud

El desarrollo e implementación de tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), es necesario para la modernización, innovación y actualización permanente de la administración pública, protección e inclusión social, con lo cual se impulse la aplicación de políticas sectoriales relacionadas a la salud pública; y facilite la toma oportuna, eficaz y eficiente de decisiones en todo nivel, al posibilitar la captación, procesamiento, análisis, presentación y divulgación de la información.²³

La experiencia exitosa sobre la captura de información de contexto comunitario y familiar y despliegue del expediente clínico electrónico. El SUIS es un elemento catalizador, es una herramienta que ha ayudado a la vinculación de otros ejes de la reforma de Salud y el sistema nacional de salud.

Dentro de la Reforma de Salud, el SUIS es como el sistema nervioso por el cual fluye toda la información del sistema de salud.

Ejes de la Reforma de Salud

- Redes integradas e integrales de servicios de salud
- Trabajo intersectorial
- Foro nacional de salud
- Desarrollo de recursos humanos
- Medicamentos y vacunas
- Sistema único de información en salud
- Investigación en salud
- Sistema de emergencias médicas
- Salud ambiental
- Violencia y salud



23 Política Nacional de Salud 2015 - 2019

Los objetivos han cambiado un poco en su esquema.

Objetivos del SUIS

Antes del inicio de la reforma en el 2009 los logros de desarrollo tecnológico eran enfocados a las herramientas informáticas que permitieran captar la información, usado para tomar algunas decisiones, pero nunca para mejorar la atención al usuario de servicios, este fue un cambio radical, porque, implica no solo cambiar el enfoque y desarrollar nuevas herramientas, si no también, el fortalecimiento importante de los servicios sanitarios en temas tecnológicos.

Objetivos del SUIS

- Ofrecer una atención al paciente más cálida, eficaz y eficiente, iniciando desde la Determinación Social de la Salud.
- Agilizar la gestión, reduciendo tiempos y costos.
- Mejorar la toma de decisiones, haciéndola más informada y oportuna.

Se priorizado la atención al usuario, pero no hemos olvidando que la atención sanitaria no es solamente cuando llega el usuario, si no que comienza mucho antes, se ha hecho un esfuerzo por construir herramientas informáticas que puedan caracterizar, la ficha familiar es uno de los elementos más importantes en ese sentido. Toda informatización tiene como ventaja adicional que se agiliza muchísimo la administración. Se agiliza todo el proceso administrativo que implica atender una persona, cada vez que llega un usuario del sistema de salud se agiliza el tiempo de atención en todas las áreas, archivo, farmacia etc., antes era consultado en libros, y tomaba muchísimo tiempo, ahora esto puede llegar a tomar un máximo de 5 minutos. La información fluye para poder tomar decisiones rápidamente.

Insumos y equipamiento

Los recursos eran muy limitados, cuando se tiene pocos recursos es tan fácil gastar el dinero que no es propio, sobre todo en temas de tecnología, por eso es necesario tener claro en que invertirlo, para no repetir los errores del pasado, además de implementar el software libre, es necesario el uso de recursos propios, desarrollando las herramientas y ayudando al usuario, antes que iniciara la reforma el personal informático existente, era el suficiente para asumir esa responsabilidad, actualmente es insuficiente . Otro punto importante es la soberanía, las herramientas que se utilizan en el sistema de salud son salvadoreñas, hecha de acuerdo a las necesidades de la Reforma de Salud.



Sería inviable tener un sistema que no pudiera ser modificable cuando se necesite, teniendo que depender de terceros, la soberanía es una gran ventaja en esto. Acostumbrarse a software libre ha sido un esfuerzo para el personal, ya que no es tan común el uso de estos en comparación con el software comercial existente fuera del ámbito laboral. Todo esto depende de una serie de insumos, es necesario desarrollar tecnologías, aplicaciones informáticas, siendo la solución más económica y efectiva, para una mejor asignación de los recursos.

Contratación de personal joven, recién graduados de las universidades, con salarios dignos, es necesaria siempre la adquisición de equipo para trabajar con las aplicaciones creadas.

Financiamiento

La base es el software libre, si no tendría que invertirse en propiedad intelectual, por ejemplo, el servidor que aloja la base de datos de un sistema podría costar unos \$100,000 dólares la licencia de la base de datos, si no se trabajara con software libre, sería un gasto cada 4-5 años de ese sistema para esa base de datos.

Presupuesto anual 2010: Solo fondo general \$ 850,000 (18 personas)

Totalmente insuficiente, pero se tuvo la oportunidad de invertir parte de los fondos de dos préstamos internacionales:

- BID: \$ 3.4 Mill (de un préstamo de \$ 60 millones)
- BID: \$ 3.3 Mill (de un préstamo de \$ 80 millones)

Como no era suficiente para la mejora del sistema informático, se reestructuro de préstamos para la mejora e implementación del sistema.

Pues se necesitan 12500 computadoras, servidores, aumentar los recursos humanos, pagar facturas de conexión de red.

Actualmente

Presupuesto anual 2017: Fondo General para funcionamiento ha disminuido a \$ 68,000, pero considerando la absorción de RRHH que se dio en 2015 es aproximadamente \$ 1 mill Se tomaron \$ 250 mil de FAE para intranet, en comparación con el ISSS que cuenta con \$ 7 millones.

Financiamiento con préstamos internacionales:

- BID: 42 RRHH (actualmente 65), 1500 PC's, infraestructura de salas de servidores principal/ alterna y aula de capacitaciones.

- BM: Equipamiento de infraestructura en TIC como servidores, switches, Equipo VoIP y tablets, así como primera fase de intranet por radiofrecuencia en propiedades del MINSAL (área metropolitana).
- Donación: \$ 0.5 Millones ya invertidos (Fondo global/PNVIH, Unicef), en proceso \$167 mil Medicus Mundi, \$ 1 mill Fondo Global/PNTB (de 2016 a 2018).

La primera fase de la red se ha logrado gracias al préstamo del BM, antes la interconexión está amarrada a un arrendamiento de espacio por una empresa, no se puede aún conectar el 100% de establecimientos, pero se ha comenzado con la primera red de radio frecuencia propia del MINSAL, comenzando a funcionar en Enero 2018, con alrededor de 200 establecimientos de primer nivel de atención. Con un ancho de banda muy superior al que actualmente se arrenda.

En términos tecnológicos, aún no está terminado, se ha optado por desarrollar herramientas importantes, como el expediente clínico electrónico, es una herramienta que funciona en cada establecimiento, cada establecimiento tiene su propio servidor, para no depender de la red.

Características funcionales

- Expediente clínico electrónico único por persona informatizado de forma distribuida (más compleja tecnológicamente, pero menos vulnerable ante catástrofe).
- Los datos fluirán desde su origen de forma digital, sin necesidad de escribir formulación manualmente y realizar una posterior digitación para darle validez electrónica.
- Priorización de los sistemas de cara al usuario de los servicios como base de toda la plataforma información: se reducen las filas y los tiempos de espera al máximo posible.
- El plan es informatizar la consulta, donde se conjunte toda la información de los servicios.

Las herramientas que se deben hacer para el desarrollo del recurso humano.





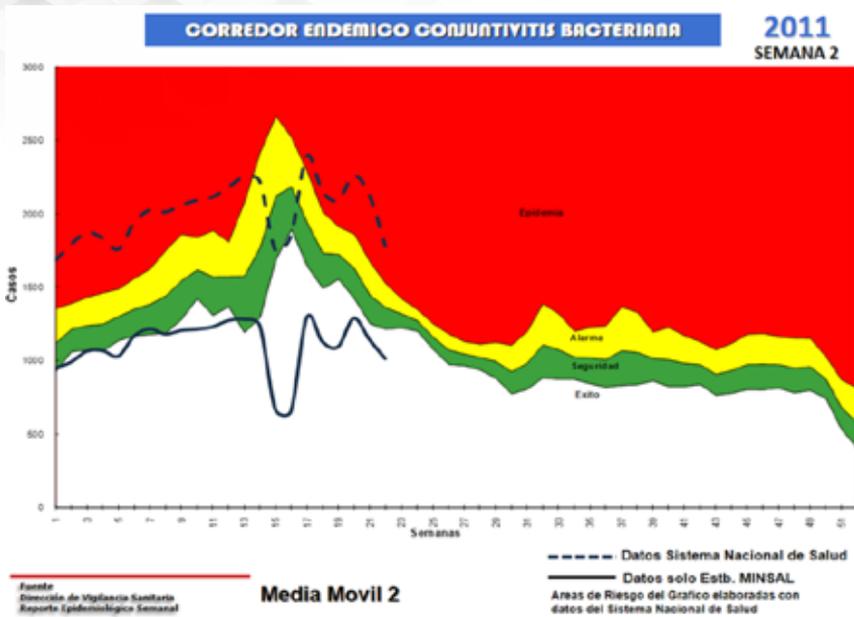
Epidemiología crítica en el marco de la Reforma de Salud en El Salvador, la otra mitad del SUI

Antecedentes

La DTIC'S, tuvo la misión de integrar toda la información de alrededor de 30 sistemas de información, gracias al esfuerzo que se hizo, logramos pasar de 311 unidades que brindaron información a tener 1,234 unidades, se integró toda esa información, las herramientas se vuelven obsoletas, por ejemplo, el corredor epidemiológico, se construye con 5 años de datos y encima se le coloca una línea para el año que está en vigencia, se obtiene a través de este sistema de semaforización, si está en éxito, zona de seguridad, si se está en alarma o epidemia.



Se hicieron dos líneas, una con las anteriores líneas notificadoras (311 unidades) y otra con las nuevas, dado que al incorporar las nuevas en una sola línea, todos los indicadores se dispararon, tuvimos que desarrollar nuevas herramientas.



En el caso dengue. Con 1,234 unidades notificadoras, por primera vez se conoció lo que estaba pasando en el país, antes no se sabía, es posible que en el pasado fueran más de 3,000 casos, para registro histórico el año 2012 ha sido el año en que hemos tenido más casos, curiosamente, no fue el de más muertes, cómo habrá sido la epidemia del año 2000 que moría un niño diario no sobrepasaron los 15,000 casos, en el 2002 no pasaron de 20,000 casos, en el 2006 llegaron a tener 25,000 casos. Hay que aclarar que sucedió en el 2008 no hubo epidemia por el periodo electoral pero debe incluirse los datos en la tendencia.

Con el incremento de unidades, subió a 43,000 casos, ahora el ISSS, Comandos de Sanidad, Bienestar Magisterial, las Alcaldías daban información, por lo que permitió desarrollar un mapeo sobre los casos al incrementar el número de unidad notificadoras.

Ordenar las enfermedades sujetas a vigilancia

Ordenar las enfermedades que se van a vigilar, la información siempre ha sido oscilante, en un año se vigilaron 54 enfermedades, el siguiente, 124 enfermedades, entonces se hizo un estudio de enfermedades, clasificándolas en enfermedades agudas, crónicas y lesiones de causa externa.

Para cada uno de estos grupos de enfermedades, debemos vigilar los que se enferman, los que mueren, los que se pueden prevenir por vacunas, también, aquellos que en un momento de desastres pueden enfermar, y algunas específicas que van de acuerdo al periodo como vacaciones, los quemados por pólvora, los ahogados en Semana Santa y vacaciones de Agosto, entonces, había que hacer una lista dinámica y luego los hechos vitales.

Qué son los hechos vitales?, aquellas cosas trascendentales en la vidas(nacer, crecer, morir), en el marco del reglamento sanitario internacional teníamos que vigilar inequidades y desigualdades sociales , porque esa es la causa de las enfermedades, no en la pobreza, si no , la mala distribución de los bienes que hay dentro de un país, había que evidenciarlo, ese era un gran problema, porque en el camino tuvimos que discriminar lo que no era vigilancia, por ejemplo, el expediente clínico electrónico, los recursos humanos, tampoco, el monitoreo y evaluación.

Establecer los tipos de vigilancia que deseamos hacer

Seleccionamos cuatro tipos de Vigilancia.

La vigilancia pasiva: es la información que se obtiene cuando las personas se enferman, y ellas mismas llegan a buscar atención, es el mayor valor de nuestras estadísticas, es útil en alguna medida este dato, pero no está completa, hay muchas enfermedades que no dan síntomas.

Un sistema de vigilancia no pretende saber cuántas personas hay enfermas en el país, internacionalmente se dice que, si se capta 1 de cada 4 que verdaderamente están enfermos, el sistema de vigilancia es bueno, a eso le apostamos, a tratar de tener lo más cercano posible, ningún país puede captar el 100%, ni teniendo recurso ilimitados.



La Vigilancia Activa: búsqueda intencionada, toca salir a las calles, a buscar a la gente, eso lo estamos haciendo con las clínicas VICITS/ TAR, para incentivar a las personas que lleguen a los establecimientos de salud, así se mejoraría mucho el sistema de vigilancia, pero es muy costosa, no todo el personal de salud desea ir, aun con esas dificultades hemos montado nuestras clínicas de segunda generación de VIH y ese tipo de vigilancia actualmente se hace, no para todo tipo de enfermedades.

La Vigilancia Centinela: sumamente especializada, se realiza en diez establecimientos de primer nivel de atención, en los treinta hospitales. Aportan información de altísima calidad, de suma precisión, pero no puede ser extrapolable.

Las vigilancias Especiales: que se montan en periodos de desastres, vacaciones, cuando tenemos una nueva epidemia. Cuando se tienen epidemias, a veces no se tienen ni definiciones de paso por el mundo, toca crearlas, tenemos que medir inequidades y desigualdades de la salud. Ya que no se tenían herramientas que pudieran solucionar el problema volumen de la información y la calidad de la misma, ni del tipo de análisis que teníamos que hacer hubo que crearlas y hemos tenido un buen impacto de ellas

Desarrollo de herramientas innovadoras de análisis e inteligencia sanitaria

No podemos construir hospitales más grandes para poblaciones más enfermas, no hay ningún sistema de salud en el mundo que soporte eso, ese no es el camino, es necesario trabajar en la prevención.

Acciones realizadas en el marco de la sectorialidad

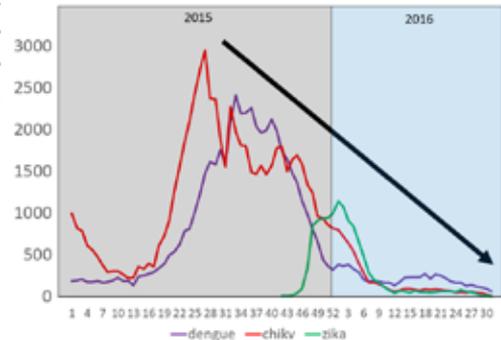
Activación de las fuerzas vivas de la Sociedad:

- 262 alcaldías activadas (100%).
- 146,136 recursos humanos participantes.
- 3,671,727 criaderos destruidos.
- 1,004,404 visitas en viviendas (993,062 inspeccionadas, 640,568 fumigadas, 363,836 abatizadas).
- Trabajo intersectorial (CISALUD-SNPC)
- Redes integrales e integradas dentro del Ministerio de Salud
- Alineamiento estratégico intrasectorial (Sistema Nacional de Salud)

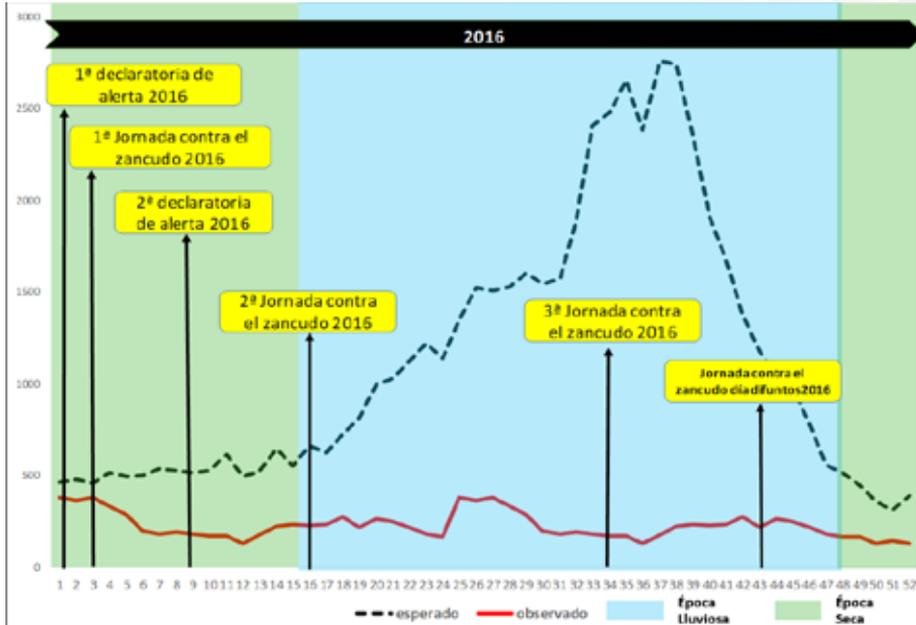
Se desarrolla una nueva estrategia

Estratificación por áreas pequeñas. En el pasado se declaraba todo el país en alerta, había lugares con la alerta que trabajaban sábados y domingos y no tenían ningún caso, por lo que otros estaban saturados y no recibían ningún tipo de apoyo. Hicimos un modelo matemático, para poder determinar con mucha precisión estadística, cuáles eran los lugares más afectados y cuáles no, y los que necesitaban ponerse en alerta,

Tendencia de casos de Arbovirosis por FIS, El Salvador SE 1-52 2015 y SE 1-32 2016.



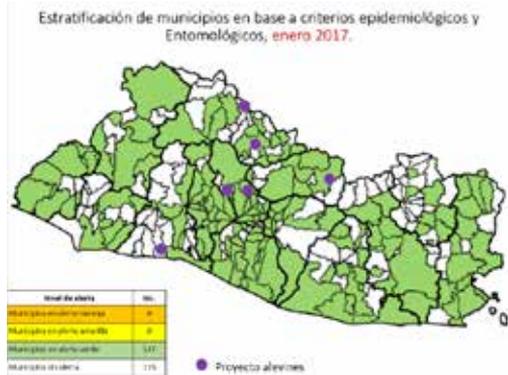
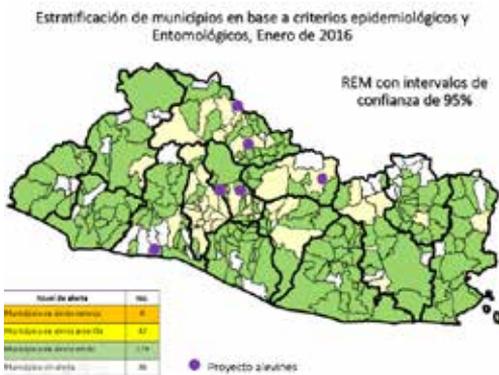
en el 2015 se dio el primer hito, declarar alertas nacionales por epidemias, antes solo se declaraban por catástrofes naturales. Por primera vez fuimos capaces de convencer a Protección Civil que si invertía sus recursos que eran limitados, en lugares precisos, donde se tuvo un alto impacto.



