

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE PAÍS OPS/OMS 2017 - 2020

EL SALVADOR



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Estrategia de Cooperación OPS/OMS – EL SALVADOR 2017 - 2020

San Salvador, febrero de 2017

Contenido

Abreviaciones	5
Resumen Orientativo	6
Capítulo I. Introducción	9
Capítulo II. Situación en materia de salud y desarrollo	11
2.1 Contexto macroeconómico, político y social	11
2.2 Situación Sanitaria	13
2.3 Respuesta de los sistemas de salud	19
2.4 Cuestiones transversales (Equidad, Género, Derechos Humanos, Etnicidad)	22
2.5 Asociados en pro del desarrollo	23
2.6 Examen de la cooperación de la OPS/OMS en el marco de la ECP precedente	24
Capítulo III. Programa Estratégico de Cooperación de la OPS/OMS	27
Capítulo IV. Ejecución del programa estratégico: Repercusiones para la Secretaría	41
Capítulo V. Supervisión y evaluación de la ECP	45
5.1 Participación en el seguimiento y evaluación de la ECP.	45
5.2 Calendario.	45
5.3 Metodología de evaluación.	45
Anexos	46

Abreviaciones

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	ISDEMU	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
ANDA	Asociación nacional de Acueductos y Alcantarillados	ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
BM	Banco Mundial	MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
COMURES	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador	MARN	Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales
CONAIPD	Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad	MINED	Ministerio de Educación
CONAPLAG	Comisión Nacional de Plaguicidas	MINSAL	Ministerio de Salud
CONNA	Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia	NINI	Ni estudian, ni trabajan
COSAM	Comando de Sanidad Militar	OCR	Oficina del Coordinador Residente
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos	ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
DNM	Dirección Nacional de Medicamentos	OIM	Organismo Internacional para las Migraciones
ECP	La Estrategia de Cooperación con el País	PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
ENECA-ELS	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	PEI	Plan Estratégico Institucional
ENT	Enfermedades no transmisibles	PMA	Programa Mundial de Alimentos
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	PNUD	Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud	PQD	Plan Quinquenal de Desarrollo
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo	SNS	Sistema Nacional de Salud
GOES	Gobierno de El Salvador	SNU	Sistema de las Naciones Unidas
IDH	Índice de desarrollo humano	STPP	Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia
INDES	Instituto Nacional de los Deportes	UCA	Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
INJUVE	Instituto Salvadoreño para la Juventud	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
INS	Instituto Nacional de Salud	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ISBM	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
		VMT	Viceministerio de Transporte

Resumen orientativo

La Estrategia de Cooperación con el País (ECP - El Salvador) tiene como propósito definir la visión a mediano plazo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, con base en el Plan Estratégico de la OPS 2014 – 2019 para dirigir las acciones de cooperación con El Salvador de manera alineada con las prioridades del país y armonizada con los aportes de otras agencias del Sistema de Naciones Unidas expresadas en el Marco de la Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) y otros socios para el desarrollo.

La reforma de Salud iniciada en el año 2009 ha promovido sentar las bases de un modelo de atención basado en la Atención Primaria de Salud (APS) y avanzar en materia de salud pública, acceso y cobertura a una atención integral de salud; siendo el Ministerio de Salud el principal proveedor (72%) seguido del ISSS (25%).

Información en salud relevante para la ECP reporta coberturas de embarazos de más de 90%, atención del parto institucional del 98%, inscripción precoz infantil del 88%, cobertura de vacunación de 93%. Las enfermedades infecciosas respiratorias, gastrointestinales y genitourinarias están junto con las enfermedades no transmisibles (ENT) como hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica entre las primeras 10 causas de atención hospitalaria y ambulatoria.

Con una mortalidad general de 7.3 por 100,000 habitantes, las ENT son responsables del 40% del total de muertes, lo que representa cinco veces más muertes por cien mil habitantes que las causas externas, que le sigue. La mortalidad infantil es 14.4 por 1000 nacidos vivos y para el 2015 la razón de mortalidad materna fue de 42,3 muertes por 100,000 nacidos vivos.

Retos como el gasto de bolsillo en salud de un 30%; 19 profesionales de salud por 10 000 habitantes; embarazo adolescente del 18.2%; necesidad no satisfecha de anticoncepción del 11%; trabajo infantil del 19%; niños y niñas (1 a 14 años) sometidos a agresión psicológica o castigo violento del 52%, justificación de violencia doméstica del 8%, jóvenes sexualmente activos con pruebas de VIH y que conocen el resultado del 29%, consumo de tabaco de 2% y alcohol del 5% son elementos que deben ser abordados integralmente a partir de la determinación social de la salud y en un enfoque de curso de vida.

La Estrategia de Cooperación de País con El Salvador 2012 – 2015, definió las principales líneas de trabajo acordadas con el país a través de varios documentos nacionales, esfuerzos institucionales y reflejó durante su vigencia el trabajo conjunto de la organización con los diferentes actores de país incluido el Sistema de las Naciones Unidas.

La evaluación de los resultados de la anterior ECP, sumados a los nuevos documentos de trabajo nacionales acá descritos, representan la ruta a seguir en los próximos 4 años. El Actual Gobierno de El Salvador (GoES) se enmarca en el Plan Quinquenal de Desarrollo que va al año 2019, además de políticas institucionales, y siendo el país uno de los 20 a nivel Global seleccionados para la implementación acelerada de los ODS. Ello determina una activa agenda enfocada a los compromisos tanto internos como internacionales y los que son parte integral de esta nueva ECP.

Entre los documentos que han servido de antecedentes para el desarrollo de la presente Estrategia y los que hacen parte integral de la misma están:

- Estrategia de Cooperación OPS El Salvador 2012 – 2015;
- Plan Quinquenal de Desarrollo 2014 – 2019;
- Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud y otras Entidades;
- Objetivos de Desarrollo Sostenible;
- UNDAF 2016 – 2020 firmado entre País y SNU.

La OPS cumple sus objetivos mediante las siguientes funciones básicas:

1. Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
2. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;
3. Definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
4. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
5. Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
6. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Las líneas transversales de trabajo desarrolladas desde la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) buscan reducir las inequidades en torno a la salud a fin de crear oportunidades para que todos alcancen su pleno potencial. Abordar los determinantes sociales de la salud y promover la buena salud en el curso de vida; son ellos: Los derechos humanos, la etnicidad, el género y la equidad.

A partir de cuatro prioridades definidas en un amplio contexto consultivo con múltiples actores de país se han definido aquellos puntos de partida en el marco de la cooperación de la OPS/OMS con el país, son ellas:

01

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1

El Acceso y la Cobertura Universales en Salud como pilar del Desarrollo Social

02

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2

Los Determinantes Sociales de la Salud como enfoque esencial en la reducción de las desigualdades y las inequidades

03

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3

La Salud en el Curso de Vida para asegurar una población sana y el bienestar en todas las edades

04

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4

La Salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Todas ellas desarrolladas a lo largo de este documento y describiendo las líneas de acción correspondientes, permitirán al país en toda su institucionalidad y acompañada por la OPS/OMS como agencia especializada del Sistema de las Naciones Unidas, trabajar conjunta y articuladamente en los logros propuestos por país en busca de una mejor salud para el pueblo salvadoreño.



Capítulo I

Introducción

La Estrategia de Cooperación con el País (ECP) constituye la visión estratégica a mediano plazo de la OPS/OMS y la misma orientará a la labor de la Organización en El Salvador, atendiendo prioridades concretas y poniendo a disposición del país los recursos institucionales para llevar a cabo las políticas, estrategias y planes nacionales de Salud, así como las medidas necesarias para alcanzar entre otros los objetivos planteados en el Plan Quinquenal de Desarrollo, el Plan Estratégico Institucional y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La ECP constituye la base estratégica de un proceso de planificación ascendente que inicia a nivel de país y se proyecta hacia las oficinas regionales y globales en materia de salud para la articulación progresiva de las políticas a nivel global, la asignación de presupuestos y caminar en una sola ruta a nivel de todos los países en un conjunto.

Esta Estrategia articula y refuerza la dimensión del área sanitaria en un contexto de trabajo de todo el Sistema de las Naciones Unidas a Nivel de país establecido a través del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) y funciona como principal instrumento de armonización de la cooperación de la OPS/OMS en El Salvador con todos los actores del Sistema de las Naciones Unidas en el desarrollo de la consecución de los ODS.

La presente estrategia de Cooperación con el País de la OPS/OMS en El Salvador y que comprende el periodo 2017 – 2020 da continuidad a un proceso iniciado en el año 2012 cuando se suscribió la anterior estrategia y la cual permitió orientar esfuerzos en el marco de un proceso de reforma en salud, la finalización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODS) y el empalme con una nueva dimensión de los compromisos globales hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible en una amplia agenda 2030 que liderará el camino de los países bajo metas e indicadores de crecimiento común buscando no dejar a nadie atrás.

La ECP presentada en este documento apoya y consolida las prioridades nacionales en materia de salud y en particular aquellas definidas como parte del desarrollo y la inclusión social, el acceso y la cobertura universales, la dimensión de los determinantes sociales como componente indiscutible de una buena salud, el ciclo de vida en un mundo cambiante y marcado por la urbanización y finalmente los objetivos de desarrollo sostenible que permitirán año con año medir los avances de manera individual y colectiva para todos los países.

La ECP 2017 – 2020 de la OPS/OMS con El Salvador contempla 4 prioridades estratégicas y 14 líneas de acción que permitirán llevar adelante el trabajo bajo una sola dirección y enfocados en las metas de país, el plan estratégico de la OPS/OMS 2014 – 2019 e incluyendo los marcos globales en materia de salud, facilitando la integración, el uso de los recursos y centrados en la salud de las personas y las comunidades.

La estrategia llevará un proceso de evaluación de medio término y se dará bajo un trabajo integrado y de seguimiento permanente a los compromisos acá establecidos.



Capítulo II

Situación en materia de salud y desarrollo

2.1. Contexto macroeconómico, político y social

Características demográficas

El Salvador tiene la densidad poblacional más alta de América continental, debido a su extensión territorial (21,041 km²). La población estimada en el año 2014 era de 6,459,911 habitantes; los menores de 30 años representaban 55,0% del total, mientras 12,0% correspondía a las personas mayores de 60 años, según la estructura por edad. El 52,7% de la población corresponde al sexo femenino y el 62,4% se encuentra en zona urbana (1,2). Entre 1990 y 2015, el número de personas creció 16,7%. En 1990, la población presentaba una pronunciada expansión en los grupos menores de 25 años de edad; sin embargo, en 2015 la población menor de 20 años adquirió una estructura regresiva, en relación con una disminución de la fecundidad y la mortalidad en las dos últimas décadas.

Condiciones económicas en el país con impacto en la salud

En el 2015, se estimó una tasa de analfabetismo de 10,8% en la población de 10 o más años (mujeres: 12,4%; hombres: 9,0%), con una reducción anual de 2,0% desde el 2011. A escala nacional se notificó una escolaridad promedio de 6,8 grados (7,9 para la zona urbana y 5,0 la rural); la distribución por sexos de este indicador fue de 6,9 grados para los hombres y 6,7 para las mujeres (2). En la PEA, la tasa de dependenciaⁱ informada en el año 2013 fue 58,9% y pasó a 53,9% en el 2015 (2, 3); la de desempleo se mantuvo en 7,0% (6,5% para la zona urbana y 7,9% la rural); la proporción de hombres desempleados fue de 8,4% y la de las mujeres 5,0% (2). Entre los años 2012 y 2015, la esperanza de vida al nacer aumentó de 72,1 a 72,7 años; en este mismo período creció de 76,6 a 77,0 para las mujeres y de 67,2 a 67,8 para los hombres (2).

La fuente principal de ingresos es la transferencia personal (remesas familiares), que financia alrededor de la sexta parte del consumo privado. Estos ingresos alcanzaron 16,3% del producto interno bruto (PIB) en el 2013. El gasto de las familias se incrementó debido a este tipo de ingresos, del cual 83,2% se destinó al consumo (4).

ⁱ La tasa de dependencia es la relación entre las personas dependientes, menores de 15 años o mayores de 64, y la población en edad laboral, entre 15 y 64 años. Los datos se muestran como la proporción de personas dependientes por 100 personas en edad laboral.

La tasa de crecimiento económico en el 2015 fue de 2,4% (5). El PIB entre los años 2012 y 2015 se elevó de US\$ 23,814 millones a US\$ 25,850, y para este mismo período, el ingreso per cápita ascendió de US\$ 3,730 a US\$ 3,940 (6). La deuda pública nacional relativa al PIB se incrementó de 40,0% en el 2008 a 58,0% en el 2013 (7). El ingreso promedio mensual por hogar a escala nacional en el 2015 fue de US\$ 538,7 (1,1% mayor que en el 2011); este indicador tuvo marcadas diferencias entre las zonas del país: \$ 630,1 en la urbana y \$ 373,9 en la rural (2).

Para el período comprendido entre 2013 y 2014, el índice de desarrollo humano (IDH) de El Salvador fue de 0,664 y 0,666 respectivamente, lo cual ubicaba al país con un IDH medio, en el puesto 116 a nivel mundial (8). El índice de Gini que se notificó en el 2010 fue de 0,46 y en el 2015 había descendido a 0,37 (9).ⁱⁱ En el 2015, de 1,8 millones de hogares, el 44,4% se encontraban en condiciones de hacinamiento,ⁱⁱⁱ 61,4% para la zona rural y 34,9% para la urbana; 34,9% de los hogares se encontraba en la pobreza (38,8% de ellos de la zona rural y 32,7% en la urbana), mientras que el 8,1% se hallaba en la pobreza extrema (10,1% en la zona rural y 7,0% en la urbana); este indicador se incrementó 3,8% entre el 2011 y 2015 (2). Históricamente la zona rural concentra el mayor porcentaje de población en condiciones de pobreza, en comparación con los porcentajes nacional y urbano.