Declaratoria de Epidemia de Zika en 2016.

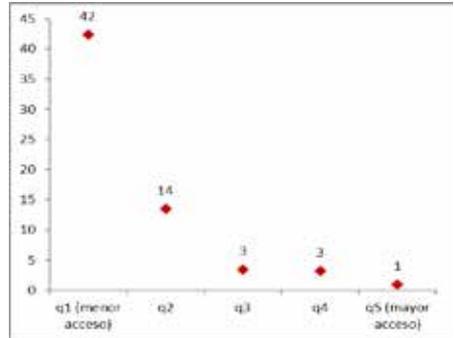
Declaración de Alertas Nacionales por Epidemia

Se logró trabajar con el Sistema de Protección Civil para determinar que se declaró estratificación de alertas en todo el país, establecido con un modelo matemático que permitió establecer las alertas focalizadas en el país, contando con disminuciones de los casos en poblaciones con alertas estratificadas



Medición estadística de inequidades en el país

La pobreza afecta, pero la inequidad es peor, por ejemplo, si se toma el acceso al agua potable y se divide la población en cinco partes, identificando cual es el que tiene menor acceso al agua en comparación al que tiene más acceso, el de menor tiene un riesgo 42% más de padecer dengue, chicunkunya o zica.



Para cumplir moderadamente los Objetivos de Desarrollo Sostenible como nación, es necesario, saber quiénes son los que se quedan atrás para darles más a los que más necesitan, todo esto se puede lograr con un sistema de vigilancia que haga epidemiología crítica para una reforma de salud nueva, no para un sistema como el que se tenía anteriormente en el país.

Difusión de la vigilancia sanitaria

Primero consiste en un envío directo de información de nuestro boletín que se hace cada semana, enviándose a 800 personas, se tienen diferentes núcleos de envíos:

- La unidad de vigilancia de la Salud: Distribuye a 500 personas.
- La unidad de promoción de la Salud: Envía a casi 300 personas más.
- La UES es otro núcleo de distribución: Escuela de Educación para la salud /La facultad de medicina.

En nuestro sitio web puede ser encontrado también.



Reconocimiento internacional de diferentes actores



«El Salvador, Brasil y México cuentan con los mejores sistemas de vigilancia sanitaria de la región».

Dra. Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud. Visita de preparación y respuesta ante el virus del Ébola, El Salvador, 17-10-2014.

«Vamos a aprender de la experiencia de El Salvador para utilizarlo como ejemplo para otros países frente al zika, un virus nuevo que presenta desafíos para todos».

Dr. Carlos Roberto Garzón, representante de OPS/DMS en El Salvador.



«Queremos destacar que se cuenta con un sistema de información unificado basado en software libre que integra varios subsistemas y es accesible a diferentes niveles. Asimismo, la presencia de un buen sistema de vigilancia, integrado, de cobertura universal, que ha permitido detectar oportunamente la ocurrencia de casos. Gracias a ello la información se comparte de manera transparente y se utiliza en la toma de decisiones; por ejemplo, en la definición de alertas estratificadas para los 262 municipios que se articulan con el Sistema Nacional de Protección Civil».

Dra. Ximena Aguilera, Jefa de Misión Internacional de OPS/DMS a las Américas, preparación y respuesta nacional ante las complicaciones del zika. 10-03-2016.

«Nos encontramos impresionados por el nivel tan sofisticado de análisis estadístico y epidemiológico que han desarrollado para estratificar y posicionar geográficamente sus áreas de intervención para las arbovirosis».

Alice Payne Herriot MPH, directora de Programas, Universidad John Hopkins, EE. UU., misión de expertos sobre virus zika en El Salvador. 18-03-2016.



«Quiero hacer un reconocimiento especial al MINSAL y su equipo técnico, primero por mantenernos informados cada semana con el Boletín Epidemiológico que nos envían, al igual que a otras muchas instituciones; luego quiero agradecer por tener plenamente identificado el problema (sobre dengue y chikunguña), por el nivel tan depurado de análisis, que integra fenómenos que parecen no estar relacionados, como las sequías —aunque ustedes han demostrado que sí lo están, con evidencia clara— y por traernos propuestas concretas para solucionarlos (alerta nacional estratificada y una segunda Jornada nacional contra el dengue. No creo que otras carteras de Estado cuenten con este nivel de análisis ni de información). Nuevamente muchas gracias y felicidades».

Dra. Francia Brevé, representante propietaria de la Asociación Nacional de la Empresa Privada, Comisión Intersectorial de Salud Ejecutiva, 29-07-2015.

«Es impresionante el nivel de análisis que transmiten en su Boletín Semanal, definitivamente será una herramienta valiosa para el Pacific Disaster Center en la construcción de modelos matemáticos predictivos como los que ya realizan ustedes, que nos permitan tener una mejor comprensión de las epidemias y desastres naturales».

Todd Bosse, PhD, especialista en manejo de desastres, Pacific Disaster Center, Comando Sur de Estados Unidos, 05-10-2015.



Desafíos

- Sistema de monitoreo de rumores comunitarios/cibernéticos
- Desarrollo de índices sanitarios complejos (embarazo en adolescentes, enfermedades arbovirales, perfiles epidémicos)
- Desarrollo de un modelo bioclimático predictivo sanitario.
- Vigilancia de la Mortalidad en enfermedades con potencial epidémico.
- Replicación de la vigilancia por series temporales, posicionamiento geográfico por áreas pequeñas, medición de desigualdades e inequidades sanitarias para la región (COMISCA-COTEVISI).
- Vigilancia de Enfermedades Crónicas.

Resultados de las discusiones en mesas y plenaria

Avances

- Colocarlo como eje de la Reforma de Salud, situarlo como columna vertebral transversal a los ejes que permite el funcionamiento y el accionar de todo el Ministerio de Salud a través de las tecnologías de salud.
- Unificar los 40 Sistemas de Información que existían prereformas a un sistema único de salud.
- Aumentar la vigilancia sanitaria de casi el doble de unidades que reportaban.
- Mejoras en el registro de la información.
- Registro de información que permite el control de recursos y contraloría como por ejemplo medicamentos, control de horas laborales del personal.
- Información confiable que permite la toma de decisiones y utilización de recursos, además es pública.
- Autonomía y soberanía por la utilización de software libre, uso de intranet y el desarrollo programático.
- Ficha Familiar electrónica.
- El acceso a la información como catalizador en la intersectorialidad, permite que la población se apodere de la información y pueda tomar acción sobre ellas.

- Se incrementaron unidades notificadores dando una imagen real de la situación de salud.
- Expediente clínico electrónico.
- Desarrollo de modelos predictivos para alertas y emergencias, lo que permite tener un abordaje apropiado de enfermedades como el Zika, Dengue y Chikungunya.
- Disponer de información oportuna para la toma de decisiones.
- Unificar información de instituciones del sistema de salud (ISSS, ISBM, Privados, etc.).
- Información disponible en línea en la web o a una red que se distribuye el boletín epidemiológico semanal.

Actores que han facilitado

- Personal de DTIC y DVS que aportan conocimientos, trabajo y experiencias, comprometidos con la Reforma y en constante innovación.
- Cooperación internacional para financiamiento de formación de capacidades técnicas, intercambio profesional y equipos informáticos.
- Decisión política de la Presidencia y Ministras.
- OPS/OMS.
- Apoyo para unificar la notificación de los miembros del sistema de salud (ISSS, BM, FOSALUD, etc.).
- Uso de software libre.

Desafíos y recomendaciones

- Sostenibilidad jurídica de las TICS
- Crear evidencia científica del impacto de las TICS y en la Reforma de Salud y el reconocimiento internacional del SUIIS con su aporte en salud pública.
- Posicionar los avances de la Reforma de Salud, del Sistema Único a nivel regional.
- Vigilancia de inequidades de género e interculturalidad
- Visibilizar la estructura organizacional y presupuestaria necesaria para el funcionamiento del SUIIS.

- Integración de la información intersectorial.
- Presupuesto suficiente, la asignación presupuestaria real.
- Estrategia comunicacional para contrarrestar la desinformación de los medios masivos.
- Estandarizar y sistematizar la entrega de información para la comunidad (Sala situacional)
- Digitalizar los formularios de registro de información de paciente (Ejemplo CLAP)
- Generación del identificador único que permita crear un sistema nominal de seguimiento a la persona.
- Sostenibilidad jurídica y financiera para este y todos los ejes de la Reforma.
- Vincular el tema de financiamiento con los programas presupuestarios con enfoque de resultados dando la calidad de información que ha logrado alcanzar.
- Incorporar enfoque de interculturalidad y de género para registro de la información
- Incorporar discapacidad y registro de variables de determinación social en salud.
- Adaptación en el tiempo de equipos informáticos y recursos humanos, las necesidades incrementan al incrementar la población y la cobertura que se brinda.
- Soporte técnico necesario territorializado para que las regiones puedan dar atención a todos los lugares.
- Vincular los sistemas de información a la toma de decisiones para elaboración del Plan Operativo Anual y Plan Operativo Institucional.
- Vincular el sistema de información a la toma de decisiones de compra de medicamentos e insumos.
- Integración del expediente único en línea y el número de identificación. Numero de Ficha Familiar y numero correlativo de expediente.
- Apoyo del FNS y Sociedad Civil Organizada
- Crear una política de estado para sostenibilidad de la Reforma de Salud.

Actores y factores que han obstruido

- Asamblea Legislativa
- CSJ
- ANEP
- Partidos Políticos con ideología mercantilista
- Medios de Comunicación
- Asignación presupuestaria dentro del MINSAL designada al eje
- Algunos profesionales técnicos y/o administrativos que rechazan al SUIS.
- Marco Legal, firma electrónica
- Acceso a Internet en áreas geográficas
- Limitaciones en recursos humanos y tecnológicos.

EJE 8



**DESARROLLO DEL TALENTO
HUMANO EN SALUD**

Marco conceptual

El talento humano se debe comprender en el complejo campo de los recursos humanos, el cual está conformado por el sector educación, al que corresponden las instituciones que forman talento humano en las diversas carreras de ciencias de la salud; el sector empleador, integrado por las instituciones del sector salud, al que se vinculan laboralmente la gama de técnicos y profesionales de la salud, que deberán tener las competencias genéricas y especializadas necesarias de cada disciplina, para lograr los objetivos y resultados del Sistema de Salud. Por otra parte está el sector regulador del ejercicio profesional, conformado por los colegios de profesionales, en el caso de El Salvador por el Consejo Superior de Salud Pública; de igual manera en esa complejidad de las relaciones de este campo, se consideran las asociaciones profesionales y sindicatos que protegen los derechos del personal trabajador. Este complejo campo, fue abordado por OPS/OMS y los países de América Latina, durante la denominada década de los recursos humanos 2006-2015, con sus cinco desafíos y plan de implementación. Como herramienta de monitoreo, se construyó y aplicó la metodología para la medición de las 20 metas de recursos humanos, para el caso de El Salvador, su medición se realizó a partir del 2010, a partir de sus resultados se definieron las prioridades para el diseño de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, aprobada en 2014.

En El Salvador, desde el primer Gobierno del FMLN y en el contexto del proceso de Reforma de Salud, el talento humano se definió en la Política Nacional de Salud, como la piedra angular del Sistema Nacional de Salud, por tanto se requirió desde sus inicios de personal calificado, comprometido con una adecuada dotación y distribución, para cumplir con el derecho humano a la salud y avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Para lograrlo se ha requerido la implementación de estrategias transversales en los diferentes ejes estratégicos de la Reforma de Salud, que incluye el fortalecimiento de la calidad de la formación técnica – profesional y humanista, a través de la reorientación curricular por parte de las instituciones formadoras de educación superior, el perfeccionamiento de sus competencias en el trabajo; el fortalecimiento y unificación del marco legal, que incluye la carrera sanitaria; la gestión del desempeño, la evaluación de los resultados y el trato humanizado; el desarrollo de liderazgo del personal; las relaciones laborales armoniosas y prevención del conflicto; la salud de los trabajadores y trabajadoras; una adecuada planificación estratégica de las diversas especialidades de la salud y el continuar con el mejoramiento de la dotación y la distribución de personal, que permita disminuir las inequidades en la distribución de los mismos.²⁴

24 Ministerio de Salud de El Salvador. Política Nacional de Salud 2015 – 2019.

Antecedentes

La primera acción realizada en la gestión 2009/2014, relaciona a este tema fue la conformación de un equipo de expertos en recursos humanos de la OPS/OMS, que elaboró como primer producto la propuesta de desarrollo de recursos humanos en salud para el país; definiendo estrategias a mediano y largo plazo. Colocándolo como primer reto de la gestión y lograr las transformaciones propuestas en la política nacional de salud, el desarrollo integral del talento humano. Recomendando constituir en el nivel central la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, la formulación de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, la creación de mecanismos y condiciones necesarias para dar respuesta a los desafíos en recursos humanos en salud, para alcanzar los ODM y el plan para una década de recursos humanos en salud.

Para el año 2009, en el Ministerio de Salud, el talento humano, se abordaba únicamente desde el enfoque eminentemente administrativo, con mayor énfasis en los procesos de selección y contratación de personal, con algunos indicios de capacitación, con 36 unidades/departamentos de recursos humanos, uno por cada Hospital y cinco regiones de salud, con una Unidad de Administración y Desarrollo de Recursos Humanos, a nivel de la Secretaría de Estado.

Al inicio de la gestión, se encontraron entre los principales problemas los siguientes:

- Ausencia de coordinación entre las diversas instituciones del campo de los Recursos Humanos.
- Limitadas competencias de los Recursos Humanos, para implementar el modelo de atención en salud familiar y comunitaria así como las prioridades del proceso de reforma de salud.
- Ausencia de política de desarrollo de los Recursos Humanos, encontrando un borrador de documento de la misma, elaborada por una persona consultora, en el año 2006.
- Ausencia de Planificación estratégica y operativa de recursos humanos
- No cumplimiento de los compromisos internacionales, por ejemplo la ausencia de línea base de la meta de recursos humanos.
- Ausencia de información integral del talento humano, únicamente se contaba con el sistema de recursos humano del Ministerio de Hacienda (SIRH), cuya información no era suficiente para la toma de decisiones en política pública, de igual manera no era procesada ni utilizada.
- Procesos de formación de residentes desarticulados, entre hospitales escuela y universidades, a pesar de la que la Ley de Educación Superior contempla desde el 2004 las especialidades médicas y odontológicas. Con asignación de plazas remuneradas de forma discrecional, en igual condición se asignaban las de servicio social e internado rotatorio del doctorado en medicina.

- Personal de salud insuficiente, por debajo de los mínimos recomendados, contratación de especialistas, con modalidades de dos horas diarias, que perjudican la atención al público, la gestión del hospital y la calidad del trabajo. Únicamente el 18%, de personal médico labora a tiempo completo. El déficit de talento humano estaba en todos los niveles, considerando el modelo de atención definido en el marco del proceso de reforma de salud, se calculó una brecha de catorce mil recursos multidisciplinarios a nivel nacional (14 mil Recursos Humanos) con una inadecuada distribución.
- Abordaje centrado en la administración de personal, identificando desorden en la clasificación de las plazas y los respectivos salarios.²⁵



Recursos Humanos de Salud: piedra angular del Sistema Nacional de Salud

Los Recursos humanos de salud de acuerdo a la concepción de salud definida en junio 2009, en la plataforma de salud “Construyendo la Esperanza”, requiere un involucramiento de la población y talento humano, para hacer una cultura de la Reforma de Salud; en ese sentido el talento humano tiene que ir de la mano con las instituciones formadoras, Juntas Vigilancia de las profesiones, instituciones de salud, todos los integrantes del sistema de salud, articulados para lograr los objetivos del sistema de salud reformado. Se requieren contar con una adecuada dotación, recursos calificados, motivados, comprometidos y con una distribución equitativa, en el territorio nacional, que permita cubrir las zonas urbanas y rurales de El Salvador.

Problemas priorizados en 2010

A partir del diagnóstico de talento humano, resultado de una amplia consulta, con los actores del campo de los recursos humanos, realizado con el apoyo de OPS, se determinó la siguiente priorización de problemas, insumo para la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos:

- Recursos humanos necesarios para implementar el modelo de gestión en las redes integrales e integradas de salud.
- Problemas de déficit en algunas especialidades, categorizadas como críticas, entre ellas oftalmología, cirugía pediátrica, neurocirugía, anestesia, radiología, entre otras²⁶.

25 MINSAL, Informe de Labores 2009-2010. El Salvador, 2010. <http://w2.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Memorias-de-Labores/Memoria-de-Labores-2009-2010/>

26 MINSAL, Análisis de los recursos humanos, estudio de caso. El Salvador, mayo 2010. http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/publicaciones/situacion_de_los_rrhh_en_el_salvador_mayo_2010.pdf

- Elevada brecha entre oferta y demanda de los recursos humanos. Existe una gran brecha entre los que se forman y los que se logran contratar en el MINSAL.
- Información de recursos humanos fragmentada e incompleta.
- Carencia de regulación de los procesos de formación, acreditación, certificación.
- Gestión de la educación continua en el SNS, que no considera la integralidad e integración en el abordaje educativo y de salud, que fragmenta los servicios y duplica los costos y aumenta las salidas del personal, dejando descubiertos los servicios de salud.
- La formación profesional y técnica del pregrado y postgrado no responde a las necesidades y requerimientos del SNS.
- Limitaciones en las competencias requeridas en el personal de salud, para implementar el modelo de atención integral en salud, con enfoque familiar y comunitario.
- Inequidades en la asignación de salarios, funciones y puestos, que ya no son congruentes con la dinámica y requerimiento del SNS.
- Déficit en cantidad y calificación de los agentes comunitarios de la salud: promotores de salud.²⁷

Resultados de las consultas territoriales

Durante los nueve talleres realizados en las regiones de salud y con la participación de los 14 departamentos sobre el análisis del proceso de reforma de salud, los actores identificaron lo siguiente:

Avances en el desarrollo del talento humano y la salud

- Cambio de enfoque en la atención en salud:
 - De lo curación a la prevención, para abordar la salud.
 - Desarrollo gradual de actitud positiva del personal hacia la reforma.
- Aumento de la cobertura:
 - Incremento del personal de salud en ECOS, Hospitales y UCSF (7,158 nuevas contrataciones).
 - Redistribución de los recursos humanos según necesidades identificadas.

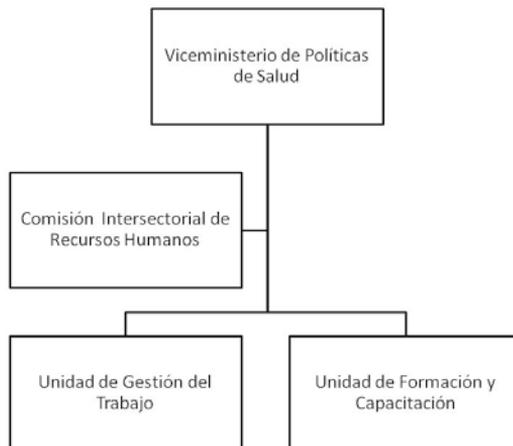
²⁷ Situación de los RH en El Salvador, Ministerio de Salud de El Salvador, 2013. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/analisis_bases_politica_rrhh.pdf

- Mejora en las condiciones laborales del personal, implementando acciones de des precarización del trabajo (4,500 hasta diciembre 2012), así como reclasificación de plazas.
- Transparencia en los procesos de selección y contratación: Concursos interno y externos, publicación en el sitio de empleos públicos del Gobierno.
- Fortalecimiento de la salud mental del personal y espacios de trabajo más adecuados.
- implementación del Observatorio de Recursos Humanos.
- Programas de capacitación continua y facilitación de postgrados, especialmente residencias médicas.
- Formación conjunta MINSAL e ISSS, haciendo alianzas con instituciones formadoras a nivel público y privado.
- Programas de formación de personal priorizado: Curso de promotores de salud, que no se formaban desde 1999, APS para ECOS y UCSF (sin ECOS), materno, infantil, MIFC, formación de cuadros estratégicos de personal que hace gerencia en todos los niveles.
- Apertura de espacios de diálogo entre autoridades, asociaciones y sindicatos (mesas laborales).
- Contratación de personal especializado en establecimientos del primer nivel de atención.

Desafíos

- Establecer otras prioridades de recursos en los establecimientos y aumentar la cobertura en los territorios:
 - Mejorar la dotación de recursos (ECOSF, UCSF y Hospitales),
 - Continuar mejorando la redistribución de recursos.
- Establecer incentivos especialmente en las áreas más lejanas, (reformar al escalafón para que sea visto como un incentivo)
- Creación de plazas para absorber personal que aún no tiene estabilidad laboral y tiene salarios precarios.
- Romper resistencia a realizar procesos de auto formación y capacitación continua.

- inclusión de normativas del MINSAL en la currícula universitaria, incluyendo trato humanizado
- Creación de convenios entre MINSAL y universidades para mejorar los perfiles de formación.
- Ampliar la cobertura de especialistas en los territorios y hospitales
- invertir fondos en el fortalecimiento de habilidades y competencias del personal.
- Descentralizar los procesos de capacitación.
- Fortalecer y monitorear la creación de ambientes laborales saludables.
- Mejorar los salarios, según perfil requerido a los profesionales que se necesitan en los diferentes niveles de atención, priorizando disciplinas.
- Mejorar la infraestructura y equipamiento de los espacios de trabajo.
- Mejorar los procesos para selección y contratación del personal.
- Equipos fuertes en las unidades de recursos humanos para que impulsen el desarrollo del recurso humano a nivel local, municipal y regional.
- Socializar y actualizar normativa relacionada a recursos humanos.
- Mantener una estrategia de comunicación interna –hacia la población sobre los avances de la Reforma.
- Organización de las comunidades, para hacer ver las necesidades de completar los equipos comunitarios



El Desarrollo del Talento Humano en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

El Talento Humano en el proceso de Reforma de Salud

Para lograr los objetivos de la Política Nacional de Salud, el talento humano debe estar adecuado en cantidad, calidad y calificación y en los lugares adecuados, lo que tiene que ver con la equidad de su distribución. Definidas las prioridades en talento humano en el documento "construyéndola Esperanza"²⁸, se establece como parte de la estructura organizativa del MINSAL, la creación de la Dirección de Recursos Humanos con personal adecuado y liderazgo en el desarrollo de recursos humanos en el ámbito nacional²⁹, y como el espacio estratégico para el desarrollo de los mismos. En su estructura cuenta con dos unidades organizacionales, se vincula funcionalmente con: 36 Unidades de Administración y Departamento de Recursos Humanos, las Unidades de Desarrollo Profesional de los nueve hospitales escuela y coordina la instancia asesora en el tema, la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos, conformada por 21 institución del campo del talento humano. Además en el área de formación de especialistas con la Coordinación de Residencias Médicas. Entre los procesos que han generado Gobernanza en este ámbito se tienen:

Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos

Aprobada en septiembre 2014, la cual fue elaborada con amplia participación de los diversos actores de del campo de los recursos humanos. Está diseñada con 6 estrategias³⁰ y plan de implementación, actualmente en ejecución. Para su implementación se han organizado subcomisiones al interior de la Comisión Intersectorial de RHH. El plan de acción está en la primera evaluación de la política, mostrando avances significativos.

Planeación estratégica de Recursos Humanos

Se estableció desde el 2015, el modelo de planificación estratégica de especialistas, conformando una Comisión Nacional de Planificación estratégica de RHS, capacitada y la integran las Universidades, CSSP y las instituciones del Sistema, siendo el primer producto la planificación de la formación de especialistas médicos a nivel nacional, lo cual regulará el acceso, procesos y distribución de las ofertas y seguimiento de plazas de residentes en formación, con lo que busca adecuar la oferta formativa a las necesidades del país, incorporando las necesidades de las diferentes instituciones y sectores, garantizando programas unificados de formación con estándares de calidad.

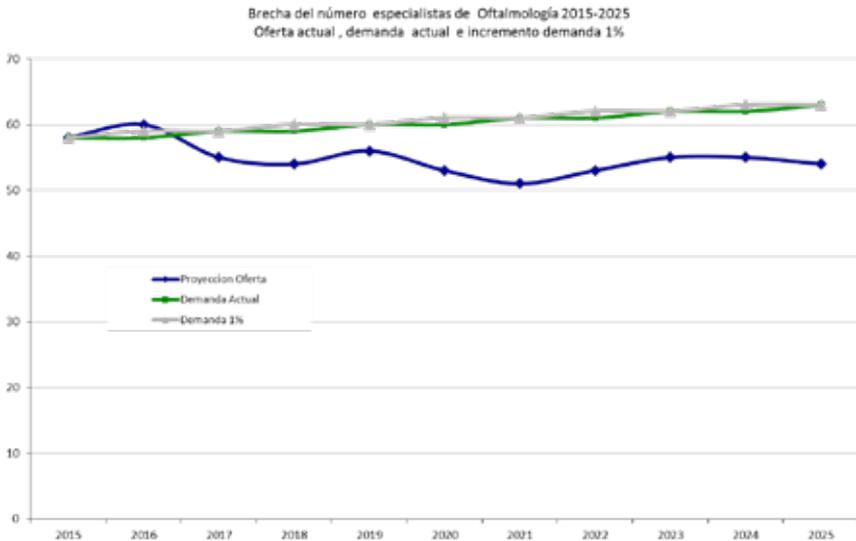
28 Ministerio de Salud, Construyendo la Esperanza 2009-2014. El Salvador 2009. <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/estecom.pdf?ua=1>

29 OPS/OMS, Propuesta de Dirección de Desarrollo de RH, MINSAL, 2010.

30 MINSAL Política Nacional de Desarrollo de RH, 2014. http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/politicas/politica_nacional_desarrollo_rrhh_v2.pdf

El desarrollo de este estudio, ha servido para establecer coordinación con las universidades, el diseño de la currícula de los especialistas, que permite establecer proyecciones de acuerdo a las necesidades, se ha pasado de seis a trece programas de formación en los hospitales escuela tanto del ISSS, MINSAL como de COSAN. En 2019 egresarán los primeros médicos anestesiastas que tendrán su título, se continúa con el diseño e implementación otros programas de formación, hasta completar 23. A continuación un ejemplo:

Proyección de necesidades de especialista en oftalmología 2015-2025



Modelo de planificación de RHS en hospitales

Planificación de la dotación

Para contar con la cantidad adecuada de talento humano en los establecimientos de salud, se han generado dos procesos de planificación, uno la planificación del talento humano necesario para implementar los equipos comunitarios de salud familiar y los especializados, con un cálculo sobre base poblacional y asignación de población a cargo, el segundo es el proceso de planificación de médicos y enfermeras para hospitales, contando con un módulo informático <http://sprh.salud.gob.sv/>, como parte del SUIIS, diseñado sobre la base de carga laboral e índices de atención. Cada año se alimenta con la información de cada hospital, dando como producto las brechas de personal, por disciplinas, para ser incorporado al presupuesto anual de cada hospital. Para ello se cuenta con una comisión especializada en cada uno de los hospitales, integrada por: un médico Planificador, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Recursos Humanos, y el Estadista.

A continuación un ejemplo de reporte:



Reporte de Necesidad versus Disponibilidad de Médicos Consolidado
 Categoría de Hospital: Todas
 Disciplina: Medicina General
 Tipo de Contratación: Todas
 Fecha y Hora de impresión: 13/06/2017 22:38:21



Hospital	Necesidad Personal	Disponibilidad Personal	Brecha	Índice
HOSPITAL ROSALES SAN SALVADOR	0.00	0.00	-0.00	0.00
HOSPITAL BERNABÉN BLOOM SAN SALVADOR	0.33	0.00	-0.33	0.00
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER	0.00	0.00	0.00	0.00
HOSPITAL FRANCISCO MENEZES AMUJICHAPAM	25.92	28.13	2.21	1.09
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA	0.00	2.75	2.75	0.00
HOSPITAL NACIONAL METAPAN	0.00	0.00	0.00	0.00
HOSPITAL NACIONAL CHALCHUAPÁN	13.70	13.25	-0.45	0.97
HOS.DR. JOSÉ NAZZINI VILLACORTA SONSON	1.00	0.00	-1.00	0.22
HOSPITAL DR. LUIS E. VAZQUEZ CHALATENANGO	3.81	0.50	-3.31	0.13
HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA CONCEPCION	0.82	1.00	0.18	1.22
HOSPITAL SAN RAFAEL SANTA TECLA	0.00	0.00	0.00	0.00
HOSPITAL BAC. NUESTRA SEÑORA DE NITEMA	11.21	13.69	2.48	1.22
HOSPITAL SANTA TERESA ZACATECOLUCA	4.93	23.75	18.82	4.02
HOSPITAL NACIONAL SENSUNTEREQUE	4.27	0.00	-4.27	0.11
HOSPITAL DR. JOSÉ L. SACA (LOBOSCO)	10.88	7.75	-3.23	0.71
HOSPITAL SANTA GERTRUDES SAN VICENTE	13.49	6.75	-6.74	0.50
HOSPITAL SAN PEDRO USulután	0.18	1.00	0.82	5.56
HOSPITAL SANTIAGO DE MARÍA	4.36	12.75	8.39	2.92
HOSPITAL IZQUILESICO	1.81	1.00	-0.81	0.55
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL	0.00	0.00	0.00	0.00
HOSPITAL MONSEÑOR OSCAR ARNALDO ROMERO	10.28	5.63	-4.65	0.55
HOSPITAL NUEVA GUADALUPE	3.62	8.71	0.09	1.01
HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GÜTERA	2.86	12.25	9.39	4.28
HOSPITAL NACIONAL LA UNIÓN	3.30	11.38	8.08	3.45
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LEHA	6.76	5.99	-0.77	0.88
HOSPITAL DR. JOSÉ E. SALCOSA (NEUROLOGICO)	0.12	0.50	0.38	4.17
HOS.DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ (PSIQUIATRA)	0.00	0.00	0.00	0.00
HOSPITAL ENFANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO	2.94	0.00	-2.94	0.06
HOSPITAL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ ZACANIL	0.04	1.21	1.27	32.75
HOSPITAL NACIONAL SUCHITOTO	3.99	3.25	-0.74	1.32
Total General	134.80	191.71	54.41	1.40

Sistema de Información Integral de RHS

Con la finalidad de contar con información objetiva, oportuna y completa del campo del talento humano, se ha diseñado un modelo del subsistema de información de recursos humanos, vinculado al SUIIS, el cual contiene módulos tanto institucionales como intersectoriales, entre ellos gestión del trabajo, de formación y capacitación, metas e indicadores de Recursos Humanos, así como el módulo de administración del Servicio Social (<http://siss.salud.gov.sv>) y el sistema de planificación de recursos humanos (<http://sprh.salud.gov.sv>).

Se ha finalizado el diseño y prueba piloto del módulo de Fuerza Laboral (RMS y Hospital Nacional de San Bartolo) y avanzado el módulo de residencias médicas.



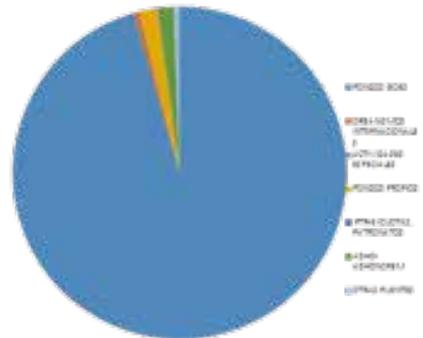
Además se cuenta con una plataforma propia para el observatorio de Recursos Humanos de país, que permite la publicación de la información integral de los RRHH, ej. Panel de la formación, el de medición de metas de RRHH, el de fuerza laboral entre otros. <http://rrhh.salud.gob.sv/>. Esto brinda autonomía en los proceso de gestión y formación del personal en salud.

Gestión del trabajo

En estos diez años de gestión, se ha pasado de la pura administración de personal, que se ha visto fortalecida al enfoque de gestión integral del talento humanos, a través de las siguientes acciones:

- Aplicación de la Ley del Escalafón en Salud, aplicada en un 100% desde 2009 a 2016, luego de forma parcial 2016 a 2019. Existe una propuesta de escalafón para ser discutida con el personal.
- Política de Des precarización laboral de los trabajadores, se están haciendo contrataciones únicamente que sean necesarias.
- Ordenamiento de puestos de trabajo: Actualización de manual de puestos (anterior emitido 1993) con puestos tipo y perfil es coherente con el sistema reformado de salud, cuenta con tres tomos.³¹
- Tres estudios salariales que brindan las bases para el diseño de las escalas salariales y establecer una política salarial que reconozca la complejidad de las funciones del personal.

Recursos Humanos por fuente de financiamiento, 2017.

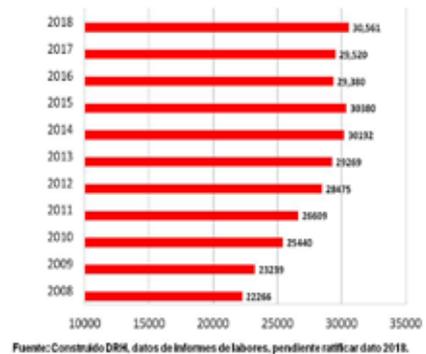


Avances en la dotación y distribución

El talento humano en salud, es el responsables de ejecutar la reforma de salud y también de concientizar a la población de su derecho humano a la salud.

Aun con las dificultades financieras, generadas por el déficit fiscal, principalmente por la evasión fiscal y la elusión fiscal, el Ministerio de Salud ha logrado mejorar la dotación y ubicar al personal más cerca de las personas, especialmente en los 182 municipios donde se han instalado los equipos de familia, al mismo tiempo que ha fortalecido la dotación en hospitales.

PLAZAS DE RECURSOS HUMANOS, MINSAL, 2008-2018



31 http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_general_descripcion_puestos_14052014_tomol.pdf

Se ha incrementado no solo la fuerza laboral, sino también se ha garantizado una distribución más equitativa en aquellos lugares priorizados, con un avance significativo, generando un aumento de la fuerza laboral del MINSAL de 23,239 en 2009 a 30,500 en 2018.

En cuanto a distribución del recurso humano, se está cada vez más cerca de la meta de 25 profesionales por cada 10,000 habitantes, los cuales están impactando en los indicadores de morbi-mortalidad e indicadores de acceso como resultado de la atención en salud.

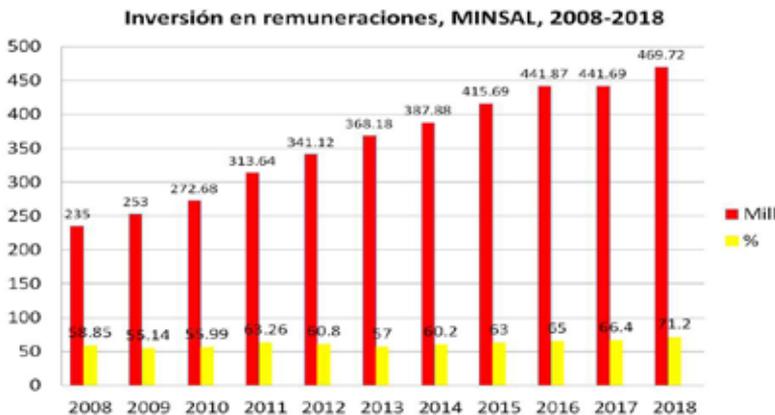
En cuanto a densidad de los recursos humanos por 10,000 habitantes, El Salvador se encuentra en zona intermedia a nivel latinoamericano, en la región solo Belice y El Salvador superan esa barrera y está en escala amarilla, el resto se encuentra en rojo. En las zonas donde hay más recursos humanos hay más atención en promoción y prevención. Ver gráfica de densidad.



Densidad de RH por 10,000 hab. en América Latina, 2015



En el caso de remuneraciones existe un incrementado de la inversión en talento humano, pasando de un 58% en 2008 a un 71% en 2018.