Inseguridad asociada a la violencia

El Salvador fue considerado el país con más violencia del hemisferio occidental en el 2015, el cual fue calificado el año más violento desde que terminó la guerra civil de 12 años, el 16 de enero de 1992 (10). Asimismo, se estimó una tasa de homicidios de 103 por cada 100,000 habitantes a escala nacional.^{iv} De acuerdo con datos consensuados por la Policía Nacional Civil, el Instituto de Medicina Legal y la Fiscalía General de la República, de enero del 2012 a junio del 2015 se registraron 1,062 muertes violentas de mujeres (11).

Mayores problemas ambientales que impactan a la salud

A nivel global, El Salvador es uno de los 10 países con mayor riesgo en relación con el grado de exposición a las amenazas por eventos naturales (12). En el último quinquenio ocurrieron dos eventos hidrometeorológicos graves: la depresión tropical 12 E en el 2011, que causó un costo por daños y pérdidas en la salud de US\$ 44,9 millones (13), a la que le siguieron 4 años consecutivos de sequía que culminaron en el 2015 y afectó a 712,200 personas que dependían directamente de la agricultura como medio de vida e impactó la seguridad alimentaria (14, 15).

Política en la salud, planes y programas

El Gobierno de El Salvador presentó el Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019, con la participación ciudadana y multisectorial. Entre los objetivos del Plan par salud se encuentran: reducir la mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos; mantener la mortalidad infantil (en menores de 1 año) por debajo de 8 por 1,000 nacidos vivos; conservar las coberturas de vacunación por encima de 95%; y reducir en 3 puntos porcentuales el gasto directo de bolsillo de los hogares (16).

ii El coeficiente de Gini es una medida de la desigualdad ideada por el estadístico italiano Corrado Gini. Se emplea para medir la desigualdad en los ingresos, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. El índice de Gini es el coeficiente de Gini expresado en porcentaje, y es igual al coeficiente de Gini multiplicado por 100.

iii Se consideran los hogares en condiciones de hacinamiento, donde hay tres o más personas por dormitorio y que no disponen de ningún dormitorio exclusivo, respecto al total de viviendas ocupadas.

iv Cálculo realizado sobre la base de los datos proporcionados por la Policía Nacional Civil y la Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador.

2.2. Situación sanitaria (carga de morbilidad)

Enfermedades infecciosas desatendidas. En El Salvador, las enfermedades infecciosas desatendidas afectan especialmente a las personas que viven en entornos de pobreza generalizada, donde son escasos los recursos o el acceso a oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida. Se ha priorizado en el Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de estas enfermedades: el mal de Chagas con 446 casos crónicos tratados al año; leishmaniasis con 18 casos nuevos por año; lepra con 3 casos nuevos; leptospirosis con 2 casos nuevos; rabia (sin casos de rabia canina desde el 2009); geo helmintiasis con una prevalencia de 7,9% entre los escolares de 8 a 10 años de edad; toxoplasmosis con 2 casos nuevos anuales entre las embarazadas; y sífilis congénita que afecta a 7 recién nacidos por año. Las enfermedades infecciosas desatendidas se concentran principalmente en las regiones Central y Occidental del país (18).

Virus de la inmunodeficiencia humana y el sida (VIH/sida). A nivel nacional hasta el año 2015 los establecimientos del Ministerio de Salud han detectado 33,184 casos de VIH, de los cuales 28% estaban en fase de VIH avanzado o Sida y 72% se identificaron como infección por VIH, con un comportamiento que gradualmente ha ido en reducción, pues datos del último quinquenio sugieren que cada vez la proporción de estos casos es menor. Del total de casos detectados más del 63% se concentran en hombres y 37% en mujeres (19). El mecanismo de transmisión sigue siendo las relaciones sexuales no protegidas en más de 90,0% de los casos. Los 14 departamentos del país notificaron casos de VIH: 7 (50,0%) tenían tasas de más 150 casos por 100,000 habitantes; entre ellos San Salvador con 262, Sonsonate 241, La Paz 188, Santa Ana 190, Ahuachapán 169, San Miguel 169 y La Libertad 165 (19).

Mortalidad materna. La razón de mortalidad materna en el 2015 fue de 42,3 muertes por 100 000 nacidos vivos y descendió 10,3 puntos con respecto al año anterior. Sin embargo, para este mismo año, 19,0% de las muertes maternas ocurrió en la población de niñas y adolescentes (20).

Embarazo en adolescentes. De todos los partos atendidos en la red de establecimientos del SNS, a los de las adolescentes correspondió 23,6% y 22,9% en el 2014 y el 2015, respectivamente (21). La incidencia del embarazo en las adolescentes en el 2015 aumentó en la medida en que disminuía la instrucción formal hasta el analfabetismo, lo cual evidencia una vez más que la mayor carga de embarazos en la adolescencia se presenta entre las más desaventajadas socialmente. Por eso, hubo 1,683 embarazos más de este grupo por cada 100,000 adolescentes, en comparación con las que tenían al menos 10 años de instrucción formal (20). Esto influyó, además, en la probabilidad de ocurrencia de embarazo, ya que era mayor (60,0%) si la joven pertenecía al quintil con menor instrucción formal (quintil 5), en comparación con el grupo de mayor acceso a la educación (quintil 1).

Malnutrición. En el período del 2014 al 2015, la prevalencia de desnutrición en la población general se estimó en 12,4%, que equivale aproximadamente a 800,000 personas (21). A pesar de los esfuerzos del SNS, según datos del 2014, aún el país enfrenta problemas de desnutrición aguda (2,1%) y crónica (13,6%) a escala nacional. En tanto, el sobrepeso se mantuvo en 6,0% entre el 2008 y el 2014 (22).

Enfermedades crónicas. Según la Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud, las enfermedades no transmisibles (ENT) junto con las lesiones de causa externa, representaron las principales causas de muerte en los últimos cinco años, por lo cual serán una gran carga para todo el sistema de atención de la salud y deben ser consideradas una prioridad y objeto de intervenciones intersectoriales desde la perspectiva de sus determinantes, especialmente los vinculados al estilo de vida (consumo de alcohol y tabaco, alimentación inadecuada y sedentarismo).

Las hospitalizaciones y las muertes por enfermedades no transmisibles en el 2015, en comparación con el año 2014, se incrementaron en 1,6% y 1,9%, respectivamente. La hipertensión arterial, la diabetes y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representaron 91,6% de las consultas por ENT. La diabetes, la enfermedad crónica renal y el cáncer constituyeron 62% del total de las hospitalizaciones y 57% de las defunciones por ENT (21).

Cambio climático y seguridad humana y saneamiento ambiental. De acuerdo con la publicación *La economía del cambio climático en Centroamérica* de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (27), uno de los efectos más negativos del cambio climático será la pérdida de la biodiversidad. Se estima que hacia el 2050, El Salvador habrá perdido entre el 70% y el 75% del índice de biodiversidad potencial, debido en parte al aumento de la temperatura y a la ocurrencia de eventos climáticos extremos como lluvias y sequías (27, 28). El aumento de la temperatura en 1,3 °C en las últimas seis décadas indica los efectos futuros del cambio climático en El Salvador. Además del daño a humedales y otros ecosistemas, estos efectos agravan los problemas ya existentes como el limitado acceso al agua potable.

El número de toneladas de desechos a cielo abierto descendió de 1,611 toneladas en el 2007 a 800 en el 2012; sin embargo, hoy existe un estancamiento de esta cifra debido a la ausencia de políticas que garanticen la sostenibilidad económica que cubra los costos de transporte y la disposición final de los desechos. Como consecuencia, en los años recientes se ha informado sobre la proliferación de puntos ilegales de depósitos de desechos (28). En el 2015, 51,1% de los 1,8 millones de hogares se deshacían de la basura que no reciclaban mediante la recolección domiciliar pública, el 37,4% la quemaba y 5,7% la depositaba en cualquier lado. A nivel nacional, 84,4% de los hogares empleaba gas propano para cocinar y 11,1% lo hacía con leña. En ese año, en las ciudades predominaba el uso de gas propano (90,9%) y solo 4,0% utilizaba leña; en cambio, en la zona rural el empleo del gas y la leña era de 72,7% y 24,0%, respectivamente (2).

Envejecimiento. El índice de envejecimiento durante el período del 2012 al 2015 creció de 34,3% a 38,8% (1). Según las proyecciones, se espera que el índice de envejecimiento vaya en aumento como resultado de las mejoras en las políticas de salud, socioeconómicas y de la salud, propiamente, de tal manera que para el 2020 se prevé un aumento de este índice a 46,5% y que continúe creciendo (1).

Entre los años 2012 y 2015, la esperanza de vida al nacer aumentó de 72,1 a 72,7 años; en este mismo período creció de 76,6 a 77,0 para las mujeres y de 67,2 a 67,8 para los hombres (2). En relación a la composición familiar, se estima que, del total de hogares del país, al menos el 23% es conducido por una persona mayor y de éstos, el 10% corresponde a mujeres, quienes, además, cuidan a sus núcleos familiares (Censo 2007).

Migración. Se estima que alrededor de 2 millones de salvadoreños viven en el exterior, sobre todo en los Estados Unidos de América (7). La interacción del bajo crecimiento económico y la violencia empuja a los ciudadanos a migrar en busca de mejores oportunidades. Los factores determinantes para la migración son la inseguridad ciudadana y la brecha salarial cinco veces mayor que existe entre las familias migrantes y sus contrapartes que permanecen en El Salvador (7). Información del Organismo Internacional para las Migraciones OIM informó para el año 2015 un retorno de migrantes superior a las 50,000 personas entre adultos y niños constituyéndose en un desafío para el sector salud.

La salud de los diferentes grupos de población, Salud sexual y reproductiva. En el año 2014, la tasa global de fecundidad de las mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años fue de 2 hijos por mujer (33). El porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo antes de los 18 años fue de 18,0%. La pesquisa con respecto al uso de algún método anticonceptivo (moderno o tradicional) mostró que 72,0% de las mujeres entre 15 y 49 años, casadas o en unión consensual, empleaba algún tipo de anticoncepción o sus parejas lo hacían (22).

En el 2015, se observó un incremento de 2,0% en el número de atenciones maternas comparado con el año 2014, con un total de 610,379 mujeres atendidas. Asimismo, se apreció un ligero aumento del parto institucional de 99,0% a 99,6% en ese año. Solo 0,4% de los partos fueron atendidos en establecimientos no hospitalarios (161 partos menos que en el 2014) (21).

El MINSAL notificó que en el 2014 ocurrieron 1,053 partos en niñas de 10 a 14 años (4,0% del total de partos en las adolescentes) y 22,659 en adolescentes de 15 a 19 años (31,0% del total de partos) (34). De todos los partos atendidos en la red de establecimientos del SNS, a los de las adolescentes correspondió 23,6% y 22,9% en el 2014 y el 2015, respectivamente (21). El Instituto de Medicina Legal informó un total de siete reconocimientos de suicidios entre las adolescentes embarazadas para el período del 2011 a junio del 2014 (34). Además, en el 2012 se notificó un aumento de 15,7% de las familias de tipo nuclear y 15,1%, monoparental, cuyas jefas de núcleo eran adolescentes en el rango de 14 a 17 años de edad (35).

Salud y desarrollo de la niñez. En el 2015, la red hospitalaria del MINSAL registró 1,343 muertes de niños menores de 5 años. El 86,1% de estas ocurrió en menores de 1 año y 56,1% ocurrieron durante el período neonatal (23). Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2014, la tasa notificada de mortalidad por mil nacidos vivos en menores de 5 años fue de 20, la de menores de 1 año, de 17 y la neonatal, de 11 (22).

Entre las causas de mortalidad neonatal, el nacimiento prematuro concentró 28,3% de las muertes y las malformaciones congénitas, 25,0%, con un predominio de anomalías del sistema nervioso central y del sistema cardiovascular. Las inequidades sociales se evidenciaron en la cifra de 3,0 neonatos fallecidos por 1,000 nacidos vivos de madres que alcanzaron el nivel de bachillerato, mientras que esa tasa fue de 10,0 entre las madres analfabetas (20). La mortalidad infantil (menores de 1 año) era cuatro veces mayor entre las madres adolescentes sin escolarización (37,0 por 1,000 nacidos vivos) que en las madres universitarias (8,4 por 1,000 nacidos vivos) (21, 22).

Para incidir sobre las enfermedades nutricionales, prevenir el retardo del crecimiento y mejorar la salud y la nutrición en los primeros 1,000 días de vida, se puso en marcha en 218 municipios el Proyecto de Alimentación Complementaria, dirigido a niños de 6 meses a 2 años de edad, embarazadas y madres en período de lactancia, lo cual benefició a 108,872 pobladores (21). Se está ejecutando en 14 municipios priorizados de los departamentos de Usulután, San Miguel y Morazán el Proyecto de Recuperación Nutricional de niños entre 6 meses y 9 años de edad con desnutrición aguda, moderada y grave, lo que ha favorecido a 14,000 niños y niñas. Mediante la fortificación de alimentos, se contribuyó a la reducción de la anemia, las malformaciones congénitas y la morbilidad y la mortalidad infantiles. La vigilancia de estos alimentos confirmó más de 90,0% de estos con niveles de fortificación adecuados. Todo el azúcar está fortificada con vitamina A y más de 70,0% de la sal contiene yodo (21). La Encuesta Nacional de Salud de 2014 concluyó que 9,0% de los niños nacidos en los 2 años anteriores a la encuesta presentaron peso bajo al nacer (22).

En El Salvador, el primer informe de Tendencias Mundiales de Lactancia Materna se realizó en el año 2011 y obtuvo una calificación de 85,5 sobre 150, lo que evidencia algunas brechas pendientes, entre ellas la construcción de un plan nacional de lactancia materna con compromisos interinstitucionales. En el 2013, se aprobó la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna y en el 2015 se logró extender de 12 a 16 semanas la licencia por maternidad, lo que favoreció una postura de mayor apoyo a la lactancia materna (36). En el 2014, 96,0% de las mujeres con un hijo nacido vivo en los dos últimos años lo lactó (independientemente del momento) y 42,0% lactó al recién nacido dentro de la hora posterior al nacimiento. Se constató que 58,0% de los niños menores de 6 meses tomaron leche materna como fuente predominante de alimentación durante el día anterior a la Encuesta Nacional de Salud (22).

Con la finalidad de continuar mejorando la atención integral a la niñez, se ha fortalecido la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, esfuerzo que ha merecido el reconocimiento internacional otorgado por la Red Global de Bancos de Leche Humana debido a la labor desempeñada y la iniciativa de expandir la estrategia al primer nivel de atención, mediante el funcionamiento de los centros recolectores (21, 36).

Vacunación e inmunizaciones. El Esquema Nacional de Vacunación, actualizado en el 2015, contempla la administración de 15 vacunas, 8 de las cuales se aplican a menores de 5 años (21, 37). Los intentos de vacunar a alrededor de 110,000 niños menores de 1 año no logran alcanzar la meta ideal de cubrir 95% de ese grupo de población, ya que de acuerdo con el MINSAL, entre el 2011 y el 2015, la cobertura alcanzó hasta 93,0% (22).

Desarrollo psicomotor. En el 2014, se notificó que 25,0% de los niños de 36 a 59 meses asistía a un programa de educación infantil temprana. Se refirió, además, que 59,0% del total de los niños de este grupo de edad había realizado en los últimos 3 días previo a la encuesta, cuatro actividades o más para estimular su aprendizaje y prepararlos para su inicio escolar (22).

Trabajo infantil. La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples mostró que, en el año 2015, el número de niños, niñas y adolescentes, con edades comprendidas entre 5 y 17 años, que se encontraban en situación de trabajo infantil era de 140,700, equivalente a una tasa de incidencia de 8,9%. En relación con el año 2013, se presentó una disminución de 13,5%. Esta población infantil trabajadora era mayoritariamente masculina (73,4%), tenía entre 14 y 17 años (66,6%) y residía en la zona rural (60,7%). Además, cerca de 4 de cada 10 niños, niñas y adolescentes que trabajaban no asistían a la escuela (2).

Niñas, niños y adolescentes en situación de abandono. En el 2015, según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, el 36,3% de la población de 0 a 17 años de edad vivía sin algún padre o sin ambos; 15,8% de estos casos se debía al abandono de los padres (76,1% del padre, el 8,1% de la madre y el 15,8% al abandono de ambos (2).

Salud escolar. En el 2013, solo 2,0% de los estudiantes de 13 a 15 años que cursaban del 7.º al 9.º grado presentó peso bajo o delgadez. En contraste, 38,4% tenía problemas de sobrepeso y obesidad. Los datos corresponden a 28,8% para el sobrepeso y 9,6% para la obesidad, sin diferencia entre los sexos en ambos indicadores. El 20,8% de todos los estudiantes afirmó que realizaban actividades físicas al menos 1 hora al día, por 5 días a la semana o más. En este grupo, los varones eran más activos que las mujeres, con 26,6% y 14,8%, respectivamente (38).

Sobre el consumo de alcohol, 37,3% confirmó que ingirió alcohol al menos una vez en su vida, y 17,1% lo tomó una o más veces en el último mes; 68,5% de los que ingirieron alcohol obtuvo su primera bebida alcohólica antes de los 14 años, a pesar de que existe en el país la Ley de Control del Tabaco y la Ley reguladora de la producción y comercialización del alcohol, que restringe el acceso a las bebidas alcohólicas hasta después de cumplidos los 18 años (38).

En total, 22,7% de los estudiantes afirmó haber tenido relaciones sexuales, con predominio de los hombres; la tendencia se incrementó según avanzaba la edad hasta 30,1% en el 9.º grado. De los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales, 49,9% las inició antes de los 14 años, 50,1% en los hombres; 9,5% mencionó que tuvo relaciones sexuales con una o más personas en el transcurso de su vida (14,6% hombres y 3,7% mujeres). Al relacionar a los estudiantes que confirmaron haber estado ebrios alguna vez y los que tuvieron relaciones sexuales se halló que 53,9% del total de los encuestados cumplían ambas condiciones; al separar el indicador según el sexo, 65,2% de los hombres aseguró haber tenido relaciones sexuales en estado de ebriedad (38).

Salud del adolescente y el adulto joven. A escala nacional, 358,627 jóvenes de 15 a 24 años no estudiaban ni trabajaban (NINI),^v lo que representó 26,6% de la población en ese rango de edad. Según la distribución por área geográfica y sexo, los porcentajes correspondieron a 32,3% en la zona rural y 22,3% en la urbana; 38,5% a las mujeres y 14,7% a los hombres. Además, esta problemática afectaba principalmente a los jóvenes que pertenecían a hogares con ingresos más bajos, ya que el porcentaje de NINI fue de 46,9% en el quintil de menor ingreso, mientras que en el quintil con mayor ingreso fue de 14,7% (2).

Salud del adulto y de las personas mayores. Las prevalencias más altas en la población a partir de los 20 años correspondieron a la hipertensión arterial (37,1%), la obesidad (26,8%), la enfermedad renal crónica (13,3%) y la diabetes mellitus (12,5%) (21). Es importante destacar que la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes mellitus afectaron más a las mujeres; en cambio, la enfermedad renal crónica se observó más en los hombres (21).

Mortalidad. De acuerdo con la plataforma de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2016, en el año 2013 en El Salvador se notificó una tasa de mortalidad general de 7,3 por 100,000 habitantes; la tasa por grandes grupos ajustada por edad fue de 507,4 para las ENT, seguida de 112,3 para las causas externas y 110,6 las enfermedades transmisibles (39). Desagregada por sexo, las tres primeras causas de muerte para los hombres fueron el homicidio 115,2, la enfermedad isquémica del corazón 64,4 y la diabetes mellitus 44,5. En el caso de las mujeres, las tres primeras causas fueron la diabetes mellitus 56,3, la enfermedad isquémica del corazón 48,9 y la enfermedad cerebrovascular 24,8 (39). En la población de 10 a 34 años de edad, la primera causa de mortalidad para ambos sexos fue el homicidio; en los hombres esta causa predominaba hasta los 44 años. En el grupo de hombres de 10 a 44 años de edad, los accidentes de transporte terrestre se posicionaron entre la segunda y la tercera causas de muerte (39).

Morbilidad

Enfermedades transmitidas por vectores.

Dengue. Un análisis de inequidades hecho por el país demostró que la incidencia del dengue aumentó en la medida en que empeoró el acceso al agua intradomiciliar y existía menor instrucción formal (20). Ese análisis de inequidades de múltiples estratificadores evidenció que del total de casos de dengue en el 2015 (50,169) hubiera sido posible evitar al menos 16,300 (32,5%) casos sospechosos atribuibles a la falta de acceso al agua (fracción atribuible poblacional absoluta) y 27,700 (55,2%) si toda la población salvadoreña tuviera al menos 10 años de instrucción formal (20). Entre los años 2011 al 2015 se notificó un promedio anual de 60,000 casos probables de dengue, 446 de dengue grave (0,7%) y 6 muertes, para una letalidad de 0,01%.

Chicungunya. En mayo del 2014 se confirmaron los primeros casos de chicungunya. Desde entonces, la enfermedad afectó a 2,662 personas por cada 100,000 habitantes, y el año cerró con 168,462 casos sospechosos, 166 confirmados por exámenes de laboratorio, 54 hospitalizados y 6 muertes. San Salvador, Usulután, San Vicente, La Unión, La Paz y Sonsonate fueron los departamentos con más altas tasas de incidencia y el grupo de 20 a 29 años resultó el más afectado con 4,444 casos por cada 100,000 habitantes (40).

Zika. En El Salvador los primeros casos de Zika se confirmaron a fines de noviembre del 2015; se presentó entonces un incremento sostenido durante diciembre y alcanzó el punto más alto en la primera semana del 2016 cuando se notificaron 1,142 casos (40). Hasta el 6 de agosto, se informaron

^v NINI: denominación generalizada en el ámbito hispanico para designar a un joven que no está trabajando ni estudiando, equivalente al acrónimo inglés NEET (*not in employment, education or training, o sea, ni trabaja, ni estudia ni recibe formación*).

10,959 casos clínicamente sospechosos de infección por el virus de Zika, de los cuales 54 se comprobaron por exámenes de laboratorio. Este dato aportó 24,2% de los casos notificados por los países de América Central a la OPS/OMS (41). El Salvador fue el tercer país del continente en confirmar un incremento inusual en los casos de síndrome de Guillain-Barré, que coincidían con el aumento de los enfermos de Zika: se notificaron 224 casos, de los cuales 36 (16,1%) ocurrieron en diciembre del 2015 y 188 (83,9%) durante el 2016. Ninguno pudo ratificarse mediante exámenes de laboratorio. Desde la confirmación de riesgo de transmisión vertical de la enfermedad, se inició el seguimiento a las mujeres embarazadas: en el mismo período se contabilizaron 333 embarazadas, se tomaron muestras a 67 mujeres y 7 (10,4%) resultaron positivas por RT-PCR.^{vi} De marzo a agosto del 2016, ocurrieron 109 nacimientos de niños con microcefalia, pero solo se pudieron comprobar por laboratorio 4 (3,7%), mientras que 18 (16,5%) resultaron positivos a la infección por toxoplasmosis y 15 (13,8%) por citomegalovirus (41).

Malaria. Entre el 2011 y el 2015, en el país se declararon anualmente un promedio de 8 casos, de los cuales 75,0% fueron importados. En el 2013, El Salvador se comprometió con la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria para el 2020. Los pocos casos notificados, comparados con los de los países vecinos que informan mayor incidencia, son el resultado de contar con una red de recursos humanos (331 miembros) dedicada a la vigilancia y el control, distribuida a nivel nacional, y una red de 211 laboratorios que realizan el diagnóstico de la malaria. Lo anterior ha permitido que el número de municipios con población en riesgo disminuyera de 11 (4,2% del total de los 262 municipios) en el 2011 a 2 (menos de 1,0%) en el 2014 (42).

Enfermedades prevenibles por vacunación. El país dispuso coberturas útiles por encima de 90,0% a los menores de 5 años, para el período entre el 2011 y el 2015. El Salvador ha iniciado el proceso de certificación para la eliminación del sarampión y la rubeola, y la erradicación del virus de la poliomielitis (21). En el 2015, la cobertura de TDaP (Tétano, Difteria y Pertusis acelular) a las mujeres embarazadas fue de 75,0% (31).

Zoonosis. El Salvador no registra casos de rabia en seres humanos desde el 2009 (18). El fortalecimiento en esta área comprendió:

1. Aumento en la producción de 38 lotes de vacuna tipo CRL de 30,000 dosis cada uno, equivalente a 1,140,000 dosis por parte del Laboratorio de Productos Biológicos perteneciente al MINSAL.
2. El éxito de la Campaña Nacional de Vacunación Canina y Felina que se manifestó en la vacunación de 1,017,835 animales, y que alcanzó una cobertura de 79,0%, con una inversión total de US\$ 2,035,670 (18, 21).

Enfermedades no transmisibles. Del total de consultas por ENT en hospitales públicos en el año 2015, la mitad se concentró en el grupo de 60 años o más, seguido del grupo de 20 a 59 años con 44,3%. La relación de egresos en dichos hospitales por sexo es de 1,9 mujeres por cada hombre (21).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles ENECA-ELS 2015, el 37% de la población adulta mayor de 20 años sufría de hipertensión arterial en el 2015, 38% de las mujeres y 35,8% de los hombres. La prevalencia de diabetes mellitus fue de 12,5%, en las mujeres 13,9% y en los hombres 10,6%. La enfermedad renal crónica alcanzó una prevalencia de 12,6%, afectando más a los hombres (17,8%) que a las mujeres (8,5%), principalmente en la zona rural (14,4%) que en la urbana (11,3%).

Por otra parte, el sobrepeso presentó una prevalencia de 37,9%, en los hombres de 39,5% y en las mujeres de 36,6%, pero la obesidad, con prevalencia de 27,3%, afecta más a las mujeres (33,2%) que a los hombres (19,5%). La dislipidemia (definida en el estudio como colesterol mayor de 239

vi RT-PCR: Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR del inglés *reverse transcription polymerase chain reaction*).

mg/dl o triglicéridos mayor de 199 mg/dl) tenía prevalencia del 26,9% (28,5% en los hombres y 25,6% en las mujeres). Entre los factores de riesgo del comportamiento, el 93,8% de los salvadoreños mayores de 20 años presentaban un bajo consumo de frutas y verduras (menos de cinco porciones al día), 92,8% de los hombres y 90,9% de las mujeres. La prevalencia de personas sedentarias (aquellas que durante la última semana no realizaron ninguna actividad física moderada o intensa) fue del 39,9%, más marcado en las mujeres (44,6%) que en los hombres (33,8%). Los fumadores diarios representan el 4,7% de los mayores de 20 años y es más prevalente en los hombres (9,5%) que en las mujeres (1%) (45).

Seguridad alimentaria y nutricional. Sobre la base de índices antropométricos, la desnutrición crónica disminuyó de 19,0% en el 2008 (FESAL 2008) a 13,6% en el 2014; mientras que la desnutrición aguda aumentó de 1,0% a 2,1% en el país (2,2% en la zona urbana y 2,0% en la rural) y el sobrepeso se ha mantenido en 6,0% entre el 2008 y el 2014 (22). Las cifras mayores de desnutrición crónica se registraron en las regiones Paracentral y Occidental (16,4% y 1,3%, respectivamente); también se observaron diferencias entre los niveles de desnutrición crónica en los departamentos del país, cuyas mayores prevalencias, superiores al promedio nacional, se concentraron en Cuscatlán (18,5%) y en Cabañas (17,7%) (22).

2.3. Respuesta de los sistemas de salud

Composición y organización del Sistema Nacional de Salud

El Ministerio de Salud (MINSAL) es el ente rector del país en esta materia y el mayor prestador de servicios de salud. Su organización interna y sus servicios e instalaciones están estructurados técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es la segunda institución con mayor cantidad de instalaciones y cobertura poblacional; sus servicios de salud están estructurados en cuatro regiones. Las otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) son el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el Fondo Solidario para la Salud, el Comando de Sanidad Militar (COSAM) y la Dirección Nacional de Medicamentos.