Salud laboral

Desde la Política Nacional de Salud del 2009, se estableció como una prioridad la salud de los trabajadores. Luego con la aprobación y aplicación de la Ley General Prevención de Riesgos en Lugares de Trabajo se ha establecido una red de comités de salud ocupacional a nivel de todos los establecimientos de salud y edificios administrativos, siendo aprobados por el Ministerio de Trabajo para ser formadores de dichos comités, organizando un equipo de personas facilitadoras que realizan estas acciones formativas, utilizando los manuales elaborados para tal fin.³²

Además de la Normativa de Salud Ocupacional y la Conformación de la Red de Comités de Salud Ocupacional, el MINSAL obtuvo el primer lugar por salud en el trabajo en 2015 y un reconocimiento en 2017, como institución pública se han establecidos alianza con el Seguro Social y el Ministerio de Trabajo en beneficio de los trabajadores.

Gestión de la formación

Uno de los desafíos que se ha enfrentado para implementar cada acción en salud y las áreas estratégicas del MINSAL son la mejora continua de las competencias del personal, tanto de salud como administrativo, en ese sentido se han desarrollado una serie de procesos de educación permanente en el marco del Plan Nacional de Formación y Capacitación, contando con financiamiento de préstamos, donaciones y propias del personal. Entre ellas se pueden mencionar:

- Formación del 100% de gerentes a nivel nacional.
- Formación en Políticas de Salud: 300 participantes formados participando en la Reforma de Salud.
- Formación a Promotores: El 100% de promotores de salud, formados en el curso de salud en la comunidad. Se retomó este proceso, pues estaba suspendido desde 1999. En cumplimiento con la política de RH, que cada nuevo promotor nuevo que se contrate debe realizar de forma inmediata su curso formativo.
- Formación Basada en procesos de trabajo en los territorios: 100% de los integrantes de equipos de salud familiar formados, formando más de 1700 personas multidisciplinarias.
- Talleres de discusión de la calidad educativa con las universidades y apoyo de KOICA y OPS para hacer incidencia en la calidad de formación.
- Diseño conjunto con las universidades de perfiles de egreso del Doctorado en Medicina y Enfermería, actualmente en proceso de elaboración el de odontología.

32 http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/otros_documentos/cuaderno_de_facilitador_v2_2018.pdf.

- Revisión curricular y formación de pre y post grado coordinado entre UES/MINSAL/OPS/KOICA.
- Uso de las tecnologías de comunicación e información para mejorar el acceso a la formación de los RHS (Programa de teleconferencias plataforma de cursos virtuales) a contando con la plataforma de web conferencias MINSAL y el sitio <http://saber.salud.gob.sv/>.
- Se cuenta también con el Nodo de Salud Pública de El Salvador, coordinado por la Escuela de Gobierno en Salud.

Trabajo regional

A nivel de la región centroamericana se trabaja como punto focal de Recursos Humanos, como parte de la Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), iniciando el trabajo desde septiembre 2010 a la fecha (2018), presentando nuestras experiencias de planificación, gobernanza y trabajo intersectorial de RH entre otras. También se han presentado en Foros Internacionales los avances logrados en el área en el marco de la reforma de salud, entre ellos como Argentina, Washington, Canadá, Guatemala y participado en estudios internacionales, así como en la Red de Migración de Trabajadores de la Salud con sede en Uruguay.

Nueva estrategia de Recursos Humanos

En el marco internacional en la 160° Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS. Se aprobó en Septiembre de 2017, la estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de Salud.

Se establecieron tres líneas estratégicas:

- Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría en RHS.
- Abordar las condiciones y el desarrollo de capacidades para ampliar el acceso y la cobertura, con equidad y calidad.
- Reorientar el sector de educación para responder a las necesidades de los sistemas de salud en proceso de transformación hacia la salud universal.

En coherencia con esta estrategia se ha iniciado el plan de desarrollo de RH del país 2019-2023, en el seno de la Comisión Intersectorial de RH.

Factores restrictivos

- No existe en el presupuesto del MINSAL, un rubro para la formación.

- Debido a la austeridad, se tiene restringida la contratación de nuevas plazas, o reclasificación que implique incremento de salario, esto implica que para seguir contratando personal para cubrir brechas de RH, actualmente se realiza a través de fondos de cooperación internacional (BM, BID, AECID y KOICA).
- Resistencia al cambio en todas las instancias del MINSAL
- Regulación fragmentada (entidades formadoras, MINSAL)
- Formación de RH continúa, en gran medida basada en modelo hospitalario, dejando de lado la APSI.
- Fragmentación para el abordaje de los RH, con dos áreas a nivel de la Secretaría de Estado, que no permite un abordaje integral de los mismos

Factores que han facilitadores

- Apoyo Político de los Titulares.
- Fortalecimiento del trabajo de rectoría del SNS, incrementado el nivel de convocatoria en temas de recursos humanos.
- Formación del personal, existe una hoja de ruta para avanzar en el tema de recursos humanos.
- Contar con una hoja de ruta firmada por los Titulares del SNS
- Existencia de instrumentos internacionales y regionales.
- Creación de la Dirección de la Función Pública y de la Escuela Nacional de Formación Pública en la STPP.

Desafíos

- Gestión integrada de los RH a nivel institucional (Unificar las áreas de recursos humanos y definir ámbitos con la EG).
- Procesos de Planificación conjunta de RH con Ministerio de Hacienda, de acuerdo a proyecciones de las RIISS.
- Aumentar la dotación de los recursos humanos y racionalizar los que ya se tienen, mejorando su distribución, lo que pasa por mejorar la gestión intermedia y local de los RH a través de las autoridades locales y unidades de RH.
- Sensibilización y calificación de los trabajadores para abordar el derecho humano a la salud y comprender la Reforma de salud.

- Abordar las inequidades:
 - Al interior de los trabajadores del MINSAL, especialmente las salariales.
 - Para que los trabajadores tengan competencias para reconocer las inequidades en salud entre grupos poblacionales, para su abordaje.
- Fortalecer los procesos de educación permanente con los objetivos institucionales, la profundización de la Reforma de salud y las funciones del personal.
- Humanización del cuidado a la salud de las personas y compromiso de los trabajadores.
- Procesos de regulación de la educación y el trabajo (Ley de Educación, Escalafón, Evaluación del desempeño, recertificación profesional).
- Generar conocimiento en el campo a través de la investigación para la toma de decisiones.
- Hacer vinculantes las evaluaciones de los Comités de Contraloría Social y otras formas de participación social impulsadas por el FNS.³³

Experiencia exitosa Medición de metas de Recursos Humanos en Salud

Metodología para la medición de las metas de Talento Humano

La década de los Recursos Humanos en Salud 2007 – 2015.

El tema de Recursos humanos ha sido abordado por diferentes países de la Región de las Américas y desde abril 2005, a partir del informe de salud mundial 2006, se define el déficit crítico de RH en la región y se acuerda a nivel del Consejo Directivo de la OPS/OMS, resaltar el papel de los y las trabajadoras de la salud, en la construcción de la equidad y el logro de los Objetivos del Milenio, iniciando así la DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS, estableciendo su plan decenal, dirigido a la construcción y/o fortalecimiento de los sistemas de salud basados en APSI. Los cinco desafíos fueron acordados y por ser firmados Toronto, Canadá, se conoce como el llamado a la acción de Toronto, que contiene 5 desafíos y 20 Metas, y todos los países de la Región decidieron establecer una línea basal en 2010, una medición intermedia 2012 y una medición final en 2015. A continuación los cinco desafíos:

33 OMS, Informe mundial de Salud, Colaboremos por la salud. 2006. https://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf?ua=1

Cinco desafíos de Toronto.



Primer desafío: Promover el desarrollo pertinente de los recursos humanos, Implica la realización de análisis, la definición de políticas y el diseño e implementación de planes de largo plazo de la fuerza de trabajo.

Segundo desafío: Establecer políticas y mecanismos de gestión, adecuados para dotar a toda la población de recursos humanos suficientes, competentes y motivados de manera tal de asegurar la accesibilidad geográfica, cultural y social a servicios de salud de complejidad adecuada.

Tercer desafío: Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud, para asegurar atención continua y de calidad a la población, al mismo tiempo que garantizar la libertad de movimiento de las personas y permitir el logro de sus aspiraciones profesionales y sociales.

Cuarto desafío: Medidas que garanticen un trabajo digno y seguro para el personal y la población. Han de orientarse a promover e innovar relaciones laborales entre los trabajadores y las instituciones de salud, de manera de garantizar la cobertura y calidad de la atención y el compromiso de los trabajadores con la misión institucional en el marco de condiciones de empleo y de trabajo estable, seguro, digno y motivante.

Quinto desafío: Promover la interacción entre las instituciones educativas y de servicios, para proveer a las poblaciones de una fuerza de trabajo competente y pertinente a las necesidades y demandas de salud.

En el Salvador, para el desarrollo de la metas, el equipo técnico nacional de la Comisión intersectorial (RHUS) toma vital importancia, pues tiene la gobernanza en este tema y está representada por 19 instituciones de salud, formadoras y también aquellas que tienen que ver con el establecimiento de presupuesto, trabajo, dirección de estadísticas y censo. Se retoma el Manual de Monitoreo de las Metas de RH establecido por

OPS y se propone el establecimiento de guías metodológicas operativas para realizar su primera medición en 2010, estableciendo el plan de trabajo y las fuentes de información, la medición fue ampliamente participativa y sirve de línea de partida para establecer las prioridades de política³⁴. A partir de estos resultados se establecen las prioridades que dan origen a la política nacional de recursos humanos.



Metodología de medición de metas

Se determinó una metodología que fue una experiencia exitosa brindando los siguientes elementos relevantes de la misma:

- Medición de línea base en 2010, para luego monitorear sus avances hasta la medición final de 2015, estableciendo equipos especializados para la medición considerando cada desafío, nombrando una persona coordinadora por equipo, con el apoyo de Consultora y Asesora subregional de RH, Dra. Mónica Padilla.
- Ampliamente participativa e intersectorial
- Base para el diseño de los planes de desarrollo para mejorar en los puntos brechas.
- Ha producido datos e información de metas, que ha permitido el monitoreo de los indicadores de la Política Pública y medir resultados en salud.

Resultados del primer desafío: políticas y planes

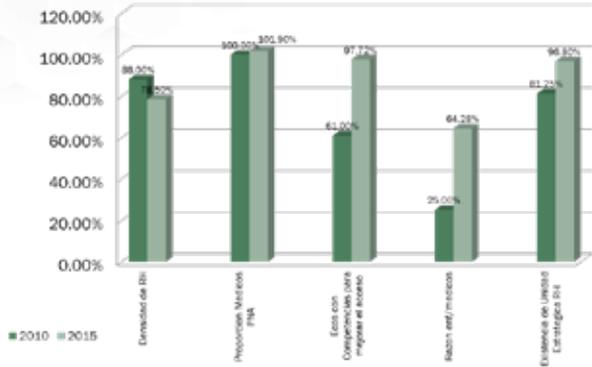
Este primer desafío tiene establecidos 5 metas:

- Al menos 25 RHUs/ 10,000 habitantes.
- Al menos 40% de médicos de APS.
- Equipos de APS en todos los países.
- Razón médico-enfermera: 1:1.
- Unidad de RHUs en el Gobierno.

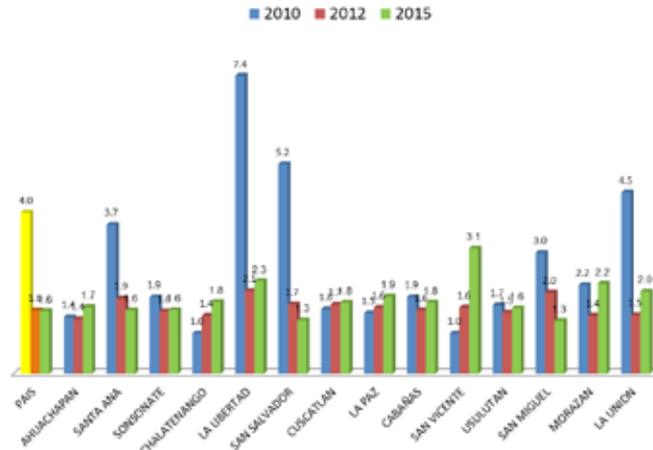
34 MINSAL, informe de medición de metas de RH, El Salvador, 2010. http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/publicaciones/primera_medicion_metas_regionales_informe_tecnico.pdf

En esta gráfica se visualiza el nivel de cumplimiento de cada meta, con más alto cumplimiento esta la meta de cobertura de médicos en el primer nivel de atención, que sobrepasa el 40%, debido a que se han cubierto a 2015, 172 municipios con 534 Ecos F y 39 Especializados y en el ISSS 120 equipos básicos de salud, la densidad de RH profesionales por 10,000 habitantes con un cumplimiento del 88%, e ha mejorado la relación médico/enfermera calificadas con relación a médicos 1.6 (Médicos 7581, enfermeras 4873), se ha definido la Dirección RHUS, con nivel estratégico de jerarquía, desarrolla políticas, planifica, gestiona educación y trabajo; sistemas de información.

Desafío 1: Definir políticas de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral.



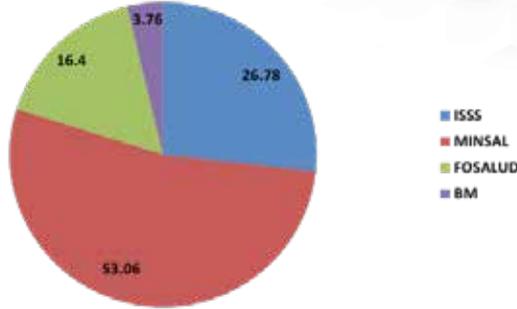
META 4: RELACION MEDICO ENFERMERA, EL SALVADOR, 2010, 2012 y 2015



Otro resultado importante es la relación médico y enfermera, al revisar los datos por departamento se pueden ver mejoras sustanciales como en el caso de la Unión, Morazán, Cabaña y Chalatenango. Aunque la cifra de país, no muestra mucho avance; sin embargo la reforma ha impactado en el acercamiento a salud de la población y mejoras en la equidad, pues uno de los criterios fundamentales al momento de la contratación ha sido la distribución de estos recursos humanos en los municipios más pobres y con menor densidad del talento humano. Se puede observar que la relación no se alcanza pues hay un déficit de profesionales de enfermería estableciendo una línea de acción de profesionalización de los recursos humanos.

En el Primer Nivel de Atención cuenta con un 53% de médicos seguido del ISSS (26.78) y FOSALUD (16.4).

PORCENTAJE DE MEDICOS PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, POR SECTOR, EL SALVADOR (%)

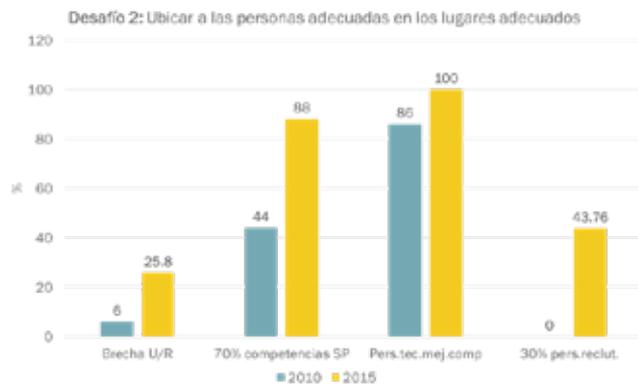


Segundo desafío: personas adecuadas en los lugares adecuados

En lo que corresponde a las metas:

- Brecha de distribución reducida a la mitad en 2015.
- 70% de trabajadores APS con competencia de salud pública e intercultural.
- 70% Enfermeras, auxiliares y técnicos con capacidades y competencias perfeccionadas.
- 30% Personal APS reclutado de sus propias comunidades.

Al 2010 el porcentaje de RHUs en lo rural era de 6%, aumentando al 2015 al 25.8%, lo que implica que la meta establecida es alcanzar al 2015 un 16.3 de médicos y enfermeras en el área rural cambió de 1.6 a 4.4 en área rurales, únicamente MINSAL reporta servicios en áreas rurales.



No se cuenta con datos cuantitativos, actualmente y no se posee aún, un programa para seleccionar médicos y enfermeras, para ejercer en sus propias comunidades a excepción de los promotores de salud, otro resultado importante es el mejoramiento de las competencias en salud pública.

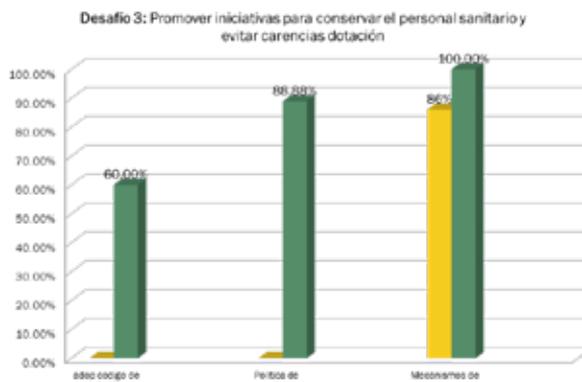
Tercer desafío: promoción de iniciativas para conservar el personal

En relación a las metas se establecen:

- Normas éticas de reclutamiento internacional de trabajadores de salud acordadas.
- Políticas de autosuficiencia para satisfacer necesidades de recursos humanos.
- Reconocimiento de profesionales formados en el extranjero.

En adoptar Código de OMS: 60%, ya que a pesar de no estar ratificado por el país, se ha realizado un análisis del mismo y se tienen acciones en la política de recursos humanos, aprobada en el 2014, avanzando en el reconocimiento de título para los graduados en el exterior.

Se ha avanzado en proceso de planificación de RHUS, definiendo la necesidad de establecer acuerdos entre las instituciones de salud del SNS y las IES. Existe una unidad para trabajar con los requisitos para reconocimiento de títulos.