Dentro de la organización del sector de la salud, la Dirección Nacional de Medicamentos tiene bajo su responsabilidad el ejercicio de la regulación nacional de medicamentos en el país mediante la Política Nacional de Medicamentos que dio origen a la Ley de Medicamentos, aprobada por la Asamblea Legislativa en el año 2012. Otra institución del sector con funciones de regulación y vigilancia del ejercicio de las profesiones directamente relacionadas con la salud y el funcionamiento de las instituciones y los establecimientos de la salud del sector privado es el Consejo Superior de Salud Pública.

Organización y establecimientos del Sistema Nacional de Salud

El MINSAL —con la Reforma de Salud desde el 2009— cuenta con un sistema de servicios de salud, organizado según los niveles de atención y la complejidad resolutoria en 68 microrredes municipales e intermunicipales, 13 redes departamentales y 5 redes regionales, las cuales conforman la Red Nacional de Servicios de Salud. Uno de los mayores logros de la reforma en materia de servicios de salud es la creación y la dotación de los equipos comunitarios de salud que son la unidad operativa básica

con que cuenta el SNS. Al momento de escribir este documento, hay un total de 575 de esos equipos (536 familiares y 39 especializados) que intervienen en 184 (70,0%) municipios y cubren 377 483 familias (22,0%).

La Hoja de Ruta hacia el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud, suscrita por las instituciones que conforman el SNS, se propone integrar funcionalmente de manera progresiva y en red todos los servicios e instalaciones con que cuenta el sistema. En el país, existe un total de 956 instalaciones de atención ambulatoria, 104 de atención ambulatoria especializada y 43 instalaciones hospitalarias.

Financiamiento y gastos en la salud

En el 2013, el gasto total en la salud en relación con el PIB fue de 6,9% (gasto público de 4,6% y gasto privado de 2,3%), lo cual representó 17,0% del gasto total público. El gasto de bolsillo constituyó 85,0% del gasto privado y 28,0% del gasto total en la salud, mientras que el gasto en planes prepagos de seguros en el 2013 significó 15,0% del gasto privado.

Aseguramiento público

En el año 2015 el total de la población cubierta por seguros públicos fue de 1 735 875 (26,9% de la población).^{vii} En el caso del ISSS, en el 2015 la cobertura total era de 1 636 265, el total de cotizantes llegó a 796 626 personas (84,3% activos y 15,7% pensionados), y el total de beneficiarios fue de 693 076 personas. En el ISBM, la cobertura de asegurados para ese mismo año fue de 98 296, con un total de cotizantes de 42 046 y 56 250 beneficiarios (23% cónyuges y 77% hijos) (17).

Recursos humanos

La densidad de profesionales de la salud en el 2015 era de 19,5 por 10 000 habitantes (médicos, personal de enfermería y licenciados en salud materno-infantil). A pesar de no lograr la meta establecida de 25 profesionales por 10 000 habitantes, se ha avanzado en una distribución más equitativa del personal, sobre todo en los departamentos más vulnerables, en comparación con el año 2010. La densidad de profesionales en la zona rural fue de 1,6 por 10 000 habitantes en el 2010, lo cual aumentó a 4,4 por 10 000 en el 2015. No obstante, aún persisten brechas en la distribución porcentual urbano-rural del personal de la salud. A escala nacional solo 13,9% se encontraba ubicado en la zona rural; el departamento de San Salvador era el que presentaba el mayor déficit, con solo 1,9% de su personal de la salud situado en el campo, lo que contrastaba con 47,07% del departamento de Sonsonate.

La fuerza laboral se encontraba ubicada en seis instituciones del SNS y en el año 2015 un total de 46 983 trabajadores se distribuían de la forma siguiente: 17,7% médicos generales y especialistas, 2,1% odontólogos, 10,5% enfermeras, 13,1% auxiliares de enfermería, 19,6% personal técnico, 8,1% promotores de la salud, 27,8% personal administrativo y 0,9% practicantes internos. Del total de los recursos humanos del SNS, 62,4% se concentraba en el MINSAL (23).^{viii}

vii Informe de Rendición de Cuentas Junio 2015-Mayo2016. Instituto Salvadoreño de Seguro Social. Página 5.

viii Observatorio de Recursos Humanos en Salud de El Salvador. Disponible en <http://rrhh.salud.gob.sv/node/90>

Formación y educación permanente del personal de salud

El país cuenta con 11 instituciones de educación superior que forman técnicos y profesionales de la salud en 13 disciplinas, de las que egresan anualmente un promedio de 670 médicos, 722 profesionales de enfermería y 1 276 técnicos en enfermería; de igual manera se forman médicos especialistas en 14 hospitales-escuela del SNS en coordinación con cuatro de estas universidades (23).^{ix} La gestión del trabajo en las redes de servicios vinculadas a los territorios implica el desarrollo de capacidades y de habilidades gerenciales y de comunicación eficaces, incluido el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el sector de la salud (24).

Durante la etapa comprendida entre el 2013 y el 2015, a través del Campus Virtual de Salud Pública y la implementación del nodo El Salvador, se capacitaron 504 funcionarios de la salud en las áreas siguientes: 360 en atención primaria de salud; 9 en sistemas de información; 45 en diseño de programas educativos; 18 en terapia familiar; 36 en salud y seguridad ocupacional; 10 en metodología de la investigación aplicada a los bancos de sangre; y 26 fueron entrenados con tutores virtuales. Asimismo, se contó con la intervención de profesionales nacionales en procesos regionales como en la gestión de políticas en salud con 11 participantes y en temas relacionados con los derechos humanos.^x

Monitoreo de la organización, provisión de atención y desempeño del sistema de salud

Entre el 2010 y el 2014 la Reforma de Salud que comenzó en el 2009 logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud y obtener avances en la salud pública, el acceso y la cobertura a una atención integral de salud, mediante la eliminación del pago en los sitios de atención pública y el acercamiento de los servicios a la población a través de los equipos comunitarios de salud familiar. Además, se dispuso la organización y la gestión de servicios en redes y el desarrollo de los recursos humanos para alcanzar un sistema de salud universal y equitativo (25).

No obstante, persiste la segmentación y la fragmentación del sistema. A partir del 2014, se ha reorientado y profundizado en el proceso de reforma, con un claro enfoque de acceso y cobertura universal de salud e integración funcional del SNS. Todos los integrantes del SNS acordaron esto mediante una Hoja de Ruta, firmada en septiembre del 2015, para avanzar hacia estos objetivos.

El MINSAL es el responsable de la cobertura de 72,0% de los salvadoreños; el ISSS se ocupa de 25,1%; y el ISBM y el COSAM atienden 1,6% y 1,1%, respectivamente. La segmentación se evidencia en la distribución no equitativa del gasto público per cápita en la salud: el MINSAL tiene un gasto per cápita de US\$ 137; el ISSS de US\$ 236; el COSAM de US\$ 349; y el ISBM de US\$ 509 (25, 30). La composición del gasto nacional de salud^{xi} entre el 2009 y el 2015 indicó que las instituciones públicas financiaron más de 60,0% del gasto nacional de salud, un tercio salía directamente del bolsillo de los hogares y menos de 7,0% provenía de las empresas de seguros privados (cuadro).

El desafío para asegurar una extensión de la salud universal es fortalecer las funciones de rectoría y reformar el marco legal en el país, de manera tal que le asegure viabilidad y sustento jurídicos a la integración del SNS y a las reformas iniciadas en el 2009.

ix Observatorio de Recursos Humanos en Salud de El Salvador. Disponible en <http://rrhh.salud.gob.sv/node/32>

x Disponible en <http://saber.salud.gob.sv/>

xi Es la combinación del gasto público (instituciones públicas) y gasto privado (bolsillo de los hogares y empresas de seguros privadas) en la salud.

2.4. Cuestiones transversales (Equidad, Género, Derechos Humanos, Etnicidad)

La desigualdad social en América Latina y el Caribe está muy condicionada por la matriz (o estructura) productiva. Tal como señala la CEPAL, el mercado laboral es el eslabón que vincula esa estructura productiva heterogénea (y la desigualdad que le es inherente en términos de productividad, acceso y calidad de los empleos) a una acentuada desigualdad de ingreso en los hogares, cuyo ingreso promedio mensual a nivel nacional por hogar en el 2015 fue \$538,7 (1,1 % mayor que en el 2011); a nivel urbano es \$630,1 y rural de \$373,9.

Esa estructura productiva demanda pocas capacidades técnicas de la mayoría de los trabajadores, cuyos empleos, en general, se caracterizan por ser de baja calidad e informales, con bajos ingresos y escaso o nulo acceso a mecanismos de protección social. Junto con los bajos ingresos, estos empleos agrupan en mayor proporción a mujeres, jóvenes, indígenas y afrodescendientes. Esto conlleva un acceso estratificado a la seguridad social, una elevada vulnerabilidad social y niveles de bienestar muchas veces insuficientes para los ocupados y sus dependientes, manifestándose durante la vejez en desigualdades y brechas con fuertes sesgos de género (CEPAL, 2012a).

El Salvador ha mostrado avances en inversión social, pasando de 7% a 14.8% entre 2007 y 2014. Sin embargo, y con base en la Evaluación Común de País, realizada por el SNU, el principal desafío continúa siendo la persistencia de una alta proporción de personas excluidas y limitadas del ejercicio de sus derechos humanos y del goce de una vida digna, productiva y en armonía (UNDAF 2016).

En la evaluación del logro de los ODM

ODM 1: La población que vive con menos de 1\$ por día pasó de 12.7% en 1991 a 5.5% en el 2012.

ODM 2: La tasa neta de matriculación en enseñanza primaria que pasó de 75.5% en 1991 a 93.7% en 2012 y en la tasa de alfabetización de personas de 15 a 24 años, que pasó de 85.2% en 1991 a 97.1% en 2012, mientras que el porcentaje de alumnos que inician 1er grado y finalizan 6to pasó de 52.6% en 1991 a 84% en 2012.

ODM 3: La proporción de la matrícula de niñas en la escuela primaria pasó de 100.7 por cada 100 niños en 1991 a 103 niñas inscritas por cada 100 niños en 2012. Mientras que la participación de las mujeres en el mercado laboral se ha mantenido estable en un 45% y la participación de las mujeres en la Asamblea Legislativa pasó de 15.5% en el periodo 1997-2000 a 27.4% en el periodo 2012-2015.

ODM 4: La mortalidad en niños menores de cinco años pasó de 52 por mil nacidos vivos en el periodo 1992-1998 a 19 por mil nacidos vivos en el quinquenio de 2003 a 2008 y para el 2015 se registró 11.8 por mil nacidos vivos.

El Salvador continúa ubicándose entre los países más violentos de la región y del mundo: 6 de cada 10 personas consideran que la inseguridad es el principal problema del país (UNDAF, 2016). El sistema penitenciario, con 22 centros, se encuentra saturado, con un incremento de la población de privados de libertad del 3.6 veces entre el 2000 al 2004 (7,000 a 22,549), para una tasa de 520 reclusos por cien mil habitantes. Del total de casos recibidos en la Fiscalía General de República en el 2012 (116,312), únicamente el 12% se dictó condena. (CNSSC, 2015).

La sociedad salvadoreña en respuesta a los elevados niveles de violencia, criminalidad y miedo que restringen su libertad, lanzó en el año 2015 el “Plan El Salvador Seguro” fruto de la organización de instituciones de gobierno y sociedad civil, este contempla siete resultados como producto de implementación de acciones de prevención de violencia en 50 municipios priorizados. (CNSCC, 2015).

2.5. Asociados en pro del desarrollo

La tabla presenta el grupo de más de 150 personas de al menos 68 instituciones convocadas para la formulación y validación de la ECP 2017 – 2020. Incluye actores de Gobierno, Sociedad Civil, ONGs, organismos del SNU, Academia y muchos otros actores.

El mapeo de los actores acá involucrados y asociado a las prioridades estratégicas, es presentado en anexo al final de este documento.

Ministerio de Salud	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Fondo Solidario para la Salud FOSALUD
Ministerio de Relaciones Exteriores	PNUD	Universidad de El Salvador
Organismo Internacional para las Migraciones OIM	Dirección General de Estadísticas y Censos DIGESTYC	Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia STPP
Foro Nacional de Salud	Asamblea Legislativa	Dirección Nacional de Protección Civil
Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales MARN	Ministerio de Agricultura y Ganadería MAG	Alcaldía de San Salvador
Viceministerio de Transporte VMT	Consejo Superior de Salud Pública CSSP	Comando de Sanidad Militar COSAM
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial ISBM	Dirección Nacional de Medicamentos DNM	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral ISRI
Banco Mundial BM	Banco Interamericano de Desarrollo BID	UNICEF
Instituto Nacional de Salud INS	Universidad Evangélica	UNFPA
Programa Mundial de Alimentos PMA	USAID	WORLD VISION
ONUMUJERES	ONUSIDA	FAO
Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos PDDH	Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad CONAIPD	Instituto Salvadoreño para la Juventud INJUVE
Ministerio de Educación MINED	Ministerio de Hacienda	Defensoría del Consumidor
Fundación Salvadoreña para el Desarrollo FUSADES	SAVE THE CHILDREN	PLAN INTERNACIONAL
Misión CICR El Salvador	KOICA El Salvador	JICA El Salvador
AECID	LUXEMBURGO	Instituto Nacional de los Deportes INDES
Policía Nacional Civil	Hospital Nacional “San Juan de Dios”, San Miguel	Comisión Nacional de Plaguicidas CONAPLAG
Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia	Instituto Nacional de la Juventud	Secretaría de Inclusión Social
Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer	Universidad Don Bosco	Universidad Dr Andrés Bello
Cruz Roja Salvadoreña	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer ISDEMU	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador COMURES
Universidad Centroamericana José Simeón Cañas UCA	Oficina del Coordinador Residente OCR	Universidad José Matías Delgado
Asociación nacional de Acueductos y Alcantarillados ANDA	Universidad Evangélica	Hospital Nacional Regional “San Juan de Dios” de Santa Ana
Organización Panamericana de la Salud		

2.6. Examen de la cooperación de la OPS/OMS en el marco de la ECP precedente

La OPS/OMS en El Salvador junto con el Ministerio de Salud (MINSAL), en coordinación con el Vice Ministerio de Cooperación para el Desarrollo y a través de un proceso participativo y de consulta con los principales actores nacionales del sector salud, construyeron la Estrategia de Cooperación de País (ECP) para el período 2012-2015, la cual se centró en que el país se articula alrededor de cinco prioridades estratégicas y quince áreas de interés, las cuales se encuentran alineadas con el Plan Quinquenal 2010 - 2014 del Gobierno de El Salvador, con la Política y Estrategia Nacional de Salud expresada en los ejes de la Reforma de Salud y con el marco de asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF), para período 2012-2015. (OPS-OMS, 2015)

Las prioridades de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS 2012-2015 fueron:

1. Contribuir al fortalecimiento de la gobernanza, su estrategia intersectorial y la cooperación internacional en salud para el desarrollo nacional de la Salud.
2. Apoyar la organización de redes integradas e integrales de servicios de salud centrados en las personas, las familias y las comunidades basados en la atención primaria y en los derechos humanos.
3. Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos en salud, la investigación y desarrollo del conocimiento.
4. Fortalecer las intervenciones en salud ambiental, gestión de riesgos y seguridad humana.
5. Contribuir al mantenimiento y avance en los logros de los resultados en Salud, con énfasis en población vulnerable y en la equidad.

Para la implementación de la ECP 2012 - 2015, se plantearon dos Planes de Trabajo bianuales (PTB 2012-2013 y 2014-2015) dentro del esquema de trabajo de la OPS/OMS cuyos resultados fueron presentados en los Consejos Directivos de la Organización en septiembre de cada año a las autoridades de los países de las Américas y del cual El Salvador es parte.

Adicionalmente, se organizó la evaluación de los resultados que la ECP-2012-2015 habría contribuido en el país, donde 45 instituciones de gobiernos, del SNU, de Sociedad Civil y cooperación internacional evaluaron los 15 ámbitos prioritarios contemplados para la ECP de la OPS-OMS en El Salvador.

Los principales resultados se centran en:

1. Todas y cada una de las instituciones evaluadoras participan al menos en una de los 15 ámbitos.
2. Participan más en fortalecer las capacidades nacionales de cooperación internacional en salud (75%).
3. En menor medida en apoyar el desarrollo y funcionamiento del Instituto Nacional de Salud (42%) quien es responsable entre otros temas investigación científica y Laboratorio Nacional de Vigilancia.

En una escala cero: no sabe; uno: baja contribución; tres: moderada contribución y 5: significativa contribución para medir que tanto la OPS-OMS El Salvador aportó a los logros globales de los ámbitos prioritarios, los resultados fueron:

1. El aporte global de la cooperación fue moderado con una valoración promedio total 2.9, y una moda de 3.
2. Los ámbitos considerados con “significativos aportes” (valoración de 5):
 - Fortalecimiento de las capacidades nacionales de cooperación internacional en salud en función de las prioridades nacionales y la participación del país en foros e iniciativas a nivel subregional, regional y global.
 - Implementar del Sistema Único Integrado de Vigilancia en salud pública, enfermedades, riesgos y determinantes sociales y ambientales de la salud.
 - Contribución al logro de las metas de vacunación, la garantía de una vacunación segura que conduzca a la eliminación o erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.
 - Abordar la atención integral de la salud de la madre y el niño y la salud sexual y reproductiva.
 - Impulsar la prevención y el control de enfermedades transmisibles y aquellas de potencial eliminación o potencial riesgo pandemiogénico.
 - Contribución al logro de las metas de vacunación, la garantía de una vacunación segura que conduzca a la eliminación o erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.
3. Los ámbitos que consideraron con “muy poco aporte” (valoración de 1):
 - Apoyar el desarrollo y funcionamiento del Instituto Nacional de Salud, que fomente la investigación científica en políticas, sistemas y servicios de salud y promueva la gestión del conocimiento para la toma de decisiones informadas y con base en datos probatorios (17%).
 - Fortalecer las capacidades de abordaje de los determinantes de la salud (15%).
 - Contribuir al desarrollo de recursos humanos de salud suficientes, competentes y valorados para responder a las necesidades de salud de la población (15%).
 - Apoyar el acceso a servicios integrales e integrados de salud y nutrición dirigidos durante el curso de vida, con enfoque de género y de derechos (14%).
4. Los ámbitos que consideraron “no conocer si se contribuyó” (valoración de 0):
 - Apoyar el desarrollo y funcionamiento del Instituto Nacional de Salud, que fomente la investigación científica en políticas, sistemas y servicios de salud y promueva la gestión del conocimiento para la toma de decisiones informadas y con base en datos probatorios.
 - Implementación del Sistema Único Integrado de Vigilancia en salud pública, enfermedades, riesgos y determinantes sociales y ambientales de la salud.
 - Impulsar la prevención y el control de enfermedades transmisibles y aquellas de potencial eliminación o potencial riesgo pandemiogénico.
 - Abordar la atención integral de la salud de la madre y el niño y la salud sexual y reproductiva.



Capítulo III

Programa Estratégico de Cooperación de la OPS/OMS

Los compromisos y la agenda de país

La Estrategia de Cooperación de País con el Salvador 2012 – 2015 definió las principales líneas de trabajo acordadas con el país a través de varios documentos nacionales, esfuerzos institucionales y reflejó durante su vigencia el trabajo conjunto de la organización con los diferentes actores de país incluido el Sistema de las Naciones Unidas.

La evaluación de los resultados de la anterior ECP, sumados a los nuevos documentos de trabajo nacionales acá descritos, representan la ruta a seguir en los próximos 4 años. El Actual Gobierno de El Salvador (GoES) se enmarca en el Plan Quinquenal de Desarrollo que va al año 2019 además de políticas institucionales, y siendo el país uno de los veinte a nivel global seleccionados para la implementación acelerada de los ODS, determina una activa agenda enfocada a los compromisos tanto internos como internacionales y los que son parte integral de esta nueva ECP.

Entre otros documentos que han servido de antecedentes para el desarrollo de la presente Estrategia y los que hacen parte integral de la misma figuran:

- Estrategia de Cooperación OPS El Salvador 2012 – 2015
- Plan Quinquenal de Desarrollo 2014 – 2019
- Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud y otras Entidades
- Objetivos de Desarrollo Sostenible
- UNDAF 2016 – 2019 firmado entre País y SNU

La Organización Panamericana de la Salud y el Sistema de Naciones Unidas

La OPS cumple sus objetivos mediante las siguientes funciones básicas:

- Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;
- Definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
- Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
- Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Presentación de las Prioridades Estratégicas y sus ámbitos de aplicación

La agenda estratégica para la cooperación de la OPS/OMS 2017 – 2020 en El Salvador se desarrollará a través de las siguientes prioridades y acciones teniendo en cuenta el Marco de la Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) formado para el país 2016 – 2020 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



01

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1

El Acceso y la Cobertura Universales en Salud como pilar del Desarrollo Social

La relación Desarrollo y Salud constituye un elemento dinamizador del bienestar de la población. Los países a nivel mundial y en particular en la Región de las Américas han comprometido su voluntad para avanzar en el acceso y la cobertura universal en salud como medio para potenciar esta relación y alcanzar mayores niveles de bienestar y calidad de vida.

El Salvador ha realizado avances en su desarrollo y en particular ha mejorado el acceso de la población a servicios de salud, el principal desafío para avanzar lo constituye la integración del Sistema Nacional de Salud.

El desarrollo y continuidad de la Hoja de Ruta para la integración de la red de servicios de salud, la unificación de prestaciones que facilite el acceso de la población a los servicios y el mejoramiento de las inequidades en el gasto público en salud son hitos importantes para los próximos años.

Línea de acción	Descripción
<p>a) Apoyar el desarrollo del Sistema Integrado de Salud basado en la Atención Primaria.</p>	<p>Esta línea pretende desarrollar mediante la cooperación técnica los objetivos operativos trazados en la Hoja de Ruta del país para avanzar en el acceso y la cobertura de salud mediante la integración del SNS.</p>
<p>b) Promover la participación social y las estrategias dirigidas a reducir progresivamente las barreras geográficas, culturales, físicas y sociales que limitan el derecho y el acceso de la población a la salud.</p>	<p>Esta línea de acción está orientada a desarrollar estrategias, iniciativas focalizadas; herramientas y abogacía para mejorar el acceso a salud que por razones económicas, culturales, sociales y geográficas se ven impedidas o limitadas para ejercer sus derechos a la salud. Los grupos más afectados por esta falta de acceso son las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, los niños, las mujeres, los adultos mayores, las personas con discapacidad física o mental, los miembros de la comunidad LGBTI, los migrantes, las minorías étnicas y las personas que viven en la pobreza extrema.</p>
<p>c) Apoyar estrategias de gestión y desarrollo del recurso humano en salud que aseguren la mejora continua de la calidad y calidez de los servicios.</p>	<p>En esta línea de acción está dirigida a dar seguimiento y evaluar la ejecución de políticas y planes orientados a los recursos humanos, a fin de avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de salud y abordar las necesidades para la atención sanitaria con calidad y seguridad de los servicios.</p>
<p>d) Promover estrategias dirigidas a mejorar la regulación, el financiamiento y la eficiencia del gasto en salud buscando la sustentabilidad de la red integrada de servicios.</p>	<p>Esta línea de acción instrumentaliza acciones dirigidas a fortalecer la capacidad de regulación en materia de salud, así como aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud de una manera eficiente, sostenible y fiscalmente responsable para ampliar el acceso, reducir inequidades en salud, incrementar la protección financiera e implementar intervenciones eficientes.</p>



02

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2

Los Determinantes Sociales de la Salud como enfoque esencial en la reducción de las desigualdades y las inequidades

Las condiciones del desarrollo social de cada país, así como su modelo político y económico, definen tendencias y patrones que determinan escenarios de salud/enfermedad en los cuales las diferencias sociales, de ocupación, género, etnia y grupos de edad reproducen características y perfiles demográficos, sociales y epidemiológicos de diversas características.

En este marco, el desarrollo económico y social de El Salvador en los últimos años ha permitido elevar los niveles de vida de la población, sin embargo, constituyen desafíos de la sociedad superar la informalidad ocupacional, mejorar la situación de violencia social, disminuir las desigualdades sociales y aumentar las oportunidades laborales para la población joven.

En otra perspectiva, constituyen desafíos el crecimiento poblacional y económico-social en las principales ciudades del país, el progresivo envejecimiento de la población, la continuada migración del campo a la ciudad.

Desde la perspectiva de la salud de la población los desafíos y esfuerzos continúan en el logro de incidir en la disminución de muertes y discapacidades evitables mediante estrategias intersectoriales orientadas a promover la salud y el empoderamiento de la población de su salud; así como la prevención y control de enfermedades infecciosas, transmisibles y crónicas.

Línea de acción	Descripción
<p>a) Impulsar políticas públicas intersectoriales e interinstitucionales basadas en el concepto de seguridad humana, que busquen reducir las enfermedades y los riesgos a la salud.</p>	<p>Esta línea de acción está encaminada a concentrar los esfuerzos multisectoriales e interinstitucionales en definir claramente como los determinantes sociales interactúan para incrementar el riesgo de la población a daños de la salud. Con el concurso de la academia además se buscará la generación de evidencias que permitan a los tomadores de decisiones involucrados generar políticas públicas u otras herramientas legales que protejan a la población a lo largo del curso de vida.</p>

	<p>La respuesta a cualquier evento que ponga en riesgo la salud de las personas, requiere continuar implementando los mecanismos que han facilitado la respuesta, continuar evaluando la preparación y mejorar las habilidades de todas las instancias que conforman el SNS o que su aporte es importante en prevención y mitigación de riesgos. En este punto, el mantenimiento de las capacidades básicas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).</p>
<p>b) Abordar el cambio climático como factor condicionante de amenaza para la salud de la población y las medidas tendientes a reducir su impacto.</p>	<p>Los efectos causados por fenómenos climáticos extremos vinculados con el cambio climático tienen consecuencias para la seguridad alimentaria y nutricional, la inocuidad de los alimentos y el agua segura para el consumo, así como para la prevalencia de las enfermedades transmitidas por vectores.</p> <p>El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, calidad del aire, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura. Las condiciones climáticas tienen gran influencia en las enfermedades transmitidas por el agua o por los insectos, caracoles y otros animales de sangre fría.</p> <p>Para la adaptación al cambio climático es necesaria la creación de Alianzas, difusión de información sobre las amenazas que plantea el cambio climático para la salud humana, la revisión de evidencia científica existente sobre la relación entre el cambio climático y la salud, y elaborar una agenda de investigación mundial y el apoyo a la puesta en práctica de la respuesta de salud pública al cambio climático</p>
<p>c) Promover estrategias integrales dirigidas a reducir de manera progresiva el impacto de las emergencias y los desastres, fomentando el desarrollo de comunidades resilientes.</p>	<p>Las emergencias en salud pública, los desastres y las amenazas emergentes para la salud de la población requieren sistemas de salud que respondan a estas situaciones. El fortalecimiento de la capacidad de los países en cuanto a la prevención, la reducción de riesgos, la preparación, la vigilancia, la respuesta y la recuperación temprana en relación con todo tipo de amenazas para la salud humana que pueden surgir como consecuencia de emergencias o desastres, por ello, la adopción de medidas multisectoriales es fundamental para abordar amenazas, y para mejorar con equidad los resultados en materia de salud.</p> <p>El sector de la salud tiene la responsabilidad de vigilar, prevenir y mitigar las consecuencias de las situaciones de emergencia y los desastres para la salud; en consecuencia, debe fortalecer su capacidad para responder y ejecutar oportuna y eficazmente intervenciones relacionadas al cuidado de la salud y así reducir la morbilidad, la mortalidad y la perturbación social resultantes de las epidemias.</p>



03

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3

La Salud en el Curso de Vida para asegurar una población sana y el bienestar en todas las edades

El enfoque del curso de vida se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida.

Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud.

A este respecto, constituyen desafíos la calidad de los cuidados prenatales y del recién nacido, la estimulación temprana del desarrollo infantil, la alimentación sana y, la educación sexual y reproductiva en la niñez y la adolescencia; la salud mental y las relaciones familiares.

El enfoque provee una visión integral de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida.