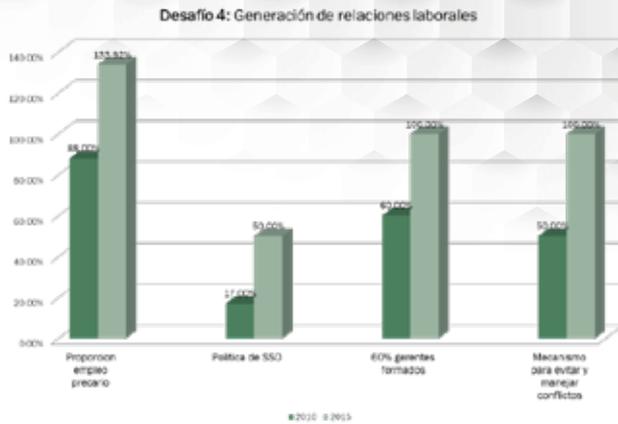
Cuarto desafío: creación de condiciones de trabajo dignas, saludables y estimulantes.

Las metas de este desafío son las siguientes:

- Reducción a la mitad del empleo precario.
- 80% países con políticas de salud y seguridad de los trabajadores de salud.
- 60% de gerentes en salud con competencias de gestión y Salud Pública.
- 100% países con mecanismos de negociación y leyes para prevenir mitigar o resolver conflictos de trabajo.

Para el 2010, según línea base el nivel de trabajo precario en el país era del 28.1 % y siendo la meta reducir a la mitad dicho porcentaje, pasando al 2015 a un 5.27% de médicos y enfermeras en esta condición laboral precaria del total de personal de estas especialidades que trabajan en el SNS, logrando en 150% dicha meta, ya que se ha

disminuido 18.75% del trabajo precario con relación al 2010. Por otra parte a pesar que desde 2012 se cuenta con una Política General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo no hay financiamiento para su implementación, por tanto fue valorada con un logro del 50% en 2015. También se han diseñado perfiles de puestos, adicionalmente se ha formado en un 100% al personal en puestos gerenciales. Un resultado relevante es la existencia de mecanismos formales de negociación para prevenir, mitigar o resolver los conflictos laborales.



Quinto desafío: mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y los servicios de salud.

Entre las metas tenemos:

- 80% de escuelas de ciencias de la salud reorientadas hacia la APS.
- 80% de escuelas de ciencias de la salud con programas formar para estudiantes de poblaciones subatendidas.
- Tasas de abandono de escuelas de medicinas y enfermería no superior al 20%
- 70% de escuelas de ciencias de la ciudad y salud publicas acreditadas.



El 100% de las escuelas de ciencias de la salud han adoptado programas específicos para atraer y formar estudiantes de poblaciones sub atendidas, en cumplimiento a los

requerimientos del Ministerio de Educación, a través de becas y cuotas diferenciadas a estudiantes de escasos recursos. 11 Universidades e institutos especializados, forman doctorado en Medicina, enfermería y otras carreras de la salud, de ellas están 5 acreditadas, siendo este un proceso del MINED con carácter voluntario.

Avances importantes

- Considerando la línea base del año 2010, al final del quinquenio se evidencia una mejora significativa del desarrollo de los recursos humanos.
- El abordaje intersectorial y alto nivel de gobernanza dado por la creación y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de RH, instancia de carácter técnico que ha abordado de forma decidida los temas de RHUS, impulsado el diseño, aprobación e implementación de la Política Nacional de Desarrollo de RH.
- Se han estrechado los lazos de cooperación entre las instituciones de educación, salud y trabajo, contribuyendo a mejorar en aspectos de formación de los equipos de familia y especialistas.
- El proceso de reforma de salud, que tiene al centro los derechos humanos, considera los RHUS la piedra angular de este proceso y uno de sus ejes prioritario, lo que implica el decidido apoyo de las máximas autoridades.
- Mejoras significativas en la dotación, distribución y calificación del talento humano y en la disminución del trabajo precario, mejorando el trabajo digno y las condiciones laborales para los trabajadores del Sistema Nacional de Salud.
- Se ha instalado la capacidad de análisis y medición de los indicadores del talento humano con un abordaje cualitativo e intersectorial.

Proyecciones

- Fortalecer la Dirección de Desarrollo de RHU, como una instancia de conducción estratégica del SNS, integrando las áreas del talento humano.
- Fortalecer los lazos de cooperación con las instituciones educativas.
- Generar evidencia de forma continua y sistemática.
- Implementar y evaluar la PNDRH (Carrera Sanitaria, Política Salarial, Planificación estratégica) que mejoren el acceso y la cobertura universal en salud.
- Fortalecer el abordaje transversal de los RHUS.
- Mejorar los sistemas de información, unificando parámetros, medir indicadores a nivel territorial de las unidades organizacionales más pequeñas.

Resultados de la discusión de las mesas y plenaria

Posterior al análisis en las mesas de trabajo, se llegaron a los siguientes resultados:

Avances

- Contar con la Política Nacional de Recursos Humanos
- Fortalecimiento en un 50% de RRHH especializados en hospitales (Horas ortopedia, psiquiatría, nefrología, ginecología, pediatría).
- Conformación de la comisión intersectorial de RRHH
- investigaciones en relación a capacidades instaladas y necesidad de RRHH.
- Planeación estratégica de la contratación de RRHH.
- Registro de las capacitaciones de formación continua del talento humano.

Factores o actores que favorecieron el cumplimiento de las metas

- Voluntad política de las autoridades de Gobierno
- Se cuenta con una Política de Salud
- Se cuenta con una Política Nacional de Desarrollo de RRHH
- Apoyo Internacional para el desarrollo de los RRHH
- Creación de la Dirección de Desarrollo de RRHH
- La Reforma de Salud contempla la participación social del FNS que potencia al RRHH
- Participación Interinstitucional

Desafíos

- Contar con el personal en la cantidad suficiente, con las competencias necesarias de acuerdo al lugar y a nivel de atención correspondientes.
- Diseño e implementación de una política salarial.
- Estrategias para el acceso seguro del personal de salud en territorios con alta violencia social.
- Lograr una adecuada asignación presupuestaria para formación de personal y educación continuada.

- Profundizar en las coordinaciones con las instituciones formadoras para la actualización de una currícula para pre y post grado acorde a la Reforma de Salud.
- Diseñar un programa de incentivos que motive al personal a trabajar en lugares inaccesibles.

Actores que obstruyeron el cumplimiento de metas

- En la Asamblea Legislativa, los Diputados de derecha que ponen reparo a los incrementos presupuestarios en salud.
- Salarios no acorde a la profesión, lo que da como resultado inequidades
- Las reformas de la Ley de Pensiones que favorece las AFP
- Falta de una política de incentivo al personal que sea justa y valore el esfuerzo, especialmente el reconocimiento del desarrollo profesional, la ruralidad entre otros.
- Débil articulación entre el primer nivel y los hospitales.
- Personal especializado se niega a trabajar en zonas fuera de las áreas urbanas.
- Falta de capacidad de la autoridad máxima en la abogacía y la sensibilización a nivel ejecutivo.
- Que la salud no debe ser afectado por recortes, sino incrementado el presupuesto acorde a la demanda de la población.
- Aún existe personal que no ve el beneficio de la participación social, al contrario lo ven como amenaza.
- Falta de compromiso para capacitarse, no motivación del talento humano.
- Aún hay personal que valoran más el enfoque mercantilista y medicalizado de los profesionales en salud y las universidades.

Acciones para profundizar el eje

- Ordenamiento de los RRHH, de acuerdo al marco jurídico institucional.
- Ordenamiento de los procesos de capacitación a través de una escuela formadora con adecuada infraestructura.
- Vincular los incentivos de capacitación al desempeño laboral.
- Que las escuelas formadoras estén alineadas a la Reforma de Salud.
- Revisión de los instrumentos de desempeño en base a cumplimiento de metas y resultados.
- Contratar recursos de acuerdo a necesidades de la Reforma de Salud.

EJE 9



**VIOLENCIA
Y SALUD**

Marco conceptual

El Ministerio de Salud reconoce la violencia como un problema de salud pública con implicaciones en la persona, la familia y la comunidad. La violencia está socialmente determinada y afecta en mayor medida a niñas, niños, jóvenes y personas adultas mayores. Se busca promover la participación del sistema nacional de salud justo con otros actores públicos, privados y de la sociedad civil como parte de un esfuerzo multisectorial efectivo para abordar la violencia en todas sus formas y ámbitos a nivel nacional, departamental, municipal y comunitario.

Antecedentes

Impacto de la violencia en la salud

El Salvador país vive un fenómeno heredado estructural de violencia que tiene raíces estructurales en la exclusión, la desigualdad, la pobreza y el crimen organizado. Generando una compleja situación que impacta la salud física y mental de la población salvadoreña, para ello nuestro país está desarrollando un abordaje integral que incluye programa de atención a víctimas, prevención de violencia y represión del delito.

Nos referimos al aporte que el Ministerio hace al plan El Salvador seguro donde desarrollamos 12 estrategias relativas al impacto de la violencia en la salud 11 de ellas son de prevención de la violencia y una es protección a las víctimas cuando ya ha sido afectado por la violencia. El Ministerio de Salud ahora tiene 20 Hospitales con área especializada para la atención de víctimas de la violencia. De igual forma se ha promovido la formación de recursos humanos para la atención especializada de las personas afectadas por violencia, desde la puesta en marcha del plan El Salvador seguro en coordinación con otras instituciones públicas y consejos municipales sean atendido cerca de 99,000 jóvenes y algunas de sus familias en diversas intervenciones de prevención de la violencia, como por ejemplo grupos de autoayuda para mujeres adolescentes y jóvenes, círculo de educativos para niña y adolescente embarazada, intervenciones de Salud Mental en el fracaso escolar, prevención identificación temprana de la conducta suicida, familias fuertes, prevención de la discriminación por razones de sexo y respeto a la diversidad sexual, prevención del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, todo esto con la intención de alejar a los jóvenes de la violencia.

Resultados de la consultas territoriales

Avances

- Talento humano capacitado y estrategias de salud para la prevención y atención de la Violencia.
- Trabajo interinstitucional en el fortalecimiento, focalización y complementariedad en los recursos incluyendo ITJs para atención de los diferentes tipos de violencia en

el marco del Plan El Salvador Seguro y Leyes LEPINA y LEIV, así como la Prohibición del Matrimonio Adolescente

- Registro mejorado para visibilizar y cuantificar violencia y vulneración de derechos
- Mejora del Trabajo intersectorial, mediante sectores organizados como ADESCOS, Cooperativas, Directivas comunales, juntas de vecinos, ECOSF, Alcaldías.
- Implementación y monitoreo del Plan Nacional y Programas de Prevención de la Violencia.
- Participación Comités de Violencia CMPV intersectoriales.
- Creación de las Unidades de Atención Integral e integrada a la Violencia en todas sus formas (UAIV)
- Creación de clínicas contra la violencia por FOSALUD
- Trabajo conjunto con Ciudad Mujer
- Designación de referentes hospitalarios para violencia de género
- Atención temprana de casos por equipos especializados

Recomendaciones

- Establecer presupuesto y planes institucionales para ejecutar las actividades del plan de prevención de violencia.
- Elevar sensibilización y educación en la defensa de los derechos de las personas y en las diferentes formas de violencia; divulgación, socialización y aplicación de las leyes para prevenir y tratar la violencia en la comunidad e instituciones públicas y privadas.
- Erradicar la corrupción a todo nivel, Política de no evasión fiscal, fomentar la ley de convivencia ciudadana.
- Contratación permanente de recurso humano.
- Crear infraestructuras nuevas, no adecuarlas; Contratar y asignar personal capacitado en todo el país.
- Formular y difundir una Política Nacional de Violencia y Salud

Violencia y Salud en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Caracterización y avances: Violencia y salud

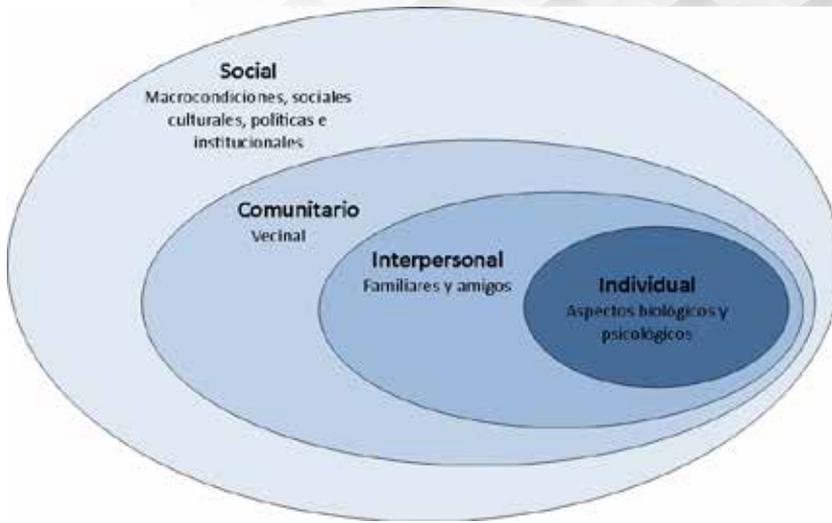
La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno/a mismo/a, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga probabilidades de causar daño psicológico, lesiones o muerte. La violencia esta socialmente determinada por la relaciones inequitativas de poder derivadas del modelo de desarrollo hegemónico, que genera exclusión y discriminación par la persona, con base en la clase social, genero, etnia, orientación sexual, condición de discapacidad, edad, entre otros estratificadores, afectando en mayor medida a niños, niñas, mujeres, jóvenes y personas adultas mayores. El MINSAL reconoce la violencia como un problema de salud pública con implicaciones en la persona, la familia y la comunidad.

OMS hasta 2006 establece que la Violencia es un problema de salud pública. El ministerio de Salud recibe la carga de enfermedad de muerte y lesiones de discapacidad nunca había reconocido este tema como parte de un fenómeno importante que pudiera afectar la salud. El impacto en la salud de la violencia es desde la determinación social de la salud y los derechos humanos la atención integral a víctimas de violencia es una de las partes del abordaje de la violencia y la prevención. Dentro de los enfoques para el abordaje de la violencia, se encuentra el enfoque de la realidad ciudadana que consiste en contar delitos por ejemplo cuantos homicidios y cuantos hurtos, cuantos robos, cuantas extorsiones; es también el enfoque económico de la violencia, cuánto cuesta la violencia.

"Se entiende por violencia toda forma de interacción humana en la cual, mediante la fuerza, se produce daño a otro para la consecución de un fin. Es una relación de fuerza, en cualquiera de sus modalidades e intensidades, y que silencia la palabra". Saúl Franco.

"El uso intencional de la fuerza o el poder físico de hechos o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones" (Informe Mundial de Violencia y Salud. OPS, 2003).

Dicha definición se encuentra más orientada al uso de fuerza , otro elemento importante es que toma en cuenta la violencia estructural y a otros del análisis de la desigualdad desde esta mirada, la privación del desarrollo puede dar origen a las divisiones o estratificación de la psicología de la violencia, está enfocada a la naturaleza de los actos si este acto es íntimo sexual o si hay privación o descuido de la Persona, lo vincula con la dirigencia del abandono hacia las personas adultas mayores.



Los tres elementos de la clasificación según la Organización Mundial de la Salud alrededor de la violencia y el otro es su definición habla del uso de la fuerza o poder que tenga la probabilidad de causar lesión o daño hay una relación de poder desigual en la que yo ejerzo ese poder, pero además tiene un potencial de causar daño o lesión en la otra y otra persona o grupo, e incluso se habla en este caso de los ámbitos, por ejemplo está la autoinfligida, la interpersonal y la colectiva.

La Violencia autoinfligida, están los comportamientos suicidas o parasuicidios, cuando adolescentes se mutilan y sin la intención propiamente del suicidio. Así clasificar la OMS la violencia auto infringida.

La Violencia interpersonal, puede ser en la familia, la pareja, en la comunidad y aquí se clasifica en menores de edad, la niñez, la pareja y en los adultos mayores.

En la comunidad con los conocidos y con extraños, buen recreador de violencia de grupos contra un grupo y ahí entran los grupos organizados para entrar la violencia en el ámbito educacional grupo contra otro y violencia entre vecinos, también de tipo social, política. Éstos son algunos de los elementos centrales que tocan las definiciones que establece la OMS y como la clasifica.

Impactos de la violencia

Directos	Indirectos
Médicos	Pérdida de oportunidades de desarrollo
Salud Mental	Esperanza de vida reducida
Costo en servicios de salud	Calidad de Vida disminuida
Policiales	Pérdida de productividad
Discapacidad	Otros Intangibles
	Familias y Sobrevivientes

Si se observan los efectos directos médicos se puede fácilmente identificar que incluyen cuantos heridos de por arma de fuego, arma blanca, discapacidades, afectaciones de salud mental a pacientes que presencian atenciones, etc.

La violencia social como barrera en el acceso al derecho humano a la salud
En el ámbito social la violencia se ha convertido en una barrera en el acceso al derecho humano de la salud, desplazamiento forzado por inseguridad, violencia de género, entre otros.

- Clima de inseguridad
- Movilidad interna, forzada, migración
- Ciclo de víctima-perpetrador
- Destrucción de recursos (naturales, económicos, culturales)

Determinación Social de la Salud



El contexto de la sociedad socio-económico y político, hay situaciones o desigualdades de acuerdo a estratificadores, pueden ser: la clase social, el género, la edad, la procedencia, el territorio y esta la intersección de esas dificultades. La violencia la vive igual una mujer de 15 años, identificada como parte de los pueblos originarios, bajos recursos, que una mujer de 15 años de media - alta recursos.

Posibilidades de cambiar iniquidades o desigualdades en los entornos sociales y de dominio histórico. Es parte de la identificación de aspectos estructurales que se convierten en patrones de vida.



Existen situaciones o dificultades acuerdo a edad, sexo, factores constitucionales, territorios, comunidades, etc.

Con un sistema desigual y entorno social. Se debe establecer un modelo de atención basado en la persona de acuerdo a la APSI, esto es una oportunidad para aportar en tema de violencia de salud, desde no solo la dispensarización sino también desde el abordaje de las determinantes sociales de la salud, el sistema de referencia y retorno, prevención de acciones de la violencia e incidir en la rehabilitación de las personas. Todo esto a partir del modelo en que se basa las RIIS.

Pirámide de las Lesiones



Lo más visible de esta pirámide es muerte, pero existe un sub registro de violencia sobre aquellas atenciones que no requieren hospitalización o no se presentan en los servicios de salud. Pero eso no significa que no se den.