Línea de acción	Descripción
<p>a) Apoyar mecanismos que aseguren la disponibilidad y el acceso a productos biológicos para la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles.</p>	<p>Esta línea de acción se enfoca en trabajar en el mejoramiento del desempeño de las instancias del SNS en los procesos de análisis, programación, seguimiento a la utilización-abastecimiento, evaluación de coberturas a niveles municipales principalmente. Por otra parte, se enfocará en el análisis de costo- efectividad de nuevos productos biológicos que se encuentren a disposición de los países a través del Fondo Rotatorio.</p> <p>El logro de las metas de inmunizaciones requiere de una adecuada programación, la cual depende de contar con registros que permitan conocer individualmente los niños y niñas vacunados, lo cual requiere centrar esfuerzos en poner en marcha un Sistema Nominal de Vacunas para dar dicho paso cualitativo. También se debe mejorar el sistema de seguimiento a las existencias de vacunas a todos los niveles de los establecimientos que aplican vacunas.</p>

<p>b) Promover ambientes y estilos de vida saludables enfocados en reducción y prevención de enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Esta línea pretende mediante la cooperación técnica contribuir a reducir la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y los problemas de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.</p>
<p>c) Promover estrategias que faciliten la generación de evidencias, el acceso público y el derecho de la población a información y educación relacionada a salud a lo largo del curso de vida.</p>	<p>Esta línea de acción está orientada a desarrollar estrategias, iniciativas focalizadas, herramientas y abogacía para facilitar la generación de evidencias y mejorar el acceso público a la información y educación relacionada a la salud, en todas las etapas de la vida. La evidencia científica y su integración en los procesos de adopción de decisiones (por ejemplo, atención de salud basada en la evidencia y formulación de políticas fundamentadas en la evidencia) en todos los niveles del sistema de salud son insumos clave.</p> <p>La información de salud es considerada como un derecho básico y un insumo fundamental para todos los aspectos de la acción en el ámbito de la salud, como la investigación, la planificación, las operaciones, la vigilancia, el seguimiento y la evaluación, y sirve de base crucial para los procesos de establecimiento de prioridades y adopción de decisiones. Una función más activa en la generación y difusión de la evidencia guiará mejor las medidas encaminadas a mejorar el estado de salud.</p>
<p>d) Apoyar el desarrollo de políticas públicas con enfoque demográfico, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de las personas.</p>	<p>Esta línea de acción está dirigida a desarrollar la ejecución de políticas públicas y planes orientados a promover la salud y prevenir la enfermedad en los diferentes grupos de la población, durante la totalidad del ciclo de vida, desde antes de la concepción hasta la vejez, teniendo en cuenta la interacción de los determinantes de la salud y sus efectos a lo largo de la vida y de una generación a otra.</p>

04

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4

La Salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas.

Constituyen un mecanismo para la movilización de voluntades y recursos nacionales y externos de cara a alcanzar el bienestar, el progreso y la paz de los pueblos. En tal sentido, son una oportunidad para alinear los objetivos nacionales y globales centrados en los objetivos y metas descritos.

La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 al “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS.

Línea de acción	Descripción
a) Promover la Salud en todas las políticas como compromiso social.	Esta línea de acción está encaminada a fortalecer capacidades nacionales, mecanismos de articulación intersectorial y abogacía con miras a la inclusión progresiva de la cultura de Promoción de la Salud en las políticas públicas, planes, programas y proyectos de desarrollo económico y social en todos los niveles e instancias de gobierno
b) Promover el desarrollo de agendas nacionales para la definición de líneas de base y la medición del progreso en los ODS.	Esta línea de acción instrumentaliza acciones dirigidas a fortalecer la capacidad para establecer los indicadores, las líneas de base para su medición y seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible
c) Apoyar el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza en salud para el logro de los ODS.	Esta línea de acción operacionaliza el apoyo al MINSAL como rector del Sistema de Salud para fortalecer la capacidad de liderazgo y ejercicio de las funciones rectoras en salud y, mejorando la gobernanza y conducción político-técnica para el logro de los ODS

Las Prioridades Estratégicas formuladas en el trabajo colectivo deben ser correlacionadas con los planes nacionales de trabajo, el plan estratégico de la OPS/OMS, los objetivos de desarrollo sostenible en materia de indicadores asociados a salud y su vinculación al MANUD.

En las siguientes tablas se describe la relación de cada uno de los ámbitos de actuación de las prioridades definidas con las políticas y los planes nacionales, el plan de trabajo de la OPS expresado en las 27 áreas programáticas (Anexo 1), los indicadores correspondientes de los ODS y su vinculación al MANUD.

De igual forma, el trabajo desarrollado contempló la formulación individual y grupal de actividades específicas para cada institución participante, llevando así a las acciones operativas en cada una de las prioridades establecidas. Este listado de actividades, así como las instituciones que expresaron su interés en desarrollarlas, son presentadas en el Anexo 2 de este documento y son la base del trabajo que permitirá la implementación y medición de esta ECP.

PRIORIDADES ESTRATEGICAS	ÁMBITOS DE ACTUACIÓN	PRIORIDADES DE LAS POLITICAS, ESTRATEGIAS, PLANES NACIONALES DE SALUD	EFFECTO DEL PLAN GENERAL DE TRABAJO EN OPS	METAS DE LOS ODS	RESULTADOS DEL MANUD
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1: El Acceso y la Cobertura Universales en Salud como pilar del Desarrollo Social.	a) Apoyar el desarrollo del Sistema Integrado de Salud basado en la Atención Primaria.	PQD PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	12. Servicios de Salud integrados, centrados en la persona y de calidad.	3.8.1 3.8.2	Área de Cooperación 1 Bienes y Servicios Básicos. EFFECTO DE DESARROLLO 1 La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.
	b) Promover la participación social y las estrategias dirigidas a reducir progresivamente las barreras geográficas, culturales, físicas y sociales que limitan el derecho y el acceso de la población a la salud.	POLITICA NACIONAL DE SALUD	5. Determinantes de la salud. 9. Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores. 10. Acceso a productos médicos y capacidades regulatorias. 18. Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas 21. Tuberculosis 23. Género, equidad, recursos humanos y etnicidad. 24. Discapacidades y rehabilitación 27. Resistencia antimicrobiana	3.3.3 3.4.1	
	c) Apoyar estrategias de gestión y desarrollo del recurso humano en salud que aseguren la mejora continua de la calidad y calidez de los servicios.	POLITICA NACIONAL DE SALUD	4. Recursos Humanos para la Salud. 6. Infecciones por VIH/Sida e ITS. 7. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.	3.3.4 3.3.5 3.c.1	
	d) Promover estrategias dirigidas a mejorar la regulación, el financiamiento y la eficiencia del gasto en salud buscando la sustentabilidad de la red integrada de servicios.	POLITICA NACIONAL DE SALUD PEI	10. Acceso a los productos medicos y fortalecimiento de las capacidades regulatorias.	3.8.1 3.8.2	

PRIORIDADES ESTRATEGICAS	ÁMBITOS DE ACTUACIÓN	PRIORIDADES DE LAS POLITICAS, ESTRATEGIAS, PLANES NACIONALES DE SALUD	EFFECTO DEL PLAN GENERAL DE TRABAJO EN OPS	METAS DE LOS ODS	RESULTADOS DEL MANUD
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2: Los Determinantes Sociales de la Salud como enfoque esencial en la reducción de las desigualdades y las inequidades.	a) Impulsar políticas públicas intersectoriales e interinstitucionales basadas en el concepto de seguridad humana, que busquen reducir las enfermedades y los riesgos a la salud.	PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	5. Determinantes sociales de la salud. 16. Salud y medio ambiente. 17. Violencia y traumatismos. 20. Nutrición. 25. Discapacidad y rehabilitación. 26. Salud mental y trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas.	3.5.1 3.5.2 3.6.1 3.9.3	Área de Cooperación 1 Bienes y Servicios Básicos. EFFECTO DE DESARROLLO 1 La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.
	b) Abordar el cambio climático como factor condicionante de amenaza para la salud de la población y las medidas tendientes a reducir su impacto.	PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	16. Salud y medio ambiente. 17. Violencia y traumatismos. 20. Nutrición. 26. Salud mental y trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas.	3.9.1 3.9.2 6.a.1 6.b.1	
	c) Promover estrategias integrales dirigidas a reducir de manera progresiva el impacto de las emergencias y los desastres, fomentando el desarrollo de comunidades resilientes.	POLITICA NACIONAL DE SALUD PLAN EL SALVADOR SEGURO PEI	11. Preparación de los países para emergencias sanitarias y RSI. 13. Operaciones de Emergencias. 14. Gestión de peligros infecciosos. 19. Reducción de riesgos de desastres y proyectos especiales. 22. Inocuidad de los alimentos. 27. Resistencia antimicrobiana.	3.d.1 6.a.1 6.b.1	

PRIORIDADES ESTRATEGICAS	ÁMBITOS DE ACTUACIÓN	PRIORIDADES DE LAS POLITICAS, ESTRATEGIAS, PLANES NACIONALES DE SALUD	EFFECTO DEL PLAN GENERAL DE TRABAJO EN OPS	METAS DE LOS ODS	RESULTADOS DEL MANUD
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3: La Salud en el Curso de Vida para asegurar una población sana y el bienestar en todas las edades.	a) Apoyar mecanismos que aseguren la disponibilidad y el acceso a productos biológicos para la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles.	PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	2. Enfermedades prevenibles por vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis). 10. Acceso a los productos médicos y fortalecimiento de las capacidades regulatorias.	3.b.1	Área de Cooperación 1 Bienes y Servicios Básicos. EFFECTO DE DESARROLLO 1 La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.
	b) Promover ambientes y estilos de vida saludables enfocados en reducción y prevención de enfermedades no transmisibles	POLITICA NACIONAL DE SALUD	16. Salud y medio ambiente. 17. Violencia y traumatismos. 20. Nutrición. 24. Discapacidad y rehabilitación. 26. Salud mental y trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas.	3.a.1 3.9.3 3.9.1	
	c) Promover estrategias que faciliten la generación de evidencias, el acceso público y el derecho de la población a información y educación relacionada a salud a lo largo del curso de vida.	PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	1. Salud de la mujer, la madre, el niño, el adolescente, el adulto y SSR. 3. Información y evidencia en apoyo a los sistemas de salud. 16. Salud y medio ambiente. 18. Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas 20. Nutrición. 23. Genero, equidad, derechos humanos y etnicidad.	3.1.1 3.1.2 3.2.1 3.7.1 3.7.2	
	d) Apoyar el desarrollo de políticas públicas con enfoque demográfico, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de las personas	PQD PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	1. Salud de la mujer, la madre, el niño, el adolescente, el adulto y SSR. 16. Salud y medio ambiente. 20. Nutrición. 23. Genero, equidad, derechos humanos y etnicidad.	3.1.1 3.1.2 3.2.1 3.2.2 3.7.1 3.7.2	

PRIORIDADES ESTRATEGICAS	ÁMBITOS DE ACTUACIÓN	PRIORIDADES DE LAS POLITICAS, ESTRATEGIAS, PLANES NACIONALES DE SALUD	EFFECTO DEL PLAN GENERAL DE TRABAJO EN OPS	METAS DE LOS ODS	RESULTADOS DEL MANUD
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4: La Salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	a) Promover la Salud en todas las políticas como compromiso social.	PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	15. Gobernanza y financiamiento en el ámbito de salud, políticas, estrategias y planes nacionales en salud.		Área de Cooperación 1 Bienes y Servicios Básicos.
	b) Promover el desarrollo de agendas nacionales para la definición de líneas de base y la medición del progreso en los ODS.	PQD PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD	1. Salud de la mujer, la madre, el niño, el adolescente, el adulto y SSR. 16. Salud y medio ambiente. 20. Nutrición. 23. Género, equidad, derechos humanos y etnicidad.	3.1.1 3.1.2 3.2.1 3.2.2	EFFECTO DE DESARROLLO 1 La población goza de cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.
	c) Apoyar el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza en salud para el logro de los ODS.	PEI POLITICA NACIONAL DE SALUD			



Capítulo IV

Ejecución del Programa Estratégico: repercusiones para la Secretaría

El plan de trabajo establecido en la presente ECP lleva implicaciones en el nivel local, subregional, regional y global toda vez que las prioridades y ámbitos de acción se expresan en indicadores de alcance global como los definidos para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y que implicarán una acción de largo plazo, incluso en las agendas más allá de las definidas en esta ECP al 2020.

Al ser El Salvador uno de los países seleccionados para implementación acelerada de los ODS representa que las acciones acá enunciadas estarán bajo el compromiso de todos los actores, tanto públicos como privados, organizaciones nacionales como internacionales, academia y muchos más para el logro de los mismos.

El gran reto de la financiación de cada una de las prioridades se establecerá no solamente en los compromisos adquiridos por la OPS/OMS en su plan de trabajo bienal, sino en los que otras agencias y actores acá involucrados puedan movilizar para complementar las acciones.

Las tablas que se presentan a continuación y que desarrollan cada una de las prioridades lleva los ámbitos político, técnico, administrativo, de coordinación y financiero para cada uno de los niveles propuestos de intervención.

La implicación debe ser entendida como: “La necesidad de intervención o participación en actividades asociadas a cada uno de los ámbitos presentados para el logro del mismo” y su clasificación será: Alta (A), Media (M) y Baja (B) siendo cada una de ellas:

Alta (A): La participación e involucramiento son indispensables para el logro de los objetivos.

Media (M): Se requiere la participación o involucramiento como factor de apoyo o sostenibilidad.

Baja (B): El involucramiento siempre será apoyo, pero la incidencia en el logro del objetivo es menor.

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1:

El Acceso y la Cobertura Universales en Salud como motor del Desarrollo Social.

Ámbito de Actuación	a) Apoyar el desarrollo del Sistema Integrado de Salud basado en la Atención Primaria.				b) Promover la participación social y las estrategias dirigidas a reducir progresivamente las barreras geográficas, culturales, físicas y sociales que limitan el derecho y el acceso de la población a la salud.				c) Apoyar estrategias de gestión y desarrollo del recurso humano en salud que aseguren la mejora continua de la calidad y calidez de los servicios.				d) Promover estrategias dirigidas a mejorar la regulación, el financiamiento y la eficiencia del gasto en salud buscando la sustentabilidad de la red integrada de servicios.			
	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global
Político	A	A	A	M	A	M	M	M	A	A	M	M	A	M	M	B
Técnico	A	M	A	B	A	A	A	A	A	A	M	M	A	M	M	B
Administrativo	A	M	M	B	A	M	B	B	M	B	B	B	A	B	B	B
De Coordinación	A	M	B	B	A	M	B	B	A	M	B	B	A	B	B	B
Financiero	A	A	M	M	A	A	A	A	M	M	M	M	A	B	B	B

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2:

Los Determinantes Sociales de la Salud como enfoque esencial en la reducción de las desigualdades y las inequidades.

Ámbito de Actuación	a) Impulsar políticas públicas intersectoriales e interinstitucionales basadas en el concepto de seguridad humana, que busquen reducir las enfermedades y los riesgos a la salud.				b) Abordar el cambio climático como factor condicionante de amenaza para la salud de la población y las medidas tendientes a reducir su impacto.				c) Promover estrategias integrales dirigidas a reducir de manera progresiva el impacto de las emergencias y los desastres, fomentando el desarrollo de comunidades resilientes.				
	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global	
Político	A	A	M	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Técnico	M	M	M	M	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Administrativo	M	M	M	B	M	M	B	B	M	M	M	M	M
De Coordinación	A	A	M	B	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Financiero	M	M	M	M	M	M	M	M	A	A	A	A	A

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3:

La Salud en el Curso de Vida para asegurar una población sana y el bienestar en todas las edades.

Ámbito de Actuación	a) Apoyar mecanismos que aseguren la disponibilidad y el acceso a productos biológicos para la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles				b) Promover ambientes y estilos de vida saludables enfocados en reducción y prevención de enfermedades no transmisibles.				c) Promover estrategias que faciliten la generación de evidencias, el acceso público y el derecho de la población a información y educación relacionada a salud a lo largo del curso de vida				d) Apoyar el desarrollo de políticas públicas con enfoque demográfico, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de las personas.			
	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global
Político	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	M	M	A	A	A	A
Técnico	A	A	A	A	A	M	M	M	A	A	M	M	M	M	M	M
Administrativo	A	A	A	A	A	B	B	B	M	M	M	M	M	M	B	B
De Coordinación	A	M	M	M	A	A	M	M	M	M	B	B	M	M	B	B
Financiero	A	A	A	A	M	M	A	B	M	B	B	B	M	M	M	M

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4:

La Salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Ámbito de Actuación	a) Promover la Salud en todas las políticas como compromiso social.				b) Promover el desarrollo de agendas nacionales para la definición de líneas de base y la medición del progreso en los ODS.				c) Apoyar el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza en salud para el logro de los ODS.			
	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global	País	SUBReg	Reg	Global
Político	A	A	A	A	A	A	M	M	A	A	A	A
Técnico	A	A	M	M	A	A	A	A	A	A	A	A
Administrativo	A	A	M	M	A	A	M	M	A	A	M	M
De Coordinación	A	M	M	M	A	M	B	B	A	A	A	A
Financiero	M	M	M	M	A	A	A	A	A	A	A	A



Capítulo V

Supervisión y Evaluación de la ECP

La medición de los avances a las prioridades estratégicas, sus ámbitos de actuación y las actividades definidas, tendrán seguimiento desde la OPS en procesos de revisión de fin de año correspondiendo al 2018 la evaluación de medio término. Es importante resaltar que siendo el país seleccionado para implementación acelerada de ODS, las agendas permitirán la vinculación y seguimiento de varios de los indicadores definidos por país en su plan quinquenal de desarrollo y en los planes institucionales, con lo cual los avances podrán ser medidos

La evaluación tendrá ciclos de seguimiento anuales, liderados por la OPS/OMS en acompañamiento de los actores convocados para la formulación de la presente ECP. Los procesos de seguimiento serán muy importantes para la articulación que se de en el nuevo plan de trabajo de la OPS/OMS que finaliza en el año 2019 y dará paso a una nueva Estrategia.

5.1 Participación en el seguimiento y evaluación de la ECP

La ECP será evaluada bajo la coordinación de la OPS/OMS en el país y acompañados de las oficinas Regional y Global. El Ministerio de Salud, como ente rector de la política en el país acompañará las acciones del proceso.

Las entidades participantes en la formulación y acá descritos bajo el capítulo 2.5 (Asociados en pro del desarrollo) serán convocados para el seguimiento anual programado

5.2 Calendario

Las reuniones para seguimiento a la ECP se realizarán en el mes de noviembre de cada año facilitando la recolección de acciones del año tanto fiscal como programático y con medición de indicadores.

5.3 Metodología de evaluación

La evaluación tendrá como base el presente documento y el seguimiento al mismo se hará a través de:

- Revisión de cada una de las líneas estratégicas con los actores interesados y con quienes se ha trabajado el proceso de implementación.
- Encuestas de evaluación sobre la cooperación de la OPS/OMS en El Salvador como la presentada en este documento en el numeral 2.6.

Anexos

Anexo 1: Área Programática Priorización Hanlon 2018 - 2019

Anexo 2: Actividades e intervenciones

Anexo 3: Referencias

Anexo 1

ÁREA PROGRAMÁTICA PRIORIZACIÓN HANLON 2018 - 2019	
1	Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva
2	Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomelitis)
3	Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud
4	Recursos humanos para la salud
5	Determinantes sociales de la salud
6	Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual
7	Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo
8	Información sobre emergencias sanitarias y evaluación de riesgos
9	Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)
10	Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria
11	Preparación de los países para las emergencias sanitarias y RSI (2005)
12	Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad
13	Operaciones de emergencia
14	Gestión de peligros infecciosos
15	Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud
16	Salud y medioambiente
17	Violencia y traumatismos
18	Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas
19	Reducción de riesgos de desastres y proyectos especiales
20	Nutrición
21	Tuberculosis
22	Inocuidad de alimentos
23	Género, equidad, derechos humanos y etnicidad
24	Discapacidades y rehabilitación
25	Envejecimiento y salud
26	Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas
27	Resistencia antimicrobiana

Anexo 2

Actividades e intervenciones



PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1

El Acceso y la Cobertura Universales en Salud como pilar del Desarrollo Social

a) Apoyar el desarrollo del Sistema Integrado de Salud basado en la Atención Primaria.

Actores:

OIM, KOIKA, ISSS, ISRI, UNICEF, COSAM, MINSAL, FOSALUD, CICR, PNC, WORLD VISION SAVE THE CHILDREN.

Actividades:

- Fortalecer la ejecución de la iniciativa de redes integradas de prestación de servicios de salud, la agenda regional para los hospitales que forman parte de dichas redes.
- Poner en relieve las intervenciones encaminadas a aumentar la capacidad de resolución del primer nivel de la atención, la integración de programas prioritarios (ENT, infección por el VIH, tuberculosis) en la prestación de servicios de salud y fortalecer los enfoques de salud pública.
- Asegurar progresivamente un conjunto de prestaciones integrales con calidad para la reducción de la mortalidad Materno-infantil, las enfermedades infecciosas y de la morbimortalidad por Enfermedades No Transmisibles (ENT) priorizadas.
- Avanzar hacia la integración progresiva de los sistemas de información, desarrollar un modelo de complementariedad e integración gradual para la prestación de servicios de salud bajo el concepto de RIISS.
- Incrementar de manera progresiva en cada una de las instituciones prestadoras del SNS la asignación presupuestaria al primer nivel de atención buscando que sea al menos de 40%.
- Eliminar el subsidio cruzado estableciendo la compensación de costos o la contratación de servicios entre instituciones públicas de salud.
- Favorecer la negociación conjunta de insumos, medicamentos y dispositivos.
- Desarrollar análisis sectoriales y acompañar propuestas legales que progresivamente consoliden la rectoría del sistema nacional de salud y hagan viable su integración en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud.
- Desarrollar conjuntamente un proceso de análisis, elaboración y aprobación de normas conducentes a un nuevo código de salud a la luz de los cambios nacionales y mundiales en materia de salud pública.

- Propender por la atención integral de personas migrantes, especialmente las que sufren vulnerabilidades.
- Trabajar en la detección temprana de discapacidades y fortalecer el sistema de referencia y retorno.
- Apoyar la atención integral en Salud en Centros Penales.

b) Promover la participación social y las estrategias dirigidas a reducir progresivamente las barreras geográficas, culturales, físicas y sociales que limitan el derecho y el acceso de la población a la salud.

Actores:

MINSAL, FORO SALUD, WORLD VISION, FAO, INDES

Actividades:

- Fomentar alianzas con organismos dedicados a promover el derecho de poblaciones vulnerables.
- Promover la elaboración de programas e intervenciones que permitan a las personas comprender mejor sus derechos y responsabilidades en lo que respecta a la salud y facultarlas para participar activamente en su atención de salud.
- Apoyo para el fortalecimiento de la gobernanza, el seguimiento y la evaluación de políticas nacionales sobre acceso, calidad y uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
- Cooperación y asistencia para fortalecer la capacidad regulatoria de la Autoridad Reguladora Nacional (DNM).
- Asistencia técnica y apoyo para fortalecer las capacidades nacionales en Evaluación de Tecnologías Sanitaria (ETS) y el acceso a tecnologías asequibles y de buena calidad por medio de la planificación, gestión y mecanismos de compras regionales y la estrategia mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, de la OMS.
- La creación de procesos y mecanismos que fortalezcan y promuevan el manejo y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
- Fortalecer la vigilancia de los procesos tendientes a la inocuidad de los alimentos.
- Apoyar las capacidades regulatorias y el acceso a servicios mediante el desarrollo de instrumentos técnico jurídicos y organización de los servicios para: medicamentos, seguridad radiológica, seguridad de la sangre y trasplantes de órganos.
- Promover sistemas alimentarios que favorezcan la salud de las población y mejora de la nutrición.
- Promover las actividad física como prevención de enfermedades.

c) Apoyar estrategias de gestión y desarrollo del recurso humano en salud que aseguren la mejora continua de la calidad y calidez de los servicios.

Actores:

INDES, ISSS, MINSAL, FOSALUD, UES, VMT, MINSAL, ISBM, CSSP, MRREE, ISDEMU, USAM UNIVERSIDAD ANDRES BELLO, USAM, SAVE THE CHILDREN

Actividades:

- Apoyo técnico para evaluar los avances en dotación y distribución del recurso humano para mejorar el acceso y cobertura de los servicios de salud.
- Asistencia técnica para la formulación de políticas, herramientas e instrumentos para mejorar la calidad de la prestación de servicios centrados en las personas y la seguridad del paciente en conformidad con las directrices de la OPS/OMS.
- Asistencia técnica que promueva la aplicación de planes de acción intersectoriales y medidas para la contención de la resistencia antimicrobiana.
- Desarrollo de herramientas e instrumentos que mejoren las capacidades clínicas y técnicas de los profesionales de los servicios de salud.
- Apoyo para la incorporación de las TICs en la capacitación permanente en la prestación de los servicios.
- Apoyo en la generación de conocimientos en torno a los problemas de los recursos humanos en el campo de la formación, de los servicios y el ejercicio profesional.
- Fortalecer el Observatorio nacional de Recurso humanos de salud como herramienta de apoyo a la divulgación y análisis de información y evidencias para promover políticas en recursos humanos.
- Promover y capacitar a personal médico sobre la prescripción de actividades físicas como tratamiento completaría a enfermedades y desarrollar los procedimientos según padecimiento.
- Revisión de la currícula de post grado adecuada a las necesidades de país.
- Política de desarrollo del talento humano coherente al proceso de reforma de salud.
- Fortalecer las capacidades de los docentes en áreas básicas e investigación para mejorar la calidad de los profesionales en salud.

d) Promover estrategias dirigidas a mejorar la regulación, el financiamiento y la eficiencia del gasto en salud buscando la sustentabilidad de la red integrada de servicios.

Actores:

DNM, MINSAL, ISSS, DIGESTYC, ISBM

Actividades:

- Promoción de alianzas con centros y organismos especializados nacionales e internacionales para el intercambio de experiencias y cooperación en derecho a la salud, legislación en salud y regulación sanitaria, financiamiento y gasto en salud.
- Ampliar y priorizar la producción de estadísticas sobre el gasto de bolsillo y la tipificación de enfermedades.



PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2

Los Determinantes Sociales de la Salud como enfoque esencial en la reducción de las desigualdades y las inequidades

a) Impulsar políticas públicas intersectoriales e interinstitucionales basadas en el concepto de seguridad humana, que busquen reducir las enfermedades y los riesgos a la salud.

Actores:

MINSAL, UNICEF

Actividades:

- Fortalecer mecanismos de resiliencia de las comunidades.
- Fortalecimiento del Sistema de Información de Emergencias.
- Dar un abordaje integral e interinstitucional a la problemática de seguridad vial.
- Atención integral a personas migrantes.
- Contribución al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia sanitaria, incorporando el análisis de determinantes de la salud, vulnerabilidad e integración a sistemas nacionales de monitoreo y respuesta a emergencias.

b) Abordar el cambio climático como factor condicionante de amenaza para la salud de la población y las medidas tendientes a reducir su impacto.

Actores:

WORLD VISION, FAO, DEFENSORIA DEL CONSUMIDOR

Actividades:

- Metodologías lúdicas, utilización de lenguaje accesible a niños, niñas y jóvenes, uso de elementos gráficos para desastres.
- Trabajar en el desarrollo de hospitales seguros frente a emergencias y desastres.
- Desarrollar acciones que apoyen la vigilancia de la calidad del agua.
- Fortalecer las capacidades nacionales en materia de gestión de riesgos, incluidos los agroclimáticos.
- Introducción de la formación en respuesta a emergencias por cambio climático.
- Establecimiento de un sistema de información sobre accidentes de consumo.

c) Promover estrategias integrales dirigidas a reducir de manera progresiva el impacto de las emergencias y los desastres, fomentando el desarrollo de comunidades resilientes.

Actores:

DGPC, MRREE, MARN, ISSS, VMT, CRS, DGPC, USAM, ISSS, DGPC, UNICEF, MINSAL.