Atenciones por el Ministerio de Salud

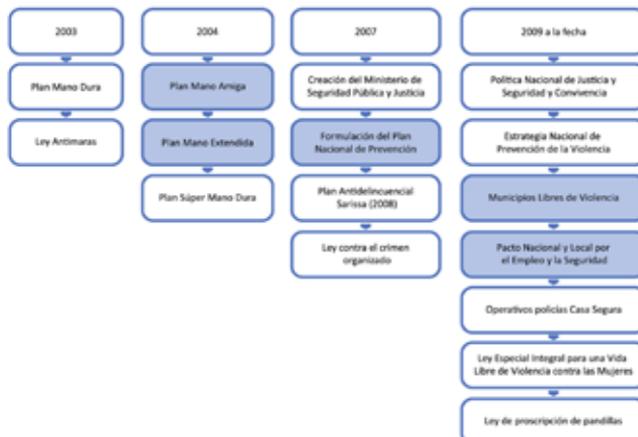
La OMS establece, por debajo de diez homicidios por cien mil habitantes es un estándar aceptable, arriba de ese es considerado epidemia. Se clasifican de acuerdo al tipo de violencia y se puede identificar que en el caso de autoinflingida y de negligencia y abandono no existía un registro como tal.

Tipo de Violencia	2014	2015	2016	2017 (preliminar)
Física	711	7,572	6,270	2,951
Psicológica	3,568	4,066	3,582	453
Sexual	629	1,661	1,665	2,850
Más de una	1,085	1,228	1,239	Modificación del sistema de registro
Autoinflingida	N/D	N/D	N/D	818
Negligencia y Abandono	N/D	N/D	N/D	24
Total	5,993	14,527	12,756	7,096

El sistema del MINSAL, clasifica la violencia como física, psicológica, sexual y había un clasificación llamado más de una pero no caracteriza muy bien los hechos pues al sufrir violencia física por supuesto se sufre violencia psicológica, y no existía manera de determinar a que otro tipo de violencia se refería. En el 2017 cambia al incluir la autoinflingida. Se está mejorando el sistema de información incluyendo otras variables para registrar un poco mejor los casos. Se presenta un incremento en violencias sexual. A lo largo de este año

Grafico 10. Pág. 32, Plan El Salvador Seguro

Políticas públicas aplicadas por el Órgano Ejecutivo durante la última década y propuestas



El abordaje en la generación de políticas está muy basado en el enfoque hacia la violencia por pandillas, basada en la persecución del delito, esta visión cambia en desde 2007 con la creación del Ministerio de Seguridad Pública y Justicia pero da un giro total en el abordaje desde 2009 a la fecha con la creación de políticas y estrategias basadas en la prevención como: La Política Nacional de Justicia, Seguridad y Convivencia, la estrategia social de violencia hay un pacto local por el empleo y la seguridad.

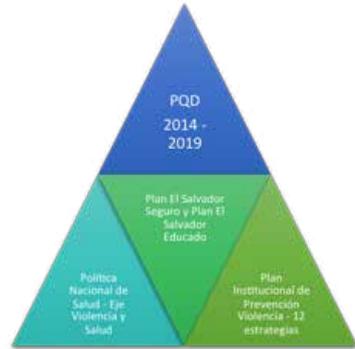
Se hace el mapa de pobreza en El Salvador, se estratifican todos los territorios, incluyendo un componente muy importante que se llamaba convivencia, se hace un análisis de la desigualdad y también los niveles de violencia en los territorios.

Violencia y salud

Plan Quinquenal de Desarrollo 2014 – 2019

A partir del desarrollo del Plan Quinquenal del Desarrollo se establece una estrategia integral para ello se han planteado:

- El Plan El Salvador Seguro: Con sus 5 ejes
- Plan institucional de Prevención de Violencia: Convivencia en el ámbito escolar
- Política Nacional de Salud, que van dirigidas a un plan de prevención de violencia, empoderar a la sociedad de acuerdo a todo este marco legal existente.



Plan El Salvador Seguro

Plan de carácter integral y flexible, contiene 5 ejes y 124 acciones prioritarias urgentes, de corto, mediano y largo plazo, para enfrentar la violencia y la criminalidad, garantizar el acceso a la justicia y la atención y protección a víctimas.

Cinco ejes:

- Prevención de Violencia (MINSAL conduce Mesa Familia y Comunidad).
- Control y Persecución Penal.
- Rehabilitación y Reinserción.
- Atención y Protección a víctimas (el MINSAL en Mesa temática).
- Fortalecimiento Institucional.

Política Nacional De Salud

A partir del desarrollo de la política de salud 2015 – 2019, se integra el Eje Violencia y Salud, donde establecen las siguientes líneas de acción:

- implementar plan de prevención de la violencia y empoderamiento de la sociedad considerando marco legal vigente.
- Crear espacios de participación social enfocados en grupos en situación de vulnerabilidad por medio de sensibilización y concientización en prevención de violencia.
- Promover la investigación para detectar la magnitud del problema de violencia y las inequidades sociales involucradas, costos que genera y otros factores para desarrollar intervenciones efectivas.
- Promover la participación del Sistema Nacional de Salud con otros actores públicos, privados y sociedad civil como parte de esfuerzo multisectorial efectivo para abordar violencia en todas sus formas.
- Promover modos de vida saludables libres de violencia a través del desarrollo de intervenciones, información, educación y comunicación en el SNS con participación interinstitucional e intersectorial:
 - Transversalizar el abordaje integral de la violencia (curso de vida, con enfoque de derechos y género).
 - Definir estrategias que generen espacios amigables para atención integral a afectados por violencia.
 - Fortalecer unidades especializadas para atención de violencia contra las mujeres.
 - Fortalecer el sistema de información en salud para el adecuado registro que permita georreferenciar y caracterizar los tipos y ámbitos generando herramientas.
- Contribuir a una cultura de paz mejorando los modos de vida y condiciones de vida de familias salvadoreñas.

Atención integral a las víctimas de violencia

Capacidad instalada en el Ministerio de Salud

Hospitales

- 20 Hospitales cuentan con unidades institucionales de Atención Especializada para Mujeres.

- 11 Hospitales: Oficinas Locales de Atención a Víctimas.
- 6 Hospitales: Unidades de Atención a víctimas de Violencia

El MINSAL cuenta con los lineamientos integrales de atención a todas formas de violencia que se aplican en los 30 hospitales y 756 establecimientos de primer nivel. Los lineamientos incluyen la atención integral en salud a todas las formas de violencia en el curso de vida, incluyendo las tres formas de violencia que afectan a las mujeres, con algoritmos para el tratamiento (profilaxis ITS, VIH y anticoncepción de emergencia) y referencia a instancias de justicia y protección correspondientes.

Avances

Unidades Institucionales de Atención Especializada (UIAEM)

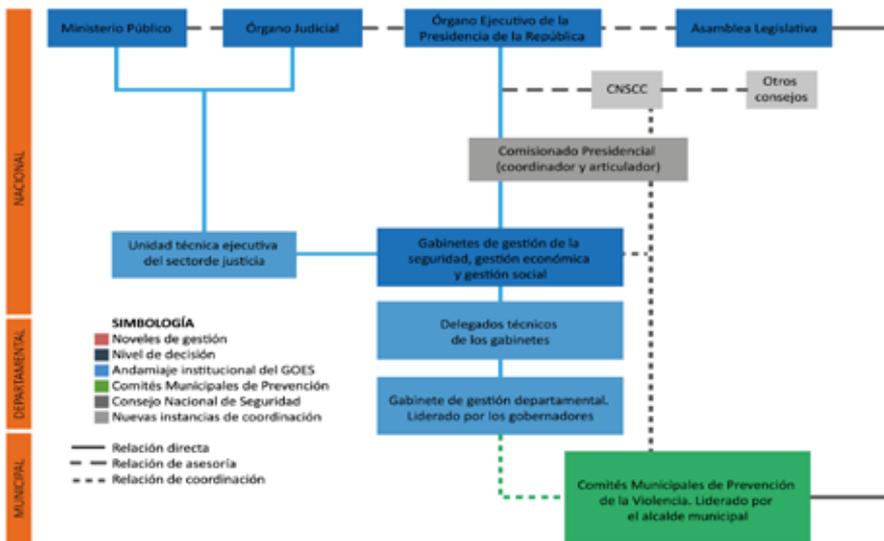
- Se ha habilitado infraestructura en 20 Hospitales Nacionales de referencia de los Municipios priorizados para la atención en salud de personas afectadas por violencia.
- Equipamiento e Instrumental básico para las áreas de atención especializada en 20 Hospitales nacionales.
- Se continuará el fortalecimiento con equipo e instrumental nuevo, requerido para la atención en el resto de Hospitales Nacionales.

Unidades Integrales de Atención

Las Unidades Hospitalarias para la atención de víctimas de violencia contempla un conjunto de intervenciones integrales en salud provistas por personal multidisciplinario, con calidad en un ambiente de privacidad y confidencialidad, encaminadas a restablecer la condición física, psicológica, emocional, de una persona que ha enfrentado una situación de violencia, se realiza especial énfasis en la violencia sexual. Estas intervenciones incluyen acciones de prevención, promoción y rehabilitación.

El personal responsable realiza la coordinación, referencia, interconsulta y retorno con otros niveles de atención de la Redes Integrales e Integradas de salud (RIIS), instituciones legales y organizaciones del sector para el abordaje integral y sistémico de una persona afectada por violencia.

Gráfica 17. Sistema Nacional de Seguridad: articulación del Estado para la implementación del Plan El Salvador Seguro



Sistema Nacional de Seguridad: articulación del Estado para la implementación del Plan El Salvador Seguro. *Grafica 17. Pag 75. Plan El Salvador Seguro*

Rutas de atención

- Detección / Referencia, por Establecimientos de Salud, FGR, IML o demanda espontanea.
- Atención integral a víctimas de hechos de violencia, aplicando los protocolos establecidos.
- Aviso a la FGR/ PNC para la investigación del caso.- (en menores de 18 años obligatorio y en mayores según consentimiento).
- En el caso de NNA, aviso a Juntas de Protección de Niñez y Adolescencia de la zona de influencia.
- FGR coordina con el IML para la realización del peritaje.
- Dar seguimiento psicológico a la víctima.
- implementar medidas de protección.
- En los casos que la vulneración de derechos de NNA implique un delito, se informa a la Junta de Protección y a la PGR.

Unidades de Atención Especializada (Fondos de Contribución Especial)

- Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana.
- Hospital Nacional Santa Gertrudis, Zacatecoluca.
- Hospital Nacional San Pedro, Usulután.
- Hospital Nacional Jiquilisco, Usulután.

En Proceso

- Hospital Nacional Soyapango, San Salvador.
- Hospital Nacional Zacamil, San Salvador.

No.	Plan Nacional de Prevención de Violencia 12 estrategias persona, familia y comunidad
1	Construyendo capacidades de formación en la prevención de violencia que afecta a Jóvenes.
2	Fortalecimiento de las capacidades familiares para la Prevención de la violencia: Programa familiar para prevenir conductas de riesgo en adolescentes y sus familias.
3	Grupos de Auto-ayuda para mujeres adolescentes y jóvenes.
4	Prevención de la discriminación por diversidad Sexual.
5	Atención y seguimiento de mujeres afectadas por violencia sexual
6	Prevención del consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, dirigido a adolescentes y jóvenes
7	Estrategia de intervención de Salud Mental en la infancia-adolescencia ante el fracaso escolar.
8	Prevención, Identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas.
9	Desarrollo de capacidades en el personal de salud para la Identificación temprana de factores de riesgo en adolescentes y jóvenes.
10	Formación de Promotores Juveniles de Salud.
11	Círculos Educativos con adolescentes embarazadas.
12	Desarrollo de factores protectores en salud, implementando técnicas de Reanimación Cardiopulmonar Básica.

Resultados

- 489 familias (mujeres y hombres) beneficiadas con los talleres de fortalecimiento de capacidades para la prevención de violencia.
- 681 jóvenes beneficiados con talleres de capacidades para la prevención de violencia.

- 779 mujeres beneficiadas con grupos de autoayuda por violencia.
- 123 recorridos participativos para prevención de VIH y disminución de la discriminación por diversidad sexual.
- 5638 adolescentes beneficiados en recorridos participativos.
- 3033 tamizajes para detección de factores de riesgo.
- 4644 tamizajes para detección de violencia en todas sus formas.
- 1882 consejerías individuales.
- 1144 promotores juveniles de salud.
- 1369 jóvenes y adolescentes beneficiados con educación de pares.
- 796 jóvenes embarazadas en círculos educativos.
- 1278 jóvenes formados en Reanimación Cardiopulmonar.
- 3,364 escalas para detección de violencia aplicadas.

Resultados de las discusiones en mesa y plenaria

La mesa no se centró en la matriz proporcionada, sino que decidieron tomar como parte del proceso de discusión aspectos que se deben de tomar en cuenta como parte del abordaje integral de salud y violencia:

- Este eje debe tener un plan de implementación, los profesionales deben conocerlo, lo que requiere capacitación pues existen elementos muy sensibles en todo el proceso de manejo de la violencia. Debe identificarse sitios donde se implemente el programa de acción previamente elaborado.
- Es un plan a largo plazo: ES un plan intergeneracional no hay resultados inmediatos, lo que implica que hay que mantenerlo en el tiempo, evitar cambios y mantener a los equipos rectores así como sus líderes.
- Debe iniciarse una aproximación a los grupos más vulnerables, ante un proceso tan grande se pueden identificar grupos especialmente vulnerables, ya que el plan contempla un abanico de oportunidades hay que iniciar por los más vulnerables.
- Falta la elaboración de indicadores específicos de resultados, no indicadores de procesos lo que requiere una exposición y transparencia de los procesos realizado de cara a los resultados.

- Importancia de la transversalidad, en el caso de la violencia no es un eje nuclear es una actividad transversal con un enfoque en la determinación social que aborda aspectos como vivienda, alimentación, etc.
- Sostenibilidad financiera en el tiempo, no se dispone de más dinero sobre todo en las condiciones fiscales actuales no brindarán un mayor presupuesto para la realización de las actividades, cada programa vertical no puede aplicarse de forma agresiva, pues involucra al mismo personal existente que debe incorporar a sus actividades las relacionadas al programa.
- Identificar como agentes del sistema sanitario se convierten en agresores y violentos contra la población vulnerable a la que brinda atención, lo cual se percibe que el sistema es lento o a veces no brinda una respuesta adecuada a esta situación. Es más grave la violencia que ejerce un profesional médico que cualquier otro tipo de violencia. El sistema de salud es un agente de violencia por omisión en los casos de violación y extremadamente reactivo en el caso de aborto. Habrá que hacer un análisis sobre las respuestas que brindan los profesionales en estos dos casos específicos.

EJE 10



**SALUD
AMBIENTAL**

Marco Conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, el 71% de la población mundial utilizaba un servicio de suministro de agua potable gestionado de forma segura (ubicado en el lugar de uso, disponible cuando se necesita y no contaminado)³⁵. Asimismo, hace mención que el 89% de la población mundial utilizaba al menos un servicio básico (fuente mejorada de suministro de agua potable para acceder a la cual no es necesario un trayecto de ida y vuelta superior a 30 minutos), 844 millones de personas carecen incluso de un servicio básico de suministro de agua potable, cifra que incluye a 159 millones de personas que dependen de aguas superficiales y en todo el mundo, al menos 2000 millones de personas se abastecen de una fuente de agua potable que está contaminada por heces. La OMS hace referencia también a que el agua contaminada puede transmitir enfermedades como la diarrea, el cólera, la disentería, la fiebre tifoidea y la poliomielitis y se calcula que la contaminación del agua potable provoca más de 502, 000 muertes por diarrea al año.

Según la Administración de Acueductos y Alcantarillados (ANDA)³⁶, la población rural se estima en 2, 389,350 habitantes, de los cuales solo 1, 758,459 (73.58%) tiene abastecimiento de agua, y el sistema proporcionado por ANDA, abastece a 496,612 habitantes, es decir el 20.78%. Asimismo, los Sistemas de Abastecimiento Agua Potable y Saneamiento (SAPS) no administrados por ANDA, son atendidos por las comunidades y pequeñas municipalidades que beneficiando a un 1, 261,846 habitantes (52.80% de cobertura); y de los 2,325 SAPS que existen en el país, 1,093 de ellos tienen un pésimo funcionamiento y que afecta a aproximadamente 593,203 personas. Aunado a ello, 814 SAPS funcionan con deficiencias perjudicando a más de 440,000 personas. Lo más apremiante es que 630,892 habitantes, el 26.43%, se abastecen de formas no convencionales, es decir, ríos, manantiales, pozo artesanal, compra, etc.

Según la Dirección de Vigilancia Sanitaria³⁷, durante el año 2018 se tuvo 1,831, 893 consultas por respiraciones agudas, 334,983 consultas por diarreas y gastroenteritis y 157,759 consultas por parasitismo intestinal, la mayor parte de ellos tienen que ver por la falta de los servicios básicos en las viviendas, preparación de los alimentos y el lavado de manos de las personas.

La situación del Saneamiento Básico y Ambiental en El Salvador ha sido por muchos años un problema que ha venido afectando el medio ambiente, la economía, la salud y la calidad de vida de las personas, y en la vida diaria, la contaminación del ambiente está provocando enfermedades, entre ellas, gripe, asma, tos, diarreas, hipertensión, cáncer, insuficiencia renal, sordera, estrés, depresión, insomnio, irritabilidad, entre otros. Ciertamente, la percepción de la gente se ve reflejada en la mayor parte de los municipios del país en donde existe en el ambiente presencia de aguas residuales,

35 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>

36 Diagnóstico del sub sector de agua potable rural, ANDA, El Salvador 2015 (borrador)

37 Boletín Epidemiológico 2018, MINSAL.

desechos sólidos de construcción, cadáveres de animales y basura en calles, predios baldíos, parques, quebradas, lagos, ríos, mares y otros espacios públicos y privados, polvo, ruido, humo proveniente del transporte colectivo y particular, agroindustria y el comercio.

Los problemas sociales y ambientales del país, anteriormente mencionados, han preocupado al Ministerio de Salud y a los gobiernos del cambio, por los impactos que estos generan en la salud y calidad de vida de los salvadoreños. Y la alternativa de solución a estos problemas, parte por garantizar los servicios de agua potable en cantidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad; garantizar la prestación del servicio y gestión integral de los desechos y residuos sólidos y líquidos; e importante, la participación activa, permanente y planificada de los diferentes actores y sectores a fin de reducir, prevenir, controlar y combatir con determinación, las fuentes que generan la contaminación a los recursos hídricos, el suelo y el aire.