Actividades:

- Disponer de una evaluación de la infraestructura de los servicios de salud antes de un terremoto.
- Conformar equipos interinstitucionales de respuesta a emergencias.
- Mantener las capacidades básicas en la implementación del RSI.
- Asistencia técnica en el manejo de sustancia y desechos peligrosos.
- Articulación interagencial en el marco de UNETE y el Equipo Humanitario de País.
- Desarrollar mecanismos de evaluación rápida de desastres.
- Elaboración de protocolos para la identificación de riesgos de acuerdo al tipo de desastres o emergencias.
- Desarrollar estrategias de atención integrada a Albergues en caso de desastres (atención sanitaria, desechos sólidos, acceso a agua, inocuidad de alimentos y saneamiento básico).
- Fortalecer mecanismos de resiliencia de las comunidades.



PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3

La Salud en el Curso de Vida para asegurar una población sana y el bienestar en todas las edades

a) Apoyar mecanismos que aseguren la disponibilidad y el acceso a productos biológicos para la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles.

Actores:

DNM, OIM, MINSAL, INS, WORLD VISION, FORO SALUD, ISSS.

Actividades:

- Mejorar la coordinación interinstitucional para el acceso a vacunas.
- Mejorar la programación, distribución, monitoreo y evaluación de coberturas de biológicos a nivel subnacional.
- Apoyar la generación de evidencias y análisis científico para la consideración del uso de nuevas vacunas.
- Fortalecimiento de las capacidades de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y Academia en la evaluación de tecnologías sanitarias, incluyendo biológicos como vacunas.
- Vigilancia laboratorio de enfermedades prevenibles por vacunas.
- Sistematización de buenas practicas en el uso de vacunas y vigilancia epidemiológica.

b) Promover ambientes y estilos de vida saludables enfocados en reducción y prevención de enfermedades no transmisibles.

Actores:

ISSS, MINSAL.

Actividades:

- Fortalecer las capacidades nacionales para el desarrollo de políticas y programas en el manejo de las ENT y sus factores de riesgo.
- Mejorar la capacidad de los países para la vigilancia y el seguimiento de las ENT
- Fomentar alianzas intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

- Apoyar la implementación de estrategias encaminadas al cuidado de la salud en el curso de vida.
- Fortalecer la vigilancia de la salud en los grupos etáreos en el curso de vida y sus principales causas

c) Promover estrategias que faciliten la generación de evidencias, el acceso público y el derecho de la población a información y educación relacionada a salud a lo largo del curso de vida.

Actores:

MINSAL, FOSALUD, UNICEF, INJUVE, ISSS, PNC, INS.

Actividades:

- Fortalecer la capacidad de análisis de la situación de salud, mejorar la generación y el intercambio de evidencia y traducir o aplicar los resultados en la práctica de la salud pública.
- Formular orientaciones e instrumentos, fortalecer la capacidad, elaborar productos de información con distintos formatos, facilitar el acceso sostenible a conocimientos científicos y técnicos actualizados de los profesionales de la salud.
- Empoderar a los pacientes por medio de información fidedigna, administrando y apoyando redes conocimientos, y plasmando la evidencia en normas y procedimientos.
- Desarrollar políticas y agendas en de investigación en temas prioritarios de salud pública.
- Formulación de políticas y estrategias basadas en evidencias.
- Análisis integrado de bases de datos a nivel nacional asociado a las estadísticas vitales.
- Protección social de adolescentes y prevención de embarazo precoz.

d) Apoyar el desarrollo de políticas públicas con enfoque demográfico, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de las personas.

Actores:

ISSS, MINSAL, INS, CRS y FICR, DNM.

Actividades:

- Abogar por la ejecución del plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable.
- Promover la integración de la salud durante todo el ciclo de vida en las políticas públicas nacionales para mejorar la calidad de vida de las personas.

- Promover alianzas con centros y organismos especializados nacionales e internacionales para el intercambio de experiencias y cooperación en derecho a la salud.
- Apoyo en fortalecimiento de vigilancia de las ENT.
- Formular estrategias que busquen el uso racional de medicamentos.



PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4

La Salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

a) Promover la Salud en todas las políticas como compromiso social.

Actores:

UNICEF, PNC, PMA, UNIVERSIDAD ANDRES BELLO, MINED, MINSAL

Actividades:

- Desarrollar programas interinstitucionales que promuevan la salud como un bien público y de responsabilidad compartida.
- Incluir en las curriculas las políticas vigentes en salud para estimular su impulso.
- Diseñar sistemas de monitoreo y seguimiento de políticas en salud pública y medir su impacto en la salud de la población.
- Generar espacios de diálogo y concertación interinstitucional e intersectorial respecto a salud y el cuidado integral de la misma.

b) Promover el desarrollo de agendas nacionales para la definición de líneas de base y la medición del progreso en los ODS.

Actores:

ISDEMU, UNICEF, MINSAL, PNC, PMA

Actividades:

- Orientación de políticas y agendas para asegurar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la salud.
- Asistencia para fortalecer capacidades técnicas en el establecimiento de los indicadores de medición para cada meta del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible sobre la salud, las líneas de base como punto de partida para hacer su seguimiento.

- Cooperación para la medición periódica del progreso en los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la salud.
- Ampliar y monitorear la implantación de las políticas, normativas y herramientas en seguimiento a la ley de igualdad y ley para una vida libre de violencia para las mujeres.

c) Apoyar el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza en salud para el logro de los ODS.

Actores:

UNIVERSIDAD ANDRES BELLO, MINSAL

Actividades:

- Diseño de un sistema de monitoreo y evaluación del avance de las metas e indicadores del ODS 3 que permita garantizar la rendición de cuentas y transparencia.
- Establecimiento de un Observatorio de las metas e indicadores del ODS3 de acceso público.
- Promoción para la sensibilización y educación social, así como la abogacía sobre la importancia y acciones para alcanzar el logro de las metas del ODS 3.
- Promoción de alianzas con centros y organismos especializados nacionales e internacionales para el intercambio de experiencias y cooperación que permitan fortalecer las capacidades nacionales de liderazgo y conducción política en torno al ODS 3.

Anexo 3: Referencias

1. DIGESTYC. El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional y Departamental 2005-2025 [Internet]. San Salvador; 2014. Available from: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=517:estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-municipal-2005-2025>
2. MINEC El Salvador. Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2015 [Internet]. Dirección General de Estadística y Censos. DIGESTYC; 2016. Available from: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html>
3. Index Mundi. El Salvador - Tasa de dependencia [Internet]. 2013. Available from: <http://www.indexmundi.com/es/datos/el-salvador/tasa-de-dependencia>
4. Aquino, Luis. Ottoniel, Joaquin. Mejía M. Análisis de Sostenibilidad de la Deuda Pública con Remesas Familiares [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/category/1402437007.pdf>
5. Cabrera Melgar O. Situación Económica de El Salvador Enero 2015 [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/category/330472860.pdf>. GOES, Gobierno de El Salvador . El Salvador: Productivo, Educado y Seguro. [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://www.presidencia.gob.sv/wp-content/uploads/2015/01/Plan-Quinquenal-de-Desarrollo.pdf>
6. Banco Mundial. El Salvador: datos de País [Internet]. 2016. Available from: <http://datos.bancomundial.org/pais/el-salvador>
7. Banco Mundial. Diagnóstico sistemático de país [Internet]. Washington DC,.; 2015. Available from: <http://www.bancomundial.org/es/country/elsalvador>
8. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.sv.undp.org/content/el_salvador/es/home/library/informes-anales/informe-anual-pnud-el-salvador-2015.htm
9. Banco Mundial. Índice de Gini: El Salvador [Internet]. 2016. Available from: http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?end=2013&locations=SV&start=2010&year_high_desc=true
10. Consejo Nacional de Seguridad Ciudadana y Convivencia. Plan El Salvador Seguro [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://governabilidad.presidencia.gob.sv/plan-el-salvador-seguro/>
11. ISDEMU. Informe sobre el estado y situación de la violencia contra las mujeres 2015. Statew Agric L Use Baseline 2015. 2015;1.
12. Alliance Development Works. World Risk Report [Internet]. 2015. Available from: <http://www.worldriskreport.org/>
13. CEPAL. Resumen regional del impacto de la depresión tropical 12-E en Centroamérica: cuantificación de daños y pérdidas sufridos por los países de la región en el mes de octubre de 2011: algunas reflexiones sobre la nueva “normalidad” de los desastres. [Internet]. 2012. Available from: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37546-resumen-regional-impacto-la-depresion-tropical-12-centro-america-cuantificacion>

14. Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN). INFORME SOBRE SEQUIA HIDROLÓGICA MAYO – AGOSTO 2015 [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://www.marn.gob.sv/comunicaciones-nacionales/>
15. Ministerio de Agricultura y Ganadería. Encuesta de Daños del Sector Agrícola. [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://www.mag.gob.sv/informes/>
16. GOES, Gobierno de El Salvador . El Salvador: Productivo, Educado y Seguro. [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://www.presidencia.gob.sv/wp-content/uploads/2015/01/Plan-Quinquenal-de-Desarrollo.pdf>
17. Departamento de Actuario y Estadística, ISSS. Informe Rendición de Cuentas Junio 2015-Mayo2016.Instituto Salvadoreño del Seguro Social, página 5.
18. MINSAL. El Salvador: Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas. [Internet]. San Salvador; 2014. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_control_enfermedades_infecciosas_desatendidas.pdf
19. CONASIDA. Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador. [Internet]. San Salvador; 2016. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/SLV_narrative_report_2016.pdf
20. MINSAL. Informe de Labores 2015-2016. Situación de salud: incorporando el análisis de las inequidades [Internet]. San Salvador; 2016. Available from: <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2015-2016/>
21. MINSAL. Informe de labores 2015 - 2016 [Internet]. San Salvador; 2016. Available from: <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2015-2016/>
22. Instituto Nacional de Salud, UNICEF . Encuesta Nacional de Salud 2014 [Internet]. San Salvador; 2014. Available from: <http://www.unicef.org/elsalvador/ENS-Final-web.compressed.pdf>
23. Observatorio de Recursos Humanos en Salud de El Salvador. Disponible en <http://rrhh.salud.gob.sv/node/90>
24. MINSAL. Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud [Internet]. El Salvador: República de El Salvador Diario Oficial; 2014. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_nacional_desarrollo_rrhh.pdf
25. EL Salvador, OMS/OPS . El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud: Logros y desafíos [Internet]. San Salvador; 2014. Available from: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=192&Itemid=292
26. ITU. Global ICT Development Index 2015 [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 18]. Available from: <http://www.itu.int/net4/ITU-D/idi/2015/#idi2015countrycard-tab&SLV>
27. CEPAL 2010. La Economía del cambio climático en Centroamérica. 2010;145.
28. PNUMA. Resumen ambiental nacional. El Salvador 2014. Statew Agric L Use Baseline 2015. 2014;1:1–42.
29. Banco Central de Reservas, BCR . Remitentes y remesas familiares desde Estados Unidos: una aproximación a las remesas en especie. [Internet]. San Salvador; 2014. Available from: <http://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/category/1593177702.pdf>

30. WHO. Global Health Observatory data repository: Health expenditure ratios, by country, 1995-2014. El Salvador [Internet]. [cited 2016 Jan 1]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOSLV?lang=en>
31. MINSAL. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA-Mecanismo Coordinador de País (MCP). Nota Conceptual: Extensión de Subvención del Fondo Mundial en VIH/SIDA [Internet]. San Salvador; 2016. Available from: <http://www.mcpelsalvador.org.sv/index.php/icons/documentos-de-propuestas/finish/21-documentos-de-propuestas/223-nota-conceptual-nuevo-modelo-de-financiamiento/0.html>
32. Mejía, Abel. Castillo, Oscar. Vera R. Agua potable y saneamiento en la nueva ruralidad de América Latina [Internet]. Bogotá; 2016 [cited 2016 Sep 2]. Available from: <http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/910/Agua Rural-1jun.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Index Mundi. Grafico de tasas de fertilidad por año. 2014.
34. UNICEF, INTERVIDA, UNFPA . Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: http://observatoriodelosderechosdelaninezylaadolescencia.org/blogImages/0715Estudio_Embarazo_Adolescente_El Salvador_2014.pdf
35. UNICEF, FUSADES . Una mirada a las familias salvadoreñas: sus transformaciones y desafíos desde la óptica de las políticas sociales con enfoque hacia la niñez [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: http://www.unicef.org/elsalvador/UNICEF_COMPLETO.pdf
36. CONALAP, UNICEF C. Informe sobre Tendencias Mundiales de Lactancia Materna WBTI, El Salvador. San Salvador; 2016. p. 3.
37. MINSAL. El Salvador: Programa de Vacunación e Inmunizaciones. Coberturas de vacunación 2015. San Salvador; 2016.
38. MINSAL. Encuesta mundial de salud escolar. El Salvador 2013. Resultados. [Internet]. 2013. Available from: www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download...
39. PAHO/WHO. PAHO: Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. [Internet]. 2013. Available from: <http://www1.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
40. MINSAL. El Salvador: Boletines Epidemiológicos 2015. [Internet]. San Salvador; 2015. Available from: <http://www.salud.gob.sv/tag/boletines-epidemiologicos-2015/>
41. MINSAL. El Salvador: Boletines Epidemiológicos 2016. [Internet]. 2016. Available from: <http://www.salud.gob.sv/tag/boletines-epidemiologicos-2016/>
42. MINSAL. Plan Estratégico Nacional de Malaria [Internet]. El Salvador; 2016. Available from: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
43. InsightCrime . El Salvador se posicionó como el país más violento en 2015. [Internet]. 2016. Available from: <http://es.insightcrime.org/noticias-sobre-crimen-organizado-en-el-salvador>
44. InsightCrime . Balance de Insight Crime sobre los homicidios en Latinoamérica en 2015. [Internet]. 2016. Available from: <http://es.insightcrime.org/analisis/balance-insight-crime-homicidios-latinoamerica-2015>
45. Ministerio de Salud / Instituto Nacional de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador ENECA-ELS 2015, Resultados relevantes. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud. https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2017/pdf/presentaciones_evento20032017/01-ENECA-ELS-2015.pdf



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Visión

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Misión

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

Valores

Equidad
Excelencia
Solidaridad
Respeto
Integridad