Ante esos problemas de saneamiento, el marco legal de salud establece que el MINSAL tiene la responsabilidad de hacer acciones de promoción, prevención y vigilancia del agua de consumo humano, alimentos pre envasados, agua superficial y piscinas, sustancias químicas y peligrosas, desechos bio infecciosos, y calidad del aire de interiores, así como la vacunación antirrábica de perros y gatos, las cuales son implementadas por el personal de Salud Ambiental del ministerio de salud.

En nuestro país y en otras partes del mundo se ha venido usando las palabras saneamiento ambiental, entornos saludables, atención del medio, higiene del ambiente, salubridad ambiental, ambientes saludables, entre otros, y todos para referirnos fundamentalmente a lo mismo, Salud Ambiental. La Política Nacional de Salud 2015-2019, incorpora el eje "Salud Ambiental" con el objetivo de fortalecer la reforma de salud iniciada con los gobiernos del cambio, y esta tiene como propósito, abordar y solucionar junto con la Intersectorialidad e inter institucionalidad, y desde el enfoque de la determinación social de la salud, los problemas estructurales en los que se encuentran miles de personas del área rural y urbana, respecto al acceso al agua potable, el tratamiento de las excretas y aguas grises y la gestión inadecuada de los desechos comunes (Saneamiento Básico), así como la contaminación del aire (humo, ruido, gases, polvo), comercialización y uso irresponsable de agroquímicos y la disposición inadecuada de los desechos sólidos y líquidos en cuerpos de agua, calles y predios baldíos (Saneamiento Ambiental).

Durante la construcción del eje de salud ambiental, en las discusiones de mesa se hacía mención de lo que deseábamos del eje (el sueño), conociendo que los problemas de agua y saneamiento es interinstitucional e intersectorial, surgiendo entonces tres ideas fundamentales, primero, que la población Salvadoreña cuente con agua potable en cantidad, calidad, accesible, asequible y sostenible; segundo, que la población cuente con acceso y al tratamiento adecuado de las aguas grises y negras, gestión adecuada de la basura y de las sustancias químicas, control de vectores, roedores y zoonosis; regulación, control, uso y comercialización responsable de los plaguicidas;

control de humo, aire, ruido y fetidez, y tercero, que la población, las comunidades, las instituciones públicas y privadas y los diferentes actores y sectores contribuyan en la disminución y control de las enfermedades de origen hídrico, alimenticio, vectorial, zoonótico y ambiental.

La estrategia de Salud Ambiental tiene como propósito prevenir (promoción, información, educación, comunicación y organización) y gestionar la participación activa y sostenible de las instituciones públicas, privadas y comunitarias, en la solución integral de los problemas del saneamiento básico y ambiental, a fin de mejorar la salud y calidad de vida de los salvadoreños del campo y la ciudad. La Política Nacional de Salud 2015-2019 hace referencia en que *la aplicación del marco jurídico en materia de salud ambiental le corresponde al MINSAL, para lo cual es necesario el abordaje de la determinación social de la salud para superar las restricciones que condiciona el enfoque biomédico. Este abordaje permite adoptar una nueva concepción de la salud, comprendida como fenómeno multidimensional que abarca los procesos generales de la sociedad, dentro de los cuales se encuentran las relaciones entre humanidad y naturaleza, concepto que permite entender y enfrentar la crisis global a que nos ha conducido el modelo de desarrollo hegemónico*³⁸. Asimismo, la Salud Ambiental es el área dentro del Ministerio de Salud, que junto con otras instancias comunitarias, municipales, públicas y privadas, contribuye en mejorar y garantizar la salud y calidad de vida de la población Salvadoreña, a través de la prevención, regulación, vigilancia y verificación, considerando fundamentalmente el enfoque de la determinación social de la salud.

Antecedentes

Durante los años 2010 y 2011 se realizaron diagnósticos rápidos sobre la capacidad instalada del área de Salud Ambiental en el nivel central, regional, departamental y local, encontrándose en este, limitados recursos técnicos; limitada planificación y seguimiento de los planes anuales; limitada vigilancia y coberturas bajas de los programas de alimentos, agua, vectores y zoonosis; instrumentos normativos desactualizados; falta de equipos informáticos y comunicación, y movilización del personal; sistema obsoleto para el registro de empresas y de los alimentos y bebidas; débil control de las empresas productoras e importadoras de alcohol y tabaco; débil coordinación y apoyo entre las instancias dentro del MINSAL y las instituciones públicas y privadas, para el abordaje de la Salud Ambiental; insalubridad sanitaria en los establecimientos de salud; limitantes en la formación técnica del personal operativo de saneamiento y vectores; limitantes técnicas del personal clínico en temáticas de zoonosis, vectores y saneamiento; entre otros.

En el primer gobierno del cambio se tuvo además, una preocupación de las miles de personas que anualmente se enferman como consecuencia de la falta de agua potable y saneamiento en las viviendas de la zona urbana y rural del país, especialmente, enfermedades diarreicas, gastrointestinales y vectoriales (dengue, zika, chicungunya,

38 Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2015-2019.

Chagas), así como la contaminación del ambiente. La Política Nacional de Salud *"Construyendo La Esperanza 2009-2014"*, estrategia veintidós, hace mención al Agua y Saneamiento Ambiental, y en la estrategia se mencionan las siguientes acciones, a saber, mecanismos de participación social y contraloría ciudadana, vigilancia de la calidad del agua, limpieza de cuerpos de agua, control sanitario de los alimentos, manejo integral de los desechos sólidos, control de animales domésticos e impulsar campañas de higiene y educación ambiental, en coordinación con otras instituciones. Particularmente, la política hace mención a desarrollar actividades de educación ambiental, manejo integral de los desechos sólidos, marco normativo, control de vectores y roedores, y acceso y disponibilidad de agua y saneamiento.

En la actualización de la Política Nacional de Salud 2015-2019, el MINSAL junto con las diferentes instituciones públicas, privadas y comunitarias, incorporan la Salud Ambiental como eje estratégico de la reforma de Salud, con la visión de garantizar junto con la Intersectorialidad e interinstitucionalidad la disponibilidad de agua potable en cantidad, calidad, accesible, asequible y sostenible; acceso al tratamiento adecuado de las aguas grises y negras; gestión integral de la basura; vigilancia de las sustancias químicas; control integral de los vectores, roedores y zoonosis; regulación, control, uso y comercialización responsable de los plaguicidas; control y erradicación de la contaminación ambiental; y que la población, las comunidades, las instituciones públicas y privadas y los diferentes actores y sectores, contribuyan en la disminución de las enfermedades de origen hídrico, alimenticio, vectorial, zoonótico y ambiental.

Durante los últimos diez años, el gobierno central y el Ministerio de Salud, a través de su Dirección de Salud Ambiental, obtuvo importantes avances técnicos y administrativos, entre ellos:

- Posicionamiento a nivel nacional del tema Salud Ambiental, como medida preventiva ante las instituciones públicas, municipales, privadas y comunitarias.
- Junto con la interinstitucionalidad se incrementó la cobertura de vacunación canina y felina, y desde el año 2009, el país no cuenta con casos de rabia humana, lo que permitió hacer inversiones anuales de dos millones de dólares para vacunar a nivel nacional aproximadamente 1.3 millones de perros y gatos.
- Desde el año 2012 se equiparon las diez Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI), ubicadas en puertos, aeropuertos y fronteras del país, así como el fortalecimiento de capacidades.
- Se mejoró la atención de forma oportuna, eficaz y eficiente a un poco más de mil empresas y personas naturales, que registran anualmente más de 4,000 alimentos y bebidas, así como la autorización en línea de más de 60,000 productos por año.
- incremento en la vigilancia de los alimentos, agua potable, aguas superficiales y piscinas, y sustancias químicas.

- Para el control de ratas y ratones, desde el año 2011 se ha invertido un promedio anual de \$50,000.00 para la compra y aplicación de rodenticida en mercados, centros escolares y viviendas, asimismo, capacitación a usuarios de mercados municipales a fin de prevenir la leptospirosis.
- El MINSAL junto con el MAG establecieron la Comisión Técnica Nacional de Zoonosis, quienes dan seguimiento a las enfermedades: rabia, ántrax, brucelosis y tuberculosis animal.
- Con el objetivo de llevar un mejor control de las empresas y personas naturales que producen, importan y comercializan alcohol, durante el año 2013 el MINSAL y FOSALUD crean la unidad de alcohol y tabaco, con la contratación de 20 técnicos para el nivel central y las cinco regiones, quienes tienen la función de capacitar a usuarios, vigilar y registrar a un promedio de 200 empresas y personas naturales.
- Mejora del desempeño laboral de los inspectores y personal operativo de vectores, mediante la adquisición de computadoras, motos, escritorios, mesas, archivos y sillas.
- Para el control integral de los vectores, se adquirieron más de 400 bombas de fumigación.
- Desde el año 2010 hasta la fecha, la Dirección de Salud Ambiental, tuvo presencia activa y permanente en el Fondo Ambiental de El Salvador (FONAES), Sistema Nacional de Protección al Consumidor (SNDPC), Sistema Nacional de Gestión del Medio Ambiente (SINAMA) y Consejo Nacional de Marea Roja (CONAMAR), Comisión Técnica Nacional de Zoonosis; se ha dado continuidad a la Comisión Nacional de Plaguicidas (CONAPLAG), Comisión Nacional de Agua potable y Saneamiento (CONAPS), Comité Técnicos Nacionales de Reglamentación Técnica entre el MINSAL y OSARTEC y en el Comité Sectorial de Alimentos.
- Con el objetivo de cuidar y recuperar el medio ambiente, así como cumplir con el marco legal nacional ambiental, el MINSAL aprueba en el mes de enero del año 2019, la Política Ambiental Institucional y en diciembre del año 2018, se retiran aproximadamente 25.5 toneladas de agroquímicos (DDT y HCB); productos almacenados en el año 1997 en la fábrica de artefactos sanitarios del MINSAL, y que han sido destruidos por la empresa cementera HOLCIM durante los meses de enero y febrero del año 2019, para lo cual el MINSAL invirtió para su disposición final \$ 120,000.00.
- Desde el año 2013 hasta la fecha, se recicla un promedio anual de 200 toneladas de papel, cartón, plásticos, aluminio, vidrio y hierro, lo cual contribuye a reducir el impacto de estos productos al medio ambiente.

- Los establecimientos de salud producen un promedio mensual de 20,000 a 30,000 litros de PURIAGUA, los cuales benefician a aproximadamente 250,000 viviendas por año, especialmente, en aquellas zona en donde no se cuenta con agua potable segura. 15. El 100% de los Hospitales y UCSF cuentan con el tratamiento sanitario adecuado de más de 1,800 toneladas de desechos bioinfecciosos generados, los cuales representa un costo de más de dos millones de dólares, y de esa manera, el MINSAL contribuye en la protección y cuidado del medio ambiente y la salud de la población.
- Desde el año 2016 se ha incrementado en más del 100% el número de muestras de agua superficial para identificar *Vibrio cholerae* en más de 40 puntos de ríos, lagos y lagunas, así como niveles de cloro, microbiológico y otros y en aproximadamente 27 piscinas públicas y privadas.
- Con el objetivo de garantizar la calidad del agua de consumo humano para la población Salvadoreña, desde el año 2010 hasta el año 2018, el MINSAL ha aumentado en más del 40% el número de muestras para análisis microbiológico, metales pesados, traza de metales y otros.
- Se implementó en el año 2014 el Sistema de Información de Salud Ambiental (SISAM), el cual registra a más de 1,000 empresas y personas naturales, y más de 4,000 productos en línea.
- Se mantiene una vigilancia a más de 450 empresas importadoras de sustancias químicas y peligrosas.

Resultados de las consultas territoriales

Avances

- Desarrollo del Marco legal: Ley del tabaco, normativa de cafetines escolares saludables, Ley de seguridad alimentaria, Ley de prohibición de la minería metálica.
- Vigilancia de alimentos y bebidas
- implementación de medidas y estrategias para reducir la contaminación en general.
- Acciones integrales de información y educación con actores y sectores locales para promover su participación en la solución de problemas sociales.
- Creación de la oficina regional de permisos sanitarios.
- Control del 100% de los sistemas de agua a nivel urbano y rural.
- Muestreo del agua para detectar agroquímicos.

- Creación y aplicación del reglamento sanitario de higiene de alimentos.
- Promoción del Control de la industria agroalimenticia
- Contar con Unidades Ambientales en alcaldías.
- Creación de tribunales ambientales a nivel intersectorial y local.
- Manejo integral de los desechos bioinfecciosos.

Desafíos y recomendaciones

- Aumentar la asignación de recursos económicos y humanos al área de Salud Ambiental.
- Regulación de las empresas transnacionales.
- Garantizar la promoción continua de ambientes libres de contaminantes en instituciones públicas, privadas, municipales y comunitarias.
- Enfrentar el cambio climático.
- Abordar y revertir efectos en países menos desarrollados de la explotación exhaustiva de recursos Naturales por los países desarrollados.
- Regulación de los agros tóxicos.
- Lograr un cambio cultural y sobretodo actitudinal en la población para que se involucre en la solución del problema y actúe activamente.
- Articulación de las instituciones (MAG/MINSAL/MARN/MINED).
- Usar energías renovables.
- Presencia de personal de saneamiento ambiental para la orientación en las comunidades.
- Estimular mayor protagonismo del MARN.
- Fortalecer y hacer cumplir marco legal.
- Desarrollar mecanismos de educación y denuncia de la población en materia de medio ambiente.
- Revisar Ordenanzas Municipales y leyes de medio Ambiente.

- Promulgar Ley de Aguas.
- Coordinar instancias sancionatorias de Normas y reglamentos: Fiscalía, alcaldías, PNC, MARN y MAG.
- Hacer cumplir a Empresas amortiguación de su impacto ambiental.
- implementar una Unidad Ambiental del MINSAL.
- Conformar una escuela de capacitación en salud ambiental.
- Controlar trabajo y efectividad del personal de campo.
- implementar un plan mensual de saneamiento con evaluación y seguimiento que incluya Servicios de Agua segura y, disposición de desechos comunes.
- Analizar las responsabilidades del personal de salud ambiental en los programas de consumo de alcohol y tabaco, y en la vacunación de perros y gatos.
- investigar el impacto en salud de la relación sociedad/medio ambiente.

La Salud Ambiental en el marco del Congreso de la Reforma de Salud

Caracterización y avances de la Salud Ambiental

Antecedentes

Es un eje bastante nuevo, (14 meses de instalación). Salud Ambiental es el desafío para profundizar la Reforma de Salud. Cuando OMS dice que el 23% de la morbi-mortalidad tiene que ver con las condiciones ambientales, significa que esta área debe fortalecerse. Porque si no se hacen esfuerzos en ese 23% la cobertura no será suficiente.



2009 – 2012

Se trabajó en la política de Salud 2009 – 2014 “Construyendo La Esperanza” en la estrategia 22 se reconoce como Agua y Saneamiento, y tenía 6 líneas de acción, únicamente estaban incluidos agua, zoonosis dejando de fuera el tema de saneamiento. Se hicieron revisiones, actualizaciones, reglamentos y normas y sufrió la unidad una reestructuración.

2013

Se establece la Dirección de Salud Ambiental (DISAM), donde se fusionan las dos áreas: Saneamiento y alimentos, y se le suman la unidad de Vectores, Zoonosis convirtiéndose la dirección en 5 unidades que integran la Dirección.

2014 - 2016

Actualización del Manual de Funciones, y se incorpora la unidad ambiental dentro de los requerimientos.

2017 – 2019

Con la actualización de la política se presenta como Eje dentro de la Reforma de Salud y se presenta dentro del plan estratégico que incluye 15 líneas de acción correspondiente al eje.

Dentro de las apuestas se encuentra:

- Realización del mapa de salud ambiental.
- Creación de un Acuerdo Nacional con los diferentes actores que permitan garantizar el futuro de la Salud Ambiental.
- Apuesta al ODM 6 que tienen que ver con Agua y Saneamiento
- Financiamiento

Proyecciones de la Salud Ambiental

- La población Salvadoreña cuente con agua potable en cantidad, calidad, accesibles, asequibles y sostenibilidad.
- La población cuente con acceso y al tratamiento adecuado de aguas grises y negras, gestión adecuada de la basura y de las sustancias químicas, control de vectores, roedores y zoonosis; regulación control, uso y comercialización responsable de los plaguicidas; control de humo, aire, ruido y fetidez.

- La población, las comunidades, las instituciones públicas y privadas y los diferentes actores y sectores contribuyan en la disminución y control de las enfermedades de origen hídrico, alimenticio, vectorial, zoonótico y ambiental.

Salud Ambiental: 13 programas

- Vigilancia del agua para consumo humano: Se realizan anualmente 10,000 muestras de agua para consumo
- Vigilancia de aguas superficiales y piscinas: Se realizan muestreos a lagos, piscinas, se busca Vibrio cólera, coliformes totales
- Vigilancia de Sustancias Químicas y Peligrosas como Éter, benceno, Cloro (gas), se supervisan alrededor de 500 empresas (10 millones de kilogramos de sustancias químicas)
- Vigilancia de emisiones atmosféricas de fuentes fijas: Verificación en ladrilleras, tejas, Agro industria, etc
- Vigilancia de Sólidos Comunes y Bioinfecciosos, se generan más de 2,800 toneladas de desechos sólidos, se reciclan más de 200 toneladas al interior del ministerio
- Marco regulatorio de cadáveres: Se está actualizando
- Alcohol y Tabaco: el personal está totalmente financiado por FOSALUD
- Procedimientos administrativos para la emisión de permisos sanitarios
- Gestión Ambiental Institucional
- Registro y reconocimiento sanitario de alimentos y bebidas: Anualmente ingresan más de 3 mil alimentos nuevos. Más de 60 mil importaciones que se realizan en línea
- Vigilancia de Alimentos fortificados, como azúcar, pasta, sal, etc
- Vigilancia de sistemas de aguas negras y grises
- Control de vectores y zoonosis: Inspectoría dedica alrededor del 60% del tiempo en control de vectores y zoonosis

Resultados y brechas

Unidad Alimentos y Bebidas

- Vigilancia del 10% de los Alimentos registrados y reconocidos
- Vigilancia del 80% de los Alimentos fortificados
- Vigilancia del 40% de los establecimientos alimentarios
- Autorización en línea aproximadamente de 60,000 productos
- Capacitación permanente en BPM a manipuladores de alimentos, restaurantes, etc.

Unidad de Saneamiento (básico)

- Vigilancia del 27% de los sistemas abastecedores de agua potable (3,325 Sistemas a nivel nacional)
- Vigilancia del 100% de las empresas envasadoras de agua potable (45 a nivel nacional)
- Análisis fisicoquímicos y bacteriológicos: 10,500 muestras de agua potable a nivel nacional

Unidad Saneamiento (ambiental)

- Supervisión y vigilancia al 91% de las empresas importadoras de sustancias químicas y peligrosas
- Vigilancia de 48 piscinas, 29 ríos y 8 lagunas/lagos. Vibrio choleare y coliformes fecales
- Vigilancia del 100% de los desechos bioinfecciosos (MINSAL) y 93% del SNS.
- Vigilancia y verificación de la contaminación ambiental
- Implementación del reciclado de 210 toneladas por año en los establecimientos de salud

Unidad de Zoonosis

- Producción de 1, 500,000 vacunas por año
- Vacunación de 1, 262,042 perros y gatos (93%)

- Participación de dos comisiones intersectoriales: CONAMAR y CNTZ
- Vigilancia de la Tuberculosis, brucelosis y leptospirosis
- Atención de 10 OSI

Unidad de Alcohol y tabaco

- Autorización de 30 millones de litros de alcohol
- Vigilancia intersectorial a las empresas productoras e importadoras de alcohol y tabaco

Unidad Ambiental

- Asistencia técnica a los 30 comités ambientales hospitalarios y UCSF
- Seguimiento y verificación de los planes operativos anuales de los establecimientos de salud
- Construcción de la política ambiental institucional

Unidad de Vectores

- Vigilancia y control de los vectores: Dengue, Chik-V, Zika, Malaria, leishmania, Chagas
- Intersectorialidad
- COLVOL (Colaboradores Voluntarios)

Situación de agua y saneamiento

- Más de 18,000 personas agredidas por perros y gatos
- 76,111 viviendas depositan las aguas residuales a quebradas, ríos o lagos
- 24,316 viviendas depositan las aguas residuales de otras formas (plantas de tratamiento, resumideros, etc.)
- 909 Casos de personas intoxicadas con plaguicidas
- 609,534 viviendas depositan las aguas residuales a la calle o al aire libre

- 3,186.97 toneladas de basura se generan por día y solamente el 80% tiene una disposición adecuada
- Contaminación acústica y seguridad ocupacional en talleres y otros
- 24,472 viviendas se abastecen de agua con camión, carreta o pipa
- 63,883 viviendas se abastecen de ojo de agua, río o quebrada
- 13,849 viviendas se abastecen de agua de otras formas
- 6,854 viviendas se abastecen de agua lluvia

Desafíos según la población

- Limitada inversión de los gobiernos locales en agua y saneamiento
- Desorden territorial generalizado
- Limitados recursos de los establecimientos de salud para implementar el eje y la política nacional de saneamiento ambiental
- Incumplimiento del marco jurídico ambiental de la industria, agroindustria, comercio y servicio
- Epidemias y emergencias
- Falta de priorización de proyectos en agua y saneamiento
- Seguridad pública y laboral
- Marco jurídico nacional disperso y falta de seguimiento /aplicación
- Voluntad política de ciertos sectores por resolver los problemas
- Riesgo social
- Falta de concientización de la población
- Poca o nula fiscalización del cumplimiento de leyes y programas en las instituciones

Líneas de acción y avances

Líneas de acción	Avances
Implementar medidas y estrategias innovadoras y sustentables en salud más allá de las estrategias de adaptación al cambio climático, fortaleciendo la resiliencia de las comunidades y la incidencia global	Coordinación y participación activa de temática de CC. Elaboración de POICCS (CISALUD)
Implementar medidas y estrategias junto a CISALUD y otras instancias a nivel nacional y desarrollar incidencia en los foros internacional que aborden la contaminación, daño e impacto a la salud y el ambiente	Participación en eventos nacionales e internacionales sobre agua, saneamiento, calidad de aire de fuentes fijas, alimentación y zoonosis
Capacitar integralmente en salud ambiental a técnicos y funcionarios de las instituciones públicas, privadas, municipales y comunitarias	Capacitación junto con ANDA a los abastecedores del agua potable. Capacitación personal de salud ambiental en los diferentes programas
Elaborar, impulsar y garantizar el acuerdo nacional por la salud ambiental entre las instituciones públicas, privadas, municipales y comunitarias	Elaborado plan y socialización con las diferentes instituciones. Incorporado en el PEI 2018
Promover acciones integrales de información, educación y comunicación con los actores y sectores locales y nacionales	Elaborado plan y socialización con las diferentes instituciones. Incorporado en PEI 2018 FAE 2018
Promover el cumplimiento del marco legal relacionado con la salud y el ambiente por parte de las instituciones públicas y privadas	Elaborado plan y socialización con las diferentes instituciones Incorporado en PEI 2018 FAE 2018
Elaborar y divulgar el mapa de salud ambiental con los diferentes actores y sectores públicos, municipales y comunitarios	Elaborado plan y socialización con las diferentes instituciones Incorporado en PEI 2018
Fortalecer la vigilancia sanitaria y fomentar la investigación con las instituciones públicas, privadas, municipales y comunitarias en el área urbana y rural.	Iniciado estudio situación sanitaria de pozos artesanales. Implementado plan sanitario a plantas artesanales de lácteos. Incorporado PEI 2018
Gestionar los recursos financieros que permitan asegurar la implementación de este eje.	Coordinación y presentación de proyecto por un monto de \$200,000.
Implementar medidas y estrategias de saneamiento básico a fin de reducir las brechas de acceso a cobertura y servicios de agua segura para el consumo humano intubada y continua, tratamiento de los desechos comunes y de las aguas residuales	Elaborado plan e incorporado en PEI 2018 Incorporado en FAE 2018 construcción de artefactos sanitarios
Implementación de acciones y estrategias que promuevan BPM, la calidad e inocuidad de los alimentos y bebidas.	Planes de capacitación permanente a personal de establecimientos alimentarios. Incorporado PEI 2018

Líneas de acción	Avances
Fomentar la investigación y la gestión de calidad en los alimentos y bebidas producidos e importados.	Elaborado plan y socialización con las diferentes instituciones MAG, MINEC, MINSAL, DC Incorporado en PEI 2018
Impulsar acciones de regulación, sensibilización y educación con las instituciones públicas y privadas, así como con las organizaciones comunitarias, a fin de que la población salvadoreña consuma alimentos y bebidas saludables.	Plan y marco normativo de cafetines saludables. Coordinación con instituciones de gobierno para revisión de nuevo etiquetado. Incorporado en PEI 2018
Acompañar a los diferentes actores y sectores locales y nacionales en la garantía de la calidad e inocuidad de los alimentos	Coordinación con MAG y DC en la vigilancia de alimentos lácteos y otros. Incorporado en PEI 2018
Consolidar la soberanía alimentaria desde la inter e intrasectorialidad, para garantizar el acompañamiento a diferentes sectores en la producción y acceso a alimentos de calidad	Incorporado en PEI 2018 para trabajar plan y su ejecución.

Desafíos

- Fortalecimiento Institucional
- Fortalecer capacidades técnicas
- Fortalecer los programas con medios de transporte, comunicación, insumos y otros (SISAM)
- Fortalecer la vigilancia y el monitoreo de los programas del eje
- implementar la estrategia nacional de Información, Educación y Comunicación
- implementar las líneas de acción establecidas en la PNS 2015-2019
- Fortalecer e integrar el eje de salud ambiental con los demás ejes
- Fortalecimiento Intersectorial
- Reducir y erradicar la falta de los servicios básicos
- Reducir y erradicar la insalubridad urbana y rural
- Reducir y erradicar progresivamente los agroquímicos que impactan la salud y el ambiente
- Fortalecer capacidades técnicas y la articulación del eje según competencias y funciones, con los diferentes actores y sectores en el nivel local

- Implementar la estrategia de información, educación y comunicación en salud ambiental
- Cumplir los ODS 2030, convenios y acuerdos internacionales

Experiencias exitosas de alimentos y bebidas

Sistema de Registros y Bebidas

Unidad de Alimentos

Es un programa prevención, orientado a disminuir los factores de riesgo que puedan estar presentes durante la elaboración de alimentos procesados, su ejecución demanda de intervenciones en las etapas de: procesamiento, almacenamiento, distribución, transporte y comercialización.

Objetivos de la Unidad de Alimentos

Objetivo General

Dar cumplimiento al marco normativo de alimentos y bebidas nacionales e importadas con el fin de garantizar la calidad e inocuidad de los mismos para el consumo humano.

Objetivos Específicos

- Emitir el registro sanitario y reconocimiento de registro de los alimentos y bebidas procesados, materias primas con el fin de controlar la calidad e inocuidad de los mismos.
- Evaluar la calidad e inocuidad de los alimentos y bebidas a través del registro sanitario y la vigilancia en fábricas y puntos de comercialización.
- Desarrollo de capacidades a los diferentes niveles del MINSAL en materia de alimentos y bebidas.

Antecedentes

La unidad de Alimentos contaba con un sistema local que reemplazo en el año 2006 por un sistema web: "Sistema de Tramites en línea".

- Necesidad de contar con un sistema ágil y eficiente para los trámites de la Unidad.
- Necesidad de enlace interinstitucional.
- Facilitación del comercio.

Sistema de Información de Salud Ambiental

El SISAM es un componente del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) del MINSAL para mejorar todos los procesos internos y externos de la Dirección de Salud Ambiental (DISAM), el cual está siendo desarrollado por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC).

Sistema de Información de Salud Ambiental

Bienvenido, se encuentra en el Sistema Integral de Servicios de Salud Ambiental. Por favor seleccione el servicio al que desea acceder:



Objetivo del SISAM

Facilitar al usuario los trámites de registro sanitario de alimentos y bebidas, así como los procesos de reconocimiento mutuo contemplados en los Reglamentos Técnicos Centroamericanos (RTCA).



Procesos que se pueden hacer desde el SISAM

- Registro de empresa (persona natural y jurídica) para trámites ante la DISAM.
- Proceso de Registro Sanitario del producto.
- Proceso de Reconocimiento Mutuo dentro del Marco de la Unión Aduanera.
- Proceso de Importación de Alimentos y Bebidas

Beneficios de SISAM

- Gestión del trámite en línea (24/7)
- Optimización de recursos.
- Modernización y facilitación del comercio -Interconexión con SIRRS (eliminación del CLV)
- interconexión con CLEX para pago en línea
- Usuarios satisfechos:
- Reducción de tiempos de tramitología
- Monitoreo de su trámite en línea

Resultados de las discusiones en mesa y plenaria

Avances

- Participación de la sociedad civil (Foro Nacional de Salud) en la política de medio ambiente.
- Desarrollo y aplicación de marco legal en medio ambiente.
- Mejora del control del registro sanitario de bebidas y alimentos.

Desafíos

- Crear participación de sociedad civil a nivel nacional en medio ambiente (creación de mesas).
- Designación de presupuesto sostenible para dar una respuesta al problema ambiental.

- Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos para una cobertura eficiente en problemas de medio ambiente.
- integrar las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para el desarrollo del trabajo intersectorial en materia de salud ambiental.

Factores y actores que han obstruido el cumplimiento

- Falta de un proceso de formación permanente al personal de salud y liderazgo para generar conciencia de cuidado y defensa a la madre tierra a los ecosistemas siendo los hombres y mujeres parte de ella.
- Falta de una mesa intersectorial para el abordaje de la problemáticas ambientales.
- Falta de articulación entre la Dirección de Salud Ambiental y la Mesa Sectorial.
- Falta de estructura de rutas o protocolos de denuncias y demandas con el adecuado seguimiento por parte del MINSAL.
- No se asignó personal ni presupuesto para el desarrollo de esta área como eje estratégico de la Reforma de Salud.

Acciones para profundizar el eje

- Mayor incremento presupuestario al eje de Salud Ambiental
- Descentralizar la vigilancia en salud ambiental a nivel local
- Promover la gestión ambiental intersectorial a nivel local
- Fortalecer y capacitar los diferentes comités locales intersectoriales
- Elaboración de un protocolo para el seguimiento de las denuncias
- Mayor cobertura en socialización del Eje de Salud Ambiental

Recomendaciones

- Profundizar el trabajo o coordinación intersectorial para sintetizar acciones.
- Reformar la tributación de la seguridad social para que el acceso a salud sea universal.
- Proponer que un porcentaje del FODES sea destinado para proyectos de saneamiento.

6. Lecciones aprendidas

- La identificación participativa de las líneas de acción y los ejes estratégicos de la Reforma de Salud y los procesos de evaluación sostenidos a lo largo de su implementación y profundización, ha generado impactos importantes en la salud de la población.
- Toda política pública para ser efectiva, requiere como lo ha demostrado la Reforma de Salud, decisiones al más alto nivel político y técnico.
- Los avances en el abordaje intersectorial son el resultado de un permanente trabajo de diálogo y negociación entre actores e instituciones, tal como se demuestra con el trabajo de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), donde se ha generado acciones focalizadas para el manejo de emergencias a nivel nacional, retomando no solo acciones susceptibles de ser extrapoladas a nivel nacional sino también acciones focalizadas en el territorio.
- El crecimiento y fortalecimiento de la participación social organizada a través del Foro Nacional de Salud (FNS) va de la mano con la profundización de la Reforma de Salud, lo cual no solo involucra y empodera a la población de los alcances de su derecho a la salud sino que también sensibiliza al personal de salud en su papel de garante de dicho derecho.
- Los procesos evaluativos con amplia participación social nacional e internacional franca y significativa, son también un ejercicio de rendición de cuentas a la población.
- El compromiso de expertos, profesionales y en general de activistas internacionales por el derecho a la salud nos ayudó a avanzar más rápidamente en el desarrollo y profundización de la reforma, constituyéndose en una herramienta importante para corregir el rumbo y contrastar y ampliar nuestro proceso con los elementos de lo que sucede en otros países y en otros contextos.

7. Recomendaciones

- Continuar fortaleciendo y defendiendo los avances de la Reforma de Salud especialmente las relaciones entre el titular del derecho a la salud (la población y su organización representativa, el Foro Nacional de Salud) y el personal de salud en su carácter de “piedra angular” del proceso de reforma.
- Darle sostenibilidad al proceso de Reforma de Salud a través de marcos y mecanismos de carácter legal que fortalezcan la rectoría del MINSAL como conductor y regulador del SNS, reduciendo el fraccionamiento y la segmentación, para asegurar con equidad el derecho de todos los salvadoreños a la salud.

- Profundizar el proceso de integración de las instancias que conforman el Sistema Nacional de Salud. Una primera medida para cumplir con esta recomendación del Congreso de la Reforma de Salud sería reducir la segmentación del SNS, lo que podría hacerse preliminarmente unificando los prestadores de servicios que se financian con fondos del presupuesto general, en este caso FOSALUD y la red de servicios del MINSAL. Paralelamente podrían también unificarse las instancias que responden al modelo de cotizaciones como es el caso del ISSS, ISBM y Sanidad Militar, lo que reduciría la segmentación actual a solamente dos instancias y se facilitaría el camino para el siguiente paso, la unificación de todos los prestadores. Este proceso facilitaría el uso óptimo de recursos que hoy se ejecutan con ineficacia e ineficiencia y permitiría avanzar con firmeza en el tema de la equidad.
- Retomar y dar seguimiento a los diferentes ejercicios de contraloría social impulsados por la sociedad civil organizada, particularmente por el Foro Nacional de Salud, a fin de que demande permanentemente el ejercicio pleno del derecho humano a la salud, haciendo realidad el mandato constitucional de es este una responsabilidad del Estado y no solo del MINSAL o del SNS.
- Intensificar para los diferentes ejes estratégicos, la búsqueda de apoyo político y financiero que permita nuevos y mejores resultados.
- Socializar los diferentes logros y avances de la Reforma de Salud mediante una verdadera estrategia comunicacional.
- Consolidar y abrir nuevos espacios de participación para personal de salud, organizaciones sociales y la población en general.
- Agotar estructuralmente el desarrollo gerencial y modernización del ente rector para cumplir con las funciones de rectoría y planear, regular, monitorear y evaluar el proceso de Reforma de Salud en su conjunto con una participación amplia de las instituciones del SNS, de otros sectores que no son el sector salud y de las organizaciones comunitarias.
- Mantener un abastecimiento continuo y sostenido de medicamentos en la red pública, eliminando al interior de todas las instituciones del SNS la fragmentada gestión de medicamentos y suministros, manteniendo la planeación, asignación e intocables los recursos destinados a este rubro.
- Desarrollar un modelo de formulación de políticas públicas de salud, que sean políticas de Estado y de largo plazo, partiendo de la construcción de un diagnóstico participativo en el que se recojan las percepciones de salud de la población y se avance a un modelo único y universal que garantice los derechos de una vida digna a toda la población. Esto requiere generar un sistema fuerte de planificación, monitoreo y evaluación vinculado a un financiamiento sólido, sostenible y congruente con el desarrollo de la ciencia, la técnica, la población y el perfil de salud.

- Para ser consecuentes con el abordaje de la determinación social de la salud existen dos amplios campos de intervención en los cuales el MINSAL como el rector de salud puede y debe incidir. Uno de estos es en el ámbito internacional y de los organismos internacionales formuladores de políticas globales donde se debe asumir un claro cuestionamiento del modelo hegemónico de desarrollo responsable del cambio climático y la situación de salud cada vez más precaria a nivel mundial. El otro es localmente cambiando los modos de vida modificando los espacios donde las personas, nacen, viven, estudian, trabajan, se recrean, comercian y ejercitan. En todos ellos es necesario trabajar para convertirlos en espacios más amigables y menos nocivos para la salud pública.

Impreso por:
Imagen Gráfica El Salvador, S.A. de C.V.
San Salvador, marzo de 2019
ejemplares.



**GOBIERNO
DE EL SALVADOR**



Convenio "Apoyo a la reforma del sector salud: Fortalecimiento del INS, RISSS y Participación comunitaria en salud en El Salvador" (14-CO1-003)

Financiado por:

