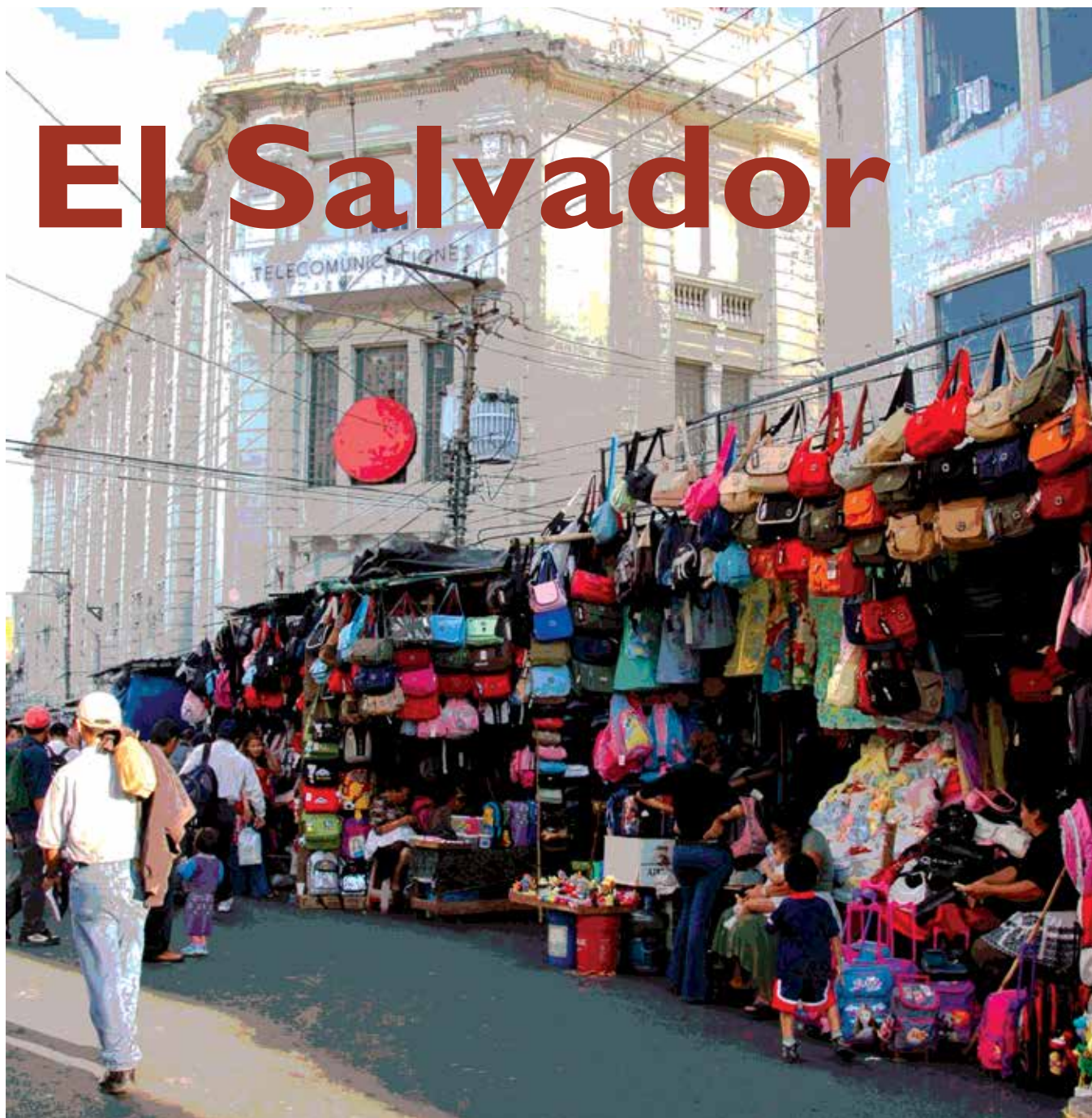


El Salvador

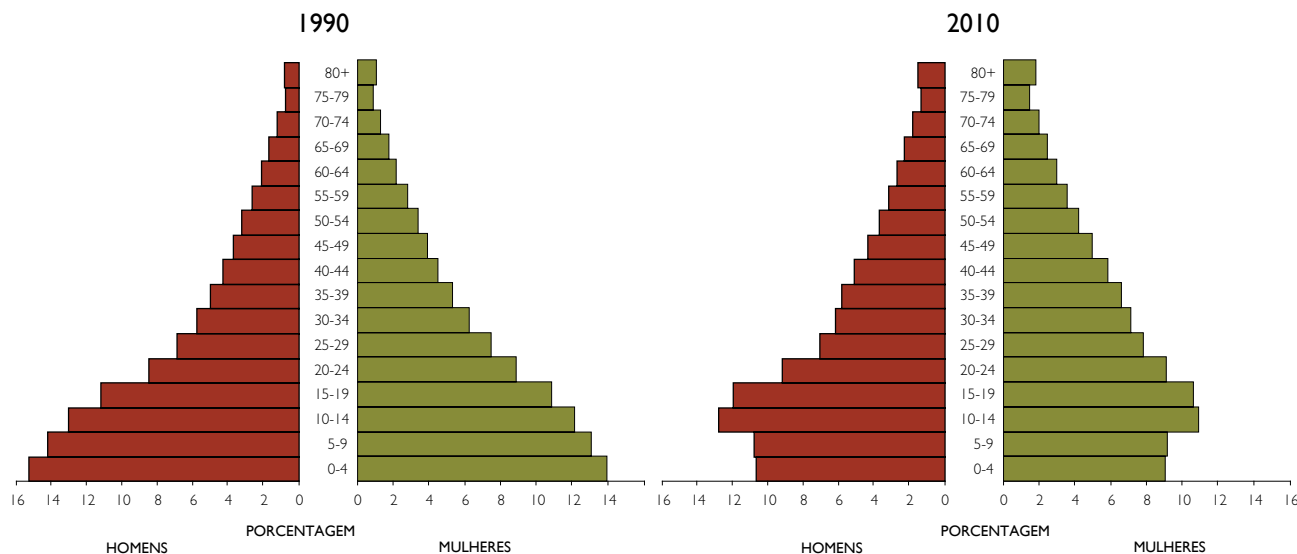


INTRODUÇÃO

El Salvador está localizado na América Central e tem uma extensão territorial de 21.040 km². Em 2011, a população totaliza 6.216.143 habitantes (53% mulheres e 47% homens), distribuída em 14 estados e 262 municípios. Do total da população, 27,3% se concentra no estado em que se localiza a capital, San Salvador. É o país mais densamente povoado da América Central (295 habitantes por km²) e sua população é

majoritariamente urbana (62,7%) (1). A escolaridade média atinge os seis anos, e a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 ou mais anos de idade é de 14% (2). A população menor de 15 anos representa 33,9% do total e a maior de 65 anos, 6,8%. Na última década, houve uma redução de quase 5% no número de menores de 15 anos (Figura 1) (1).

El Salvador encontra-se em plena transição demográfica, como demonstra a espetacular redução da taxa de crescimento natural (diferença entre a taxa de

FIGURA I. Estrutura da população, por idade e sexo^a, El Salvador 1990 e 2010

A população cresceu 16,2% entre 1990 e 2010. A estrutura da população uma forma piramidal em que aqueles menores de 20 anos representavam mais da metade da população. Em 2010, a pirâmide se estreita devido à redução da fertilidade e mortalidade nos anos intercalares.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, a partir dos dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão da População, Perspectivas da População Mundial, revisão de 2010, Nova Iorque, 2011.

^a O percentual de cada grupo representa sua proporção do total de cada sexo.

natalidade e a taxa de mortalidade geral), que passou de 31,5 para 13,6 por 1.000 habitantes, entre os períodos de 1960-1965 e 2005-2010, respectivamente. A maior diminuição foi observada na taxa de crescimento total (taxa de crescimento natural mais migração), que passou de 31,3 para 4,4 por 1.000 habitantes, entre esses dois períodos, respectivamente. Tais mudanças foram produto da combinação da redução da taxa de crescimento natural e do aumento taxa de emigração internacional experimentada pelo país. Se a diferença das duas taxas para 1960-1965 era menos 1,0 por 1.000, para o período 2005-2010 foi de 9,1 por 1.000. Essa dinâmica populacional particular causa grande impacto não apenas na razão de gênero (que passou de 98,4 homens por 100 mulheres em 1971 para 89,9 em 2007), mas também na sociedade e na economia, já que a maior parte da população que emigra é do sexo masculino e em idade produtiva (3).

Embora a sociedade salvadorenha viva um processo de transição política de democratização, que começou com a assinatura dos acordos de paz em 1992, o país continua enfrentando vários desafios, que incluem uma marcada desigualdade social e econômica,

polarização política e altos níveis de violência e falta de segurança, tudo isso agravado pela atual crise econômica. De 1960 a 2009, a taxa média de crescimento anual do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do país foi apenas de 1,1%, enquanto que as taxas de desemprego e subemprego permaneceram estáveis em aproximadamente 50% nos últimos 50 anos. Entre 1997 e 2008, as exportações experimentaram um notável processo de diversificação: os produtos tradicionais (café, algodão e tabaco) caíram de 25% para 7% do total das exportações, e em compensação, os produtos não tradicionais como hortaliças, frutas, legumes e leite passaram de 32% para 50%. No entanto, a indústria maquiladora de exportação registrou caiu de 60% em 2003 para 42% em 2008 (4). Antes da crise econômica, as remessas familiares representavam 18% do PIB, mas diminuíram para 9,9% em 2009 após um crescimento sustentado durante 30 anos, uma redução de US\$ 323 milhões em números absolutos (3). Nesse contexto, o novo governo, que assumiu em 2009, formulou sua política de saúde por meio do Ministério da Saúde Pública, promovendo uma profunda reforma do setor a partir de 2010 (5).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

El Salvador tem um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,659, equivalente a um valor médio, mas existem importantes desigualdades, já que 20% da população mais rica concentram 52% da renda total (2). Entre 1961 e 2009, o país registrou o crescimento de produção agrícola mais baixo da América Central, com uma média anual de 1,6%; em relação ao PIB, essa produção caiu de 17% em 1990 para 13% em 2009 (6).

Em 2007, o gasto total com educação foi estimado em 6,7% do PIB – 50,9% corresponderam aos gastos das famílias e recursos privados; 46,5% ao gasto público e o restante 2,6% a doações internacionais. O Ministério da Educação considera necessário um aumento de 5% no gasto público para atingir as metas do Plano Nacional de Educação. Em 2009, a taxa de escolaridade média foi de 7,2 anos na área urbana e 4,1 anos na rural, enquanto a taxa de analfabetismo foi de 22,7% na área rural e 9,2% na urbana, e de 16% para as mulheres e 11,6% para os homens. Nos estados de Cabañas, La Unión, Morazán e Usulután verificaram-se taxas de analfabetismo superiores a 20,0%, uma diferença notável em comparação com San Salvador, onde a taxa foi de apenas 6,7%. Os jovens (17-18 anos) dos quintis mais pobres têm dificuldade para completar o terceiro ciclo de estudos, situação que piora nos grupos de faixa etária maior (23-24 anos) (2, 6-8). Portanto, a população jovem e mais pobre tem menos possibilidades de acesso à educação superior e, por conseguinte, menor renda. Uma pessoa com menos de quatro anos de escolaridade ganha uma renda média mensal de US\$ 184, em comparação com US\$ 631 correspondentes a uma quem tem 12 ou mais anos de escolaridade (2). Em 2009, foi lançado o Plano Social Educativo 2009-2014, que prioriza meninas e meninos que, por sua condição socioeconômica, não conseguem ingressar o sistema educativo.

Segundo a Pesquisa Domiciliar de Propósitos Múltiplos (EHPM) de 2010, a taxa de participação no mercado de trabalho era de 81% para os homens e de 47% para as mulheres, e a taxa nacional de desemprego geral era de 7,1% (8,4% para os homens e 5,1% para as mulheres). Trinta e cinco por cento dos domicílios são econômica e socialmente sustentados

exclusivamente por mulheres. As mulheres representam 40,6% dos proprietários de moradias e 18,3% de terras de produção agrícola (6, 8), valores que revelam desigualdade de direitos de acesso a terra e recursos naturais.

El Salvador é muito vulnerável aos desastres e aos efeitos das mudanças climáticas, que comprometem a segurança alimentar da população. No período 2005-2007, 9% da população apresentava certo grau de desnutrição atribuída ao déficit alimentar. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Familiar de 2008 (9), o nível de desnutrição crônica ou atraso no crescimento em crianças de três a cinco anos de idade foi de 19% (13,5% na área urbana e 24,2% na rural). Também, 31,4% das crianças de famílias do primeiro quintil de renda apresentaram desnutrição crônica, em comparação com 5% daquelas de famílias do quintil mais alto. Trinta e sete por cento dos filhos de mulheres sem educação formal e 27% daqueles de mães com menos de três anos de escolaridade apresentavam desnutrição crônica, e na sua maioria viviam nos estados de Sonsonate (27%), Chalatenango (26%) e Morazán (25%).

Os grupos indígenas (3%-10% da população total) vivem em zonas rurais e periféricas, especialmente nos estados de Ahuachapán, La Libertad, La Paz, Morazán, San Salvador e Sonsonate. Têm uma economia agrícola de subsistência e consumo pessoal à base de milho, feijão e legumes que cultivam em terras arrendadas, além de se dedicarem à produção de artesanatos (10). A dieta dos grupos indígenas é caracterizada pelo consumo de “tortillas” de milho e feijão, arroz, folhas, verduras silvestres e muito pouco leite e carne. Além disso, por questões de gênero, as mulheres cedem a maior parte dos alimentos aos seus companheiros e filhos. Esses grupos não têm acesso a terra, nem educação diferenciada e carecem de serviços básicos de água e saneamento (37% praticam o defecar ao ar livre), e 38% das famílias indígenas se encontram em situação de pobreza extrema (6, 8, 10).

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

Segundo a EHPM de 2010, dos domicílios com acesso aos serviços básicos, 92% têm energia elétrica (97% nas áreas urbanas e 82% nas rurais) (8). O governo

planeja aumentar o acesso aos serviços para os mais pobres, subsidiando o custo por meio do programa social “Rede Solidária” (4). Em geral, 83% das famílias têm acesso à água encanada (93% nas áreas urbanas e 64% nas rurais). Nas áreas urbanas, 75% dos domicílios possui serviço de coleta de resíduos, contra apenas 7% das famílias rurais. Existe um grande déficit no acesso à infraestrutura de esgoto sanitário (eliminação de excrementos e águas residuais): segundo a Administração Nacional de Aquedutos e Esgotos, somente 81 dos 262 municípios contam com serviços adequados de esgoto, e 43% das moradias urbanas e 98% das moradias rurais não estão conectadas à rede de esgoto. Adicionalmente, relata-se que 14% da população rural não dispõem de nenhum serviço sanitário (1,3).

A violência em todas suas formas continua sendo um dos principais problemas de El Salvador, país que, no contexto regional, exibe índices de criminalidade e de medo muito altos. De acordo com os dados do censo de 2007, estimou-se que a taxa de homicídios para 2008 seria de 54 por 100.000 habitantes, valor que é mais alto que a média de 2003 para a América Latina (25,1) e para o mundo (8,8), conforme notificado pela Organização Mundial da Saúde (4). A média de homicídios diários notificados no país em 2006 foi de 10,8 e, após uma redução no período 2007-2008, durante 2009, voltou a aumentar, chegando a 12 homicídios por dia. Segundo a Polícia Civil Nacional, os estados com os maiores índices de homicídios são La Libertad, Santa Ana, San Miguel, San Salvador e Sonsonate (11). A distribuição por idade e gênero revela que os homens de 15 a 38 anos apresentaram uma taxa de 224 homicídios por 100.000 habitantes em 2008. Comparativamente, as taxas de homicídios nas mulheres passaram de 6,5 por 100.000 habitantes em 2001 para 17,5 por 100.000 habitantes em 2009; nos homens, passaram de 68,9 em 2001 para 130,8 por 100.000 habitantes em 2009 (3). Embora o aumento relativo em 2009 tenha sido maior entre as mulheres, a frequência de homicídios entre os homens foi mais sete vezes mais elevada que entre as mulheres.

Em 2009, 95,4% da população salvadorenha vivia em áreas de risco (12). Essa situação é produto da vulnerabilidade associada ao crescimento desordenado da urbanização e ao desmatamento que ocorreu nos últimos anos (12), somado à combinação de riscos preexistentes como terremotos, tempestades, furacões,

deslizamentos de terra e inundações. Entre 1980 e 2008, o país registrou em média 1,5 eventos de desastres por ano. Para o mesmo período, no seu relatório de 2009, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), calculou que as perdas econômicas produzidas pelos desastres totalizaram US\$ 16 bilhões (uma média anual de US\$ 470 milhões), o que equivale a 4,2% do PIB. Esses desastres custaram aproximadamente 7.000 vidas e afetaram quase 3 milhões de habitantes, especialmente nos setores mais vulneráveis da população (3).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

A razão de mortalidade materna apresentou pouca variação entre os anos 2007 e 2010, com 53,5 e 55,8 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, respectivamente; 61% corresponderam a mortes maternas por causas diretas (hemorragia pós-parto, doença hipertensiva da gravidez e septicemia) e 24% ocorreu em adolescentes (13). Em 2010, 94% das gestantes recebeu, pelo menos, uma consulta pré-natal durante sua gravidez, e 78% tiveram quatro consultas; os partos realizados em ambiente hospitalar no mesmo ano totalizaram 90%, mas apenas 59% recebeu consulta pós-natal; do total de partos, 25% foram cesarianas e 7,7% das gestações terminaram em aborto (14). Em 2008, a taxa de uso de anticoncepcionais foi de 73%; os métodos mais utilizados foram esterilização feminina (32%), anticoncepcionais injetáveis (22%), métodos naturais (7%), e anticoncepcionais orais e preservativos (5%) (9).

Crianças (menores de 5 anos)

Em 2008, a taxa de mortalidade nos menores de cinco anos foi de 19 por 1.000 nascidos vivos, a de mortalidade infantil caiu para 16 por 1.000 nascidos vivos, a de mortalidade perinatal foi de 19 por 1.000 nascidos vivos (86% ocorreu no período neonatal precoce)

e a mortalidade neonatal baixou para nove por 1.000 nascidos vivos (9). A mortalidade neonatal correspondeu a 56% da mortalidade infantil; 55% dos recém-nascidos que morreram eram prematuros. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Familiar de 2008, 97% das crianças receberam aleitamento materno com uma duração média de 20,6 meses; 31,4% das crianças de zero a cinco meses, recebeu aleitamento materno exclusivo. Dos menores de cinco anos, 97% teve controle de crescimento e desenvolvimento. As principais doenças notificadas nos menores de cinco anos foram as diarreicas (14%) nas últimas duas semanas prévias à entrevista, com uma prevalência maior nas áreas rurais (16%) que nas urbanas (12%); 22% dos casos de diarreia foram notificados em crianças com um ano ou mais e somente em 57,6% deles receberam sais de reidratação oral. A prevalência de infecções respiratórias foi de 28% (86% em crianças menores de um ano) (9).

Escolares (6-9 anos de idade)

Conforme o III Censo Nacional de Altura e Peso em Escolares de 2007, a prevalência de desnutrição crônica foi de 15,5% em crianças do primeiro grau do ensino fundamental (seis a nove anos), o que representa uma redução de quatro pontos percentuais em comparação com prevalência de 19,5% notificada no II Censo realizado em 2000. A análise por localização geográfica reflete uma notável diferença entre as áreas rurais (19,2%) e as urbanas (10,6%) (15).

Adolescentes (10-19 anos de idade)

Em 2010, de acordo com relatórios do Ministério da Saúde Pública, entre as 10 primeiras causas de morbidade estavam as doenças transmissíveis, com predomínio das infecções das vias respiratórias superiores e do sistema urinário. Também foram notificadas doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus (14, 16). Vinte e quatro por cento das gestações ocorreram em mulheres de 15 a 19 anos, cuja taxa específica de fertilidade foi de 89 por 1.000 mulheres; Sete em cada 10 adolescentes com experiência sexual tiveram uma gestação e 8,9% deste grupo já teve uma gestação (14).

Adultos (20-59 anos de idade)

Em 2008, a mortalidade masculina foi mais elevada entre os jovens e adultos (55,6%), em grande proporção por lesões violentas (32,9%) e doenças crônicas não transmissíveis. Os acidentes automobilísticos (33,9 por 100.000 habitantes) afetaram mais os homens (80% em 2008) e, geralmente, associavam-se ao consumo de álcool (17).

Idosos (60 anos de idade ou mais)

Em 2008, 77% da mortalidade correspondeu aos idosos (54,7% em 2005). A maioria das mulheres (56,4%) morre a partir dos 60 anos (18). As principais causas de mortalidade hospitalar notificadas em 2010 foram as seguintes: doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração, pneumonia, doença renal crônica, insuficiência cardíaca e diabetes mellitus tipo 2 (16). As causas de mortalidade em homens e mulheres foram similares.

Outros deficiências

Quase 6,2% da população salvadorenha apresenta algum tipo de deficiência (1). Em 2009, o Registro Nacional de Pessoas Naturais notificou que 4% das pessoas maiores de 18 anos tinham algum tipo de deficiência. Dessas, 41% eram maiores de 65 anos, principalmente homens (razão homem/mulher igual a 3:2); 66,3% dessas pessoas viviam em zonas rurais.

MORTALIDADE

Em 2008, foram registradas 31.594 mortes (17) – pouca variação em relação aos dois anos anteriores. Baseando-se na população estimada para 2008, obteve-se uma taxa bruta de mortalidade de 515,8 por 100.000 habitantes; a taxa de mortalidade para os homens é notavelmente maior que para as mulheres (homens 629 por 100.000, mulheres 413 por 100.000). Essa diferença deve-se ao fato de que entre as primeiras causas de morte – violência, acidentes de trânsito e doença renal crônica – todas são mais frequentes nos homens do que nas mulheres. Contudo, as estimativas e projeções populacionais pu-

blicadas em maio de 2010 fornecem uma taxa bruta de mortalidade de 689 por 100.000 para o período 2005-2010 (18). Essa diferença pode ser o resultado de fatores, tais como a subnotificação de mortes.

A Tabela 1 apresenta as 15 principais causas de morte em 2008. Das mortes que decorreram dessas, 89% correspondem a doenças não transmissíveis. As cinco primeiras causas de morte foram: lesões com arma de fogo, infarto agudo do miocárdio, pneumonia, acidentes de veículos motorizados e não motorizados e insuficiência renal crônica. A violência de vários tipos e a insuficiência renal crônica foram mais frequentes nos homens e juntas causaram mais de 90% de todas as mortes (17). As principais causas de morte nas mulheres foram as doenças cerebrovasculares (geralmente associadas à hipertensão arterial) e diabetes mellitus (14, 17).

MORBIDADE

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Doenças transmitidas por vetores

Segundo o Boletim Epidemiológico Semanal de Dengue do Ministério da Saúde Pública, de 2006 a 2010, foram notificados 77.866 casos suspeitos de dengue, dos quais 33.084 foram confirmados; 97,9% foram classificados como dengue clássica e 2,1% como dengue grave. Em 2009, notificaram-se 11 mortes por dengue (letalidade de 9,7%) e em 2010 três (letalidade de 1,6%) (19). Nos últimos 10 anos, a dengue apresentou-se endêmica com surtos epidêmicos, o último em 2010. O número de casos anuais de malária caiu de 49 para 24 entre 2006 e 2010; 33% dos casos foram importados. O índice de lâminas positivas manteve-se abaixo de 0,5% a partir de 2005, e em 2010, atingiu um valor de 0,2%, com uma incidência menor de 1 por 1.000 pessoas em risco. Essa situação determinou a decisão do governo, com apoio da OPAS, de declarar o ano de 2011 como de início da fase de “pré-eliminação da malária”. O objetivo é fazer as mudanças estratégicas necessárias no Programa Nacional de Malária para atingir a eliminação da doença no país no ano de 2014 (20).

Com relação à doença de Chagas, pesquisas entomológicas realizadas entre 2003 e 2009 (21) revelaram a eliminação do vetor *Rhodnius prolixus*, mas que o *Triatoma dimidiata* continuava em circulação. Pesquisas sorológicas em centros escolares de localidades com elevada endemia de doença de Chagas mostraram índices variáveis de soropositividade a *Trypanosoma cruzi*, com um índice de positividade de 1,3% nas crianças estudadas (0,0% a 5,3%). O estado de Sonsonate apresentou os maiores índices de soropositividade e – junto com os estados de Santa Ana e Ahuachapán – foi onde se notificou o maior número de casos agudos. A soroposi-

TABELA 1. Principais causas de morte, por sexo, El Salvador, 2008

Causa	Número de mortes		
	Total	Homens	Mulheres
Agressão com disparo de arma de fogo e as não especificadas	2.250	2.023	227
Infarto agudo do miocárdio	1.770	935	835
Pneumonia	1.613	855	758
Acidente de veículo motorizado ou não motorizado	1.419	1.119	300
Insuficiência renal crônica	1.375	951	424
Insuficiência cardíaca	1.258	555	703
Diabetes mellitus	1.253	490	763
Transtornos mentais e do comportamento devidos ao uso de álcool	863	840	23
Acidente vascular cerebral agudo não especificado como hemorrágico ou isquêmico	589	260	329
Hipertensão (primária) essencial	577	269	308
Tumor maligno do estômago	542	253	289
Fibrose e cirrose do fígado	465	298	167
Envenenamento autoinflingido intencionalmente	388	287	101
Doença isquêmica crônica do coração	344	180	164
Golpe por objeto arremessado, projetado ou que cai	336	213	123

Fonte: Referência (17).

vidade nos doadores de sangue diminuiu de 2,9% em 2004 para 1,9% em 2009 (21).

Doenças imunopreveníveis

El Salvador tem avançado em matéria de eliminação, erradicação e controle das doenças imunopreveníveis (22). Os últimos casos autóctones confirmados de poliomielite pelo poliovírus selvagem foram notificados em 1987, os últimos casos autóctones confirmados de sarampo em 1996 e, em 2006, foram notificados apenas quatro casos isolados de rubéola. Dos 240 casos de doenças eruptivas febris notificadas em 2009, não foram confirmados casos de sarampo, rubéola ou síndrome de rubéola congênita. Em 2010, estabeleceu-se um comitê nacional para verificar a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita, revisando a informação correspondente aos 10 anos posteriores ao último caso notificado de sarampo ou rubéola. A vigilância identificou 67 casos de paralisia flácida aguda (2,86 casos por 100.000 menores de 15 anos), dos quais nenhum derivou de poliomielite pelo vírus selvagem.

Durante 2009, não houve nenhum caso de tétano neonatal e 10 casos de tétano não neonatal foram notificados (nove meninos e uma menina). Em 2010, houve dois casos de tétano neonatal e nenhum de tétano não neonatal. O esquema de vacinação para os menores de cinco anos inclui as vacinas BCG, pentavalente, contra rotavírus, poliomielite e tríplice contra sarampo, caxumba e rubéola. Em 2009, foi incorporada a vacina contra rotavírus e, em 2010, a vacina antipneumocócica 13-valente para a população infantil (Tabela 2) (22). Na população adulta, especialmente nas gestantes, aplica-se a vacina contra a difteria e o tétano (dT), e em grupos de risco são administradas as vacinas contra hepatite B, sarampo e rubéola, e antipneumocócica 23-valente. Além do programa rotineiro de vacinação são realizadas campanhas para aplicar a vacina contra a influenza sazonal combinada com a da influenza pandêmica.

Zoonoses

O último caso de raiva humana foi notificado em 2008. A cobertura de vacinação canina atingiu 80%. Em 2010, foram notificados 21.747 casos de mordidas por animais transmissores de raiva.

TABELA 2. Cobertura vacinal em menores de 1 ano de idade, El Salvador, 2010

Vacina	Cobertura (%)
BCG	87
Poliomielite 3	91
DPT 1	90
DPT 3 e Hib 3	91
Hepatite 3	91
Rotavírusa	61

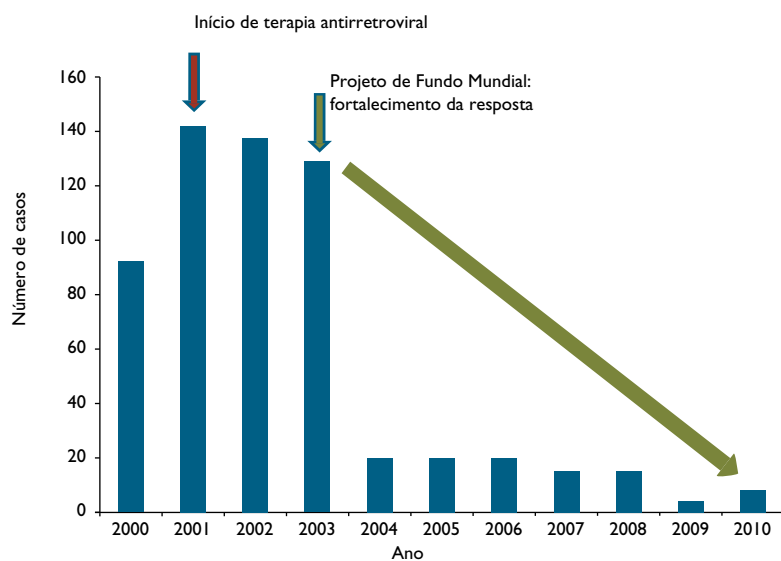
Fonte: Referência (22).
^a Introduzida em 2009.

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Em 2009, a prevalência de infecção pelo HIV notificada na população em geral foi de 0,8%, mas foi maior em homens que fazem sexo com homens (10,8%) e em profissionais do sexo (5,7%) (23). Na população em geral, o maior número de casos se apresenta na faixa etária de 25 a 29 anos de idade. A relação homem/mulher é de 1,7:1 (24). Até agosto de 2010, terapia antirretroviral havia sido indicada para 7.000 pessoas infectadas pelo HIV; contudo, não se atingiu ainda a cobertura apropriada para o acesso universal. Em 2010, a transmissão perinatal do HIV foi reduzida em 88% em menores de um ano. Há 290 crianças em terapia antirretroviral (Figura 2) (25). Segundo o Sistema de Informação Perinatal do Ministério da Saúde, 33 meninos nasceram com sífilis congênita em 2010. A prevalência de sífilis materna foi de 0,5% e a incidência de sífilis congênita de 5,1 por 1.000 nascidos vivos nas mulheres atendidas durante a gravidez nas maternidades do Ministério da Saúde Pública em 2009, e 88,4% eram mulheres menores de 35 anos (26, 27).

Tuberculose

As taxas de morbidade e mortalidade por tuberculose caíram. A incidência estimada pela OMS caiu de quase 60 por 100.000 em 1994 para 30 em 2009; a prevalência se estimou em 33 por 100.000 habitantes no mesmo ano (na faixa de 10 a 56 anos). A taxa de mortalidade passou de 2,35 por 100.000 habitantes em 1997 para 0,76 em 2009, e a taxa por 100.000 habitantes de casos de tuberculose em todas suas formas baixou de 45,7 em 1990 para 27,6 em 2010 (Figura 3).

FIGURA 2. Casos de Infecção por HIV em crianças, El Salvador, 2000-2010

Fonte: Referência (25).

A taxa de sucesso do tratamento é elevada e atingiu 89% em 2010, superando a meta de 85% estabelecida pela OPAS/OMS, com 3,1% de fracasso do tratamento, 5,2% de mortes e 2,2% de abandono. De acordo com os dados do Programa Nacional de Tuberculose, estima-se que 100% dos casos estão sob o regime de tratamento diretamente observado (DOTS) (28); também, o último estudo realizado sobre tuberculose multirresistente mostrou valores inferiores a 0,05%. A incidência da hanseníase em 2010 foi de 0,02 por 100.000 habitantes, com cinco pessoas em tratamento e um caso novo detectado.

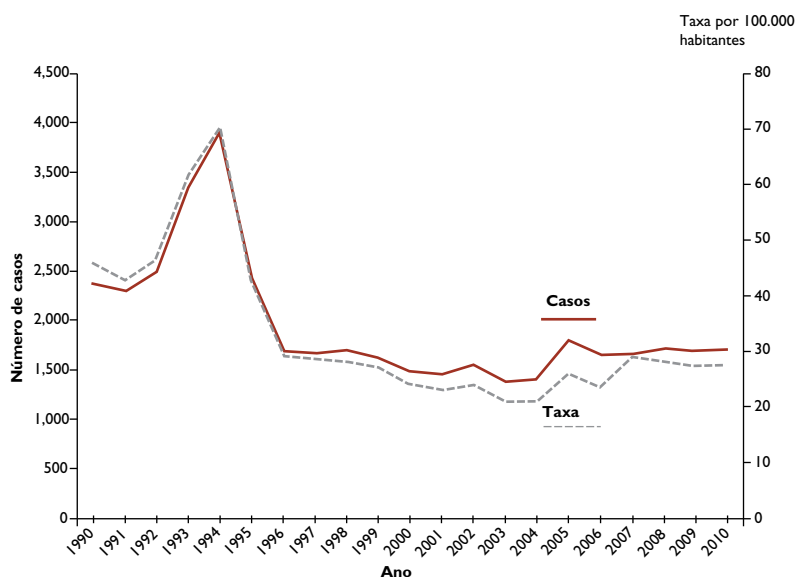
Doenças emergentes

Em 2009, encontraram-se espécies de salmonela de diversas sorovariedades resistentes à ampicilina e à amoxicilina em combinação com o ácido clavulânico (12%), e à nitrofurantoína (58%) (29). Os antibiogramas de *Staphylococcus aureus* avaliados mostraram 100% de resistência à penicilina, 28% à oxacilina, 62% à eritromicina e 23% à sulfatrimetroprima. O *Escherichia coli* presente em infecções não complicadas em menores de 14 anos foi

resistente à ampicilina (94%), à gentamicina (42%) e à combinação de sulfametoxazol com trimetoprima (69%).

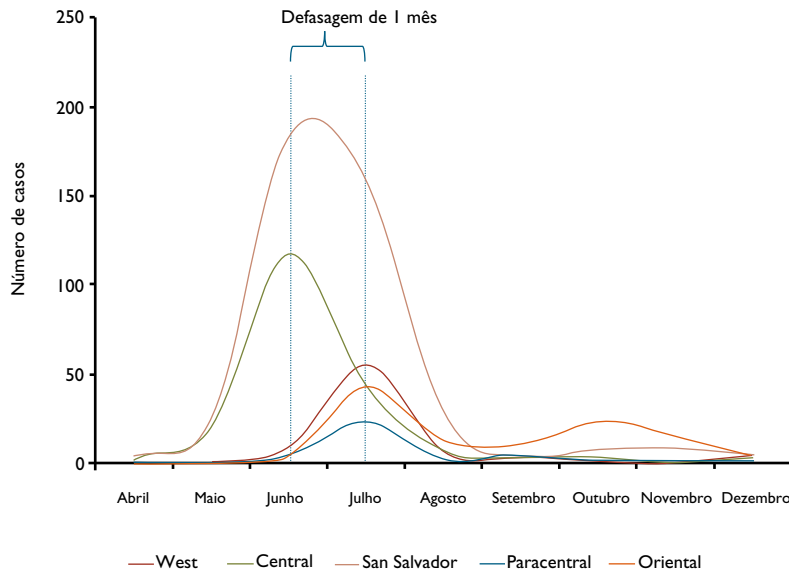
Durante a pandemia de 2009, foram notificados 849 casos de influenza A (H1N1), a maioria entre meados de junho e julho, e nas regiões central e metropolitana (San Salvador) do país, com um total de 31 casos letais (Figura 4). A faixa etária mais afetada foi de 10 a 29 anos, seguida pela de menores de 10 anos (30). Em 2010, foram confirmados 18 casos de influenza A (H1N1) de um total de 2.301 amostras de pacientes com sintomatologia sugestiva, com duas mortes sendo associadas a esse vírus (31).

A última epidemia de cólera registrada no país data de 2000. O surto ocorrido no Haiti em outubro de 2010, e sua propagação para a República Dominicana e Estados Unidos motivou as autoridades sanitárias de El Salvador a atualizar os planos de contingência em todos os níveis, com um enfoque intersectorial e baseado na participação da comunidade (32). Em 2010, foi revisado e atualizado o Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Cólera.

FIGURA 3. Casos de todas as formas de tuberculose, El Salvador, 1990-2010

Fonte: Referência (28).

FIGURA 4. Casos confirmados de influenza A (H1N1), por região de saúde, El Salvador, abril-dezembro de 2009



Fonte: Referência (31).

Doenças intestinais

Em 2010, as diarreias e gastroenterites constituíram a sexta causa de consulta médica (14). Alguns estudos as associam essas doenças à condição do sistema de saneamento e à prevalência de helmintos na população em geral; em 2006, foram detectados *Ascaris lumbricoides* (8,0%), *Trichuris trichiura* (20,9%) e *Ancylostoma* (22,3%) (33).

Doenças crônicas não transmissíveis

Em 2008 foram registradas 9.018 mortes por doenças crônicas não transmissíveis, o que representa 50% das mortes por todas as causas (17).

Doenças cardiovasculares

Em 2010, as doenças cerebrovasculares constituíram a segunda causa de morte com uma taxa de mortalidade de 9,3 por 100.000 habitantes, a doença isquêmica do coração, a sexta (6,76), a insuficiência cardíaca, a décima (5,76) e a doença hipertensiva, a décima nona causa (2,38). Em 2007, foi realizado o estudo da Iniciativa Centro-Americana para o Diabetes (CAMDI) na Região urbana da cidade de Santa Tecla, verificando-se uma prevalência de hipertensão arterial de 21,5%

(34). A mortalidade hospitalar por essas doenças é maior na faixa etária de 60 anos ou mais anos, no qual a taxa de mortalidade por doença isquêmica do coração foi de 53,3 por 100.000 habitantes, maior nas mulheres (61,7 por 100.000 habitantes) que nos homens (49,6).

Neoplasias malignas

Em 2010 registraram-se as seguintes taxas de mortalidade hospitalar por neoplasia maligna por 100.000 habitantes: 15 para câncer cervicouterino; 8 para leucemia; 12 para câncer do estômago; 8 para câncer de pulmão; 8 por neoplasias malignas do sistema nervoso central; 8 para câncer de cólon e 7 para câncer de mama (16).

Diabetes mellitus

Em 2010, os óbitos hospitalares por diabetes mellitus foram a quarta causa de morte, com uma taxa de mortalidade de 7,1 por 100.000 habitantes; a razão homem/mulher foi de quase 1:2 (16). No estudo CAMDI de 2007, em Santa Tecla foi encontrada uma prevalência do diabetes de 7,4%, e das alterações de glicemia em jejum foi de 24,9% (34). Em 2010, em Bajo Lempa, verificou-se uma taxa de diabetes mellitus de 10,3%, com um predomínio pouco significativo do sexo feminino (35).

Doenças respiratórias crônicas

Em 2010, a taxa de mortalidade hospitalar por doenças pulmonares obstrutivas crônicas foi de 2,2 por 100.000 habitantes, com uma razão homem/mulher de 1:2 (16).

Doença renal crônica (DRC)

Em 2010, a doença renal crônica (DRC) foi a primeira causa de morte hospitalar na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, com uma taxa de 6,3 por 100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 2,3 (14, 16).

A taxa de mortalidade foi de 2,7 em mulheres e 11,1 em homens. O mais recente estudo epidemiológico de base populacional (35), em comunidades agrícolas da Região do Bajo Lempa do município de Jiquilisco, em Usulután, revela uma elevada (17,9%) prevalência de DRC na população adulta. A razão de prevalência homem/mulher foi de 2:1 (25,7% e 11,8%, respectivamente). Dos pacientes classificados com DRC, 54,7% não apresentavam nenhuma associação com diabetes e hipertensão arterial. No entanto, identificou-se a presença de uma dupla carga de fatores de risco “causais” e de progressão, tais como síndromes metabólicas (28,8%), diabetes mellitus (10,3%), obesidade (22,4%), dislipidemia (63,1%), hipertensão arterial (16,9%), tabagismo (13,8%) e consumo de álcool (20,5%) (35). Por outro lado, existem fatores não tradicionais associados ao risco ambiental e ocupacional, como a exposição a agroquímicos (50,3%), dos quais os herbicidas bupiridilos e fenoxiacéticos representaram 54,1% e 48,4% do total, respectivamente. A razão homem/mulher foi de 4:1 (35).

Acidentes e violência

A taxa de homicídios em 2010 foi de 69,9 por 100.000 habitantes; 6,9 pontos menor que a de 2009. Em 67% dos casos, as vítimas foram pessoas de 15 a 34 anos de idade. Os homens foram vítimas de homicídios numa proporção maior (88%) que as mulheres. Contudo, os feminicídios aumentaram para 19,2 por 100.000 habitantes em 2009. As armas de fogo foram usadas em 77% dos homicídios e 80% de todos os homicídios ocorreram em espaços e vias públicas (11). Entre janeiro de 2006 e julho de 2010, registraram-se 5.275 mortes por acidentes de trânsito, dos quais 79,7% envolveram homens e 20,3% mulheres. A taxa estimada de mortalidade por acidentes de transporte atingiu 16,9 por 100.000 habitantes em 2010; 56,5% da carga da mortalidade por acidentes de trânsito no país envolveram pessoas de 15 a 49 anos de ambos os sexos (36).

Desastres naturais

Mais de 85% do território salvadorenho é considerado área de risco; também, 95% da população habitam nessas áreas e 96,4% do total do PIB está ameaçado. Entre 1980 e 2010, 49 desastres naturais ocorreram

em El Salvador, causando 4.324 mortes (uma média de 144 por ano), afetando 3.279.323 pessoas (uma média de 109.311 por ano) e acumulando perdas econômicas de US\$ 5,53 bilhões (uma média anual de US\$ 114,4 milhões). Em 2010, o Ministério da Saúde Pública informou que 15 centros de saúde haviam sido danificados e dois ficaram inutilizáveis por causa das tempestades Ida e Agatha. Outras 80 estruturas sanitárias estão localizadas em zonas de risco, e 189 unidades têm problemas de infraestrutura (37).

Transtornos mentais

Em 2010, a taxa de mortalidade hospitalar por transtornos mentais e comportamentais foi de 2,2 por 100.000 habitantes – razão homem/mulher de 15:1. A principal causa foram os transtornos de dependência e consumo de álcool (16).

Fatores de risco e de proteção

Em 2009, a prevalência de tabagismo na população adulta foi de 21,6% nos homens e 3,4% nas mulheres (38), enquanto nos adolescentes foi de 27% (32,6% nos homens e 21,3% nas mulheres). Quinze por cento dos adolescentes fumaram seu primeiro cigarro antes dos 10 anos de idade, 58% gostaria de parar de fumar e 74% recebeu apoio para parar de fumar (39). El Salvador não ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS. Contudo, recentemente, aprovou uma lei sobre o controle do tabaco que regula a comercialização, os espaços livres de fumo, a publicidade, a promoção e o patrocínio, assim como aspectos relacionados com o contrabando.

A prevalência estimada de alcóolatras em 2010 foi de 8,9% (40). Em 2008, verificou-se que, pelo menos, 32,5% dos adolescentes escolares havia consumido álcool alguma vez na sua vida. No entanto, somente 11,5% eram considerados consumidores atuais. A idade média de início do consumo de bebidas alcoólicas foi de 13 anos (41).

A maconha é a droga ilícita mais utilizada pelos estudantes (42). Em 2008, 5,5% dos estudantes informaram que haviam usado alguma vez na sua vida (8,3% dos homens e 3,1% das mulheres); também, 2% haviam usado nos últimos 30 dias antes do estudo e

2% dos estudantes havia consumido cocaína alguma vez na sua vida.

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

A política nacional de saúde (5) compreende: 1) o fortalecimento da função gestora do Ministério da Saúde Pública, com especial atenção à capacidade de formulação de políticas e à regulação setorial; 2) o desenvolvimento dos recursos humanos e da capacidade de análise de informação e pesquisa em saúde; 3) a construção de redes integradas de prestação de serviços de saúde (RIPSS), objetivando superar os efeitos da fragmentação do sistema tanto na oferta de serviços como na gestão de programas de saúde paralelos; e 4) o desenvolvimento de mecanismos de ação intersetorial e de participação cidadã e a definição de novos papéis e mecanismos de articulação setorial e intersetorial.

DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Estratégias e programas de saúde

O Ministério da Saúde Pública reativou o Conselho Nacional de Saúde como instância política-estratégica para impulsionar as políticas e os programas de saúde. A Comissão Interinstitucional de Saúde é outro espaço estratégico para o desenvolvimento do trabalho intersetorial, liderado pelo Ministério da Saúde Pública e reunindo 38 instituições governamentais, autônomas e gremiais, bem como associações privadas e da sociedade civil. O Instituto Nacional de Saúde fomenta a pesquisa em saúde pública e investe na melhoria das competências dos profissionais de saúde (5, 14). Baseadas na atenção primária, as RIPSS incorporam equipes comunitárias de saúde para posteriormente integrá-las progressivamente em outras instituições do sistema nacional de saúde. Essa é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde Pública para reverter os efeitos da fragmentação da atenção em saúde e melhorar sua eficiência e qualidade (5, 14, 43).

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

O Vice-Ministério de Serviços de Saúde é responsável pela oferta de serviços e programas por meio das RIPSS, pela implementação do modelo familiar e comunitário, pelas equipes comunitárias de saúde e pela gestão da qualidade. Ao Vice-Ministério de Políticas Setoriais cabe a formulação de políticas de saúde, regulação, gestão do sistema de informação e o planejamento (14).

GASTO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O gasto público e privado com saúde cresceu de US\$ 990 milhões em 1998 para US\$ 1,401 bilhões em 2009, uma taxa média anual de crescimento de 3,7% (14, 43) (Figura 5). O mesmo ocorreu com o gasto público com saúde, que cresceu de forma sustentada, de US\$ 490,9 milhões em 2001 para US\$ 912,8 milhões em 2010, uma taxa média anual de crescimento de 7,3% (14, 44) (Tabela 3). Particularmente notáveis são as relativas contribuições nos gastos públicos por duas instituições: o Ministério da Saúde Pública e o Instituto Salvadorenho de Previdência Social, cujo gasto conjunto permaneceu a um patamar acima de 90% em todo aquele período (94% em 2001 e 91% em 2010). Entre 2004 e 2010, o gasto total com saúde pública manteve uma tendência crescente como percentual do PIB, passando de 3,6% para 4,3%, enquanto a despesa do Ministério da Saúde Pública aumentou de 1,7% do PIB em 2004 para 2,3% em 2010.

SERVIÇOS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde Pública está em fase de transição, na qual convivem processos tradicionais de gestão e administração e a incorporação de novas metodologias e modelos de gestão em função da reforma do setor. Nesse processo de mudança iniciou-se a execução orçamentária por resultados. Estão em andamento processos de formação voltados à melhoria das competências e capacidades dos gerentes de serviços, a atualização de guias clínicos, regulamentos e protocolos de atendimento. Entre as atividades em destaque estão a categorização de hospitais, as diretrizes das RIPSS, as normas técnicas de garantia da qualidade, diretrizes e

protocolos de atendimento na rede de serviços e a metodologia para o monitoramento das RIPSS (14, 43).

Organização e Operação dos Serviços de Saúde

A oferta de serviços de saúde por meio das RIPSS é organizado a partir da articulação de três diferentes níveis de complexidade de atenção. O primeiro nível inclui equipes comunitárias de saúde familiar e equipes comunitárias de saúde especializadas que integram as unidades comunitárias de saúde familiar básicas, intermediárias e especializadas, junto com os centros rurais de nutrição e saúde, as casas de parto e as casas de convalescência. O segundo nível de atenção abrange hospitais municipais (hospitais básicos) e hospitais estaduais (hospitais gerais). O terceiro nível conta com hospitais regionais e hospitais especializados (43).

Abordagem intersetorial

O Ministério da Saúde Pública aborda os determinantes sociais em saúde por meio da ação intersetorial e da participação social. Nesse sentido, constituiu-se a Comissão Interinstitucional de Saúde como espaço de diálogo e construção de consenso sobre as estratégias de saúde intersetoriais. Além disso, estabeleceram-se foros de participação cidadã em nível nacional, regio-

nal e local para o alcance de consenso sobre políticas de saúde, direitos e responsabilização.

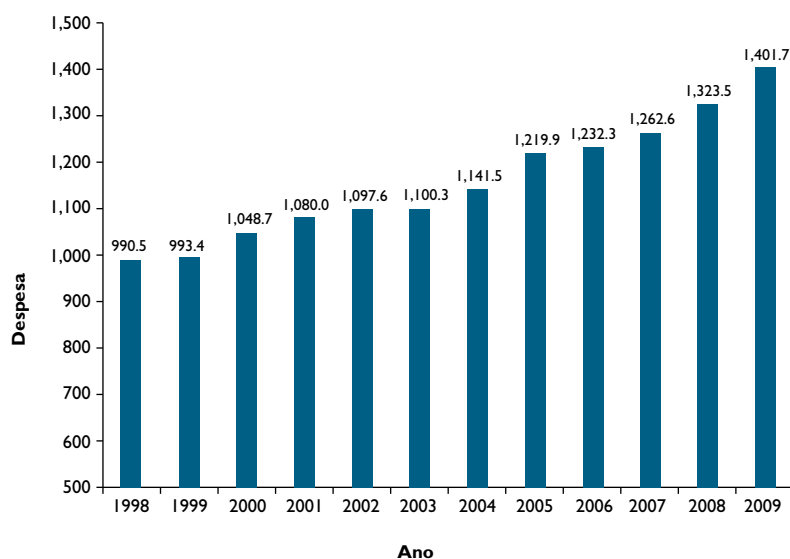
Medicamentos e insumos essenciais

Em El Salvador, o custo dos medicamentos é um dos mais elevados da Região. A regulação de medicamentos e insumos farmacêuticos é precária e compete ao Conselho Superior de Saúde Pública e ao Ministério da Saúde Pública. Formulou-se e pactuou-se uma política nacional de medicamentos e desde 2010 está em discussão uma lei sobre medicamentos, visando reorientar a função de regulação e concentrá-la sob a gestão do Ministério da Saúde Pública (14).

Modelo de Atenção e Organização das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde

Como parte do desenvolvimento das redes integradas de prestação de serviços de saúde (RIPSS), no período 2010–2011, o Ministério da Saúde Pública estabeleceu 380 equipes comunitárias de saúde familiar e 28 equipes especializadas, com uma cobertura de 1.234.000 pessoas em 141 municípios de baixa renda (54% de todos os municípios, que albergam 20% da população). O investimento público para essa iniciativa foi de quase US\$ 69 milhões (14). Além disso, estruturaram-se 68 microrredes (quatro na Libertad, seis em Chalatenango, cinco em Santa Ana, quatro em Ahuachapán, cinco em Sonsonate, três em San Miguel, cinco em Morazán, quatro em La Unión, cinco em Usulután, quatro em Cuscatlán, dois em Cabañas, quatro em La Paz, três em San Vicente e 14 em San Salvador), 13 redes estaduais e três no estado de San Salvador, cinco regionais e uma rede nacional. Os avanços no sistema hospitalar incluíram a categorização de hospitais, sua incorporação funcional na rede e a formulação de normas, entre as quais se destaca o novo regulamento hospitalar, diretrizes e protocolos de atendimento sob o marco das RIPSS, bem como novas diretrizes para a gestão de qualidade (14).

FIGURA 5. Evolução da despesa nacional na saúde, El Salvador, 1998-2009 (em milhões de US\$)



Fonte: Referência (14, 44).

TABELA 3. Gasto público com saúde por instituição pública, El Salvador, 2001-2010

Instituições Públicas	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Milhões de US\$ correntes										
MINSAL	260,9	251,7	252,6	264,4	295,8	346,6	366,4	391,3	449,4	493,5
ISSS	202,4	227,8	223,2	243,1	293,0	361,6	321,9	323,0	317,2	333,8
Bem-estar do Magistério	11,4	15,9	27,2	27,7	25,3	22,3	22,4	29,1	28,6	34,1
Saúde militar	16,2	16,6	17,0	17,4	17,8	16,0	15,7	16,3	17,2	19,2
Conselho Superior de Saúde Pública				1,8	1,4	1,6	1,9	2,0	2,2	2,5
Outras entidades públicas				7,1	4,5	7,0	6,4	10,6	13,5	13,5
Governos locais				1,4	3,7	2,7	3,5	5,2	4,9	4,9
Empresas estatais						6,4	7,9	8,8	11,4	11,4
Percentuais										
MINSAL	53	49	49	47	46	45	49	50	53	54
ISSS	41	44	43	43	46	47	43	41	38	37
Bem-estar do Magistério	2	3	5	5	4	3	3	4	3	4
Saúde militar	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Conselho Superior de Saúde Pública						0,2	0,3	0,2	0,3	0,3
Outras entidades públicas						1	1	1	2	1
Governos Locais						0,4	0,5	1	1	1
Empresas estatais						1	1	1	1	1

Fonte: Referências (14, 44).
Nota: Abreviaturas. MINSAL: Ministério da Saúde; ISSS: Instituto de Previdência Social de El Salvador.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Estabeleceram-se vários sistemas de informação que incluem vigilância epidemiológica, HIV/Aids, alerta e resposta em situações de desastres, saúde e desnutrição infantil, morbidade e mortalidade hospitalar, vigilância perinatal, lesões por causas externas, medicamentos e laboratórios clínicos. As autoridades sanitárias buscam criar um sistema único de informação numa única plataforma de acesso livre, que integre todos os itens acima mencionados e inclua provedores de serviços de saúde públicos e privados, em um Sistema Integrado de Informação em Saúde que propiciaria maior integração e comparabilidade dos dados (14, 16). Um

problema relevante para a definição de indicadores demográficos e a determinação do perfil epidemiológico da população é a cobertura e a qualidade das estatísticas vitais.

RECURSOS HUMANOS

Em 2010, o Sistema Nacional de Saúde contava com 30.271 profissionais e técnicos de saúde (45). O Ministério da Saúde Pública tinha 19.076 (63% do total) trabalhadores: 26% médicos, 3% odontólogos, 31% pessoal de enfermagem, 14% promotores da saúde e 25% pessoal técnico e administrativo. O Instituto Salvadorenho de Previdência Social contava com 8.562 (29%) profissionais: 40% médicos, 2% odontologistas, 34% pessoal de enfermagem e 24% pessoal técnico. Os restantes 8% trabalhavam no Fundo Solidário para a Saúde, no Instituto Salvadorenho de Reabilitação de

Inválidos e no Instituto Salvadorenho do Bem-Estar do Magistério.

Em 2010, a densidade de recursos humanos em saúde – contando médicos e pessoal de enfermagem – foi de 22 por 10.000 habitantes (46), com maior concentração (53%) e a mais alta densidade de profissionais em San Salvador (Figura 6) (1).

Em 141 dos 262 municípios do país estabeleceram-se equipes comunitárias de saúde que reúnem 1.322 trabalhadores. Esse novo modelo baseado na atenção primária em saúde evidenciou um déficit de especialistas estimado em 8.062 profissionais. O déficit nos hospitais é de 4.200 profissionais (46).

Na Faculdade de Medicina da Universidade Nacional graduaram-se 133 profissionais em 2010, 50% a menos em relação a 2008 e 2009. Na licenciatura em enfermagem durante o período 2008-2010, manteve-se uma média de 95 graduados. Um estudo do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia de 2009 mostrou que 8% do orçamento dedicado à educação destinam-se à pesquisa. Apenas 35% dos pesquisadores possuem mestrado ou doutorado (47). Entre 2000 e 2009, 76% do financiamento de pesquisas originaram-se principalmente de recursos próprios das universidades ou dos estudantes. O Ministério da Saúde Pública, em colaboração com a Universidade Nacional e a OPAS, tem uma unidade de gestão do conhecimento em saúde que conta com um banco de dados de pesquisa completo com informações atualizadas. As autoridades sanitárias criaram o Instituto Nacional de Saúde visando fomentar a pesquisa científica em políticas, sistemas e serviços de saúde e organizar a abertura de uma escola do governo (5, 14).

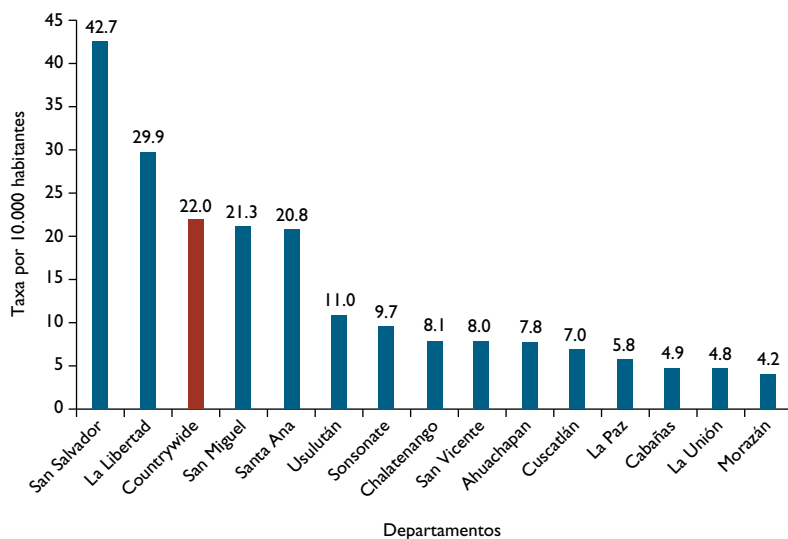
SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

El Salvador atribui grande importância à cooperação internacional em saúde,

devido à vulnerabilidade do país, o contexto e as repercussões da crise global na economia e na sociedade e as enormes necessidades que tem para sustentar as mudanças sociais e políticas propostas pelo Governo. O país aderiu à Declaração de Paris em maio de 2009 e reconhece que é necessário fortalecer a sua capacidade institucional para enfrentar os desafios decorrentes desse compromisso e a Agenda de Ação de Accra (Accra, Gana, 4 de setembro de 2008). Paralelamente, El Salvador propõe-se desenvolver um modelo de cooperação adaptado às suas necessidades, que permita estabelecer relações equitativas com o restante do mundo, visando obter recursos e oportunidades que melhorem a vida da população. O Ministério da Saúde Pública iniciou um processo de redirecionamento da cooperação internacional a partir do princípio de soberania e da construção de uma sólida capacidade institucional para o exercício de sua função gestora (14).

Isso inclui uma adequada capacidade de gestão de projetos estratégicos para a transformação do sistema de saúde. O Ministério da Saúde Pública idealizou uma estratégia para mobilizar recursos da cooperação internacional, objetivando fortalecer a reforma do setor saúde e satisfazer suas necessidades mais urgentes (14). A Tabela 4 apresenta os recursos financeiros recebidos entre junho de 2009 e maio de 2011 como parte da cooperação internacional em saúde (14).

FIGURA 6. Densidade de recursos humanos na saúde por 10.000 habitantes e por departamento, El Salvador, 2010



Fonte: Referência (1).

TABELA 4. Cooperação internacional em saúde, El Salvador, junho de 2009 a maio de 2011 (em US\$)

País/Entidade	Média de investimento	
	Junho 2009 a maio 2010	Junho 2010 a maio 2011
Cooperação bilateral		
USAIDa	3.279.610	4.560.201
Espanha	2.533.450	3.090.523
Japão	1.091.000	2.929.000
Grande Ducado de Luxemburgo	3.239.240	35.000
Coreia	2.000.000	40.000
Itália		543.828
Chile		110.000
Finlândia		25.000
Cooperação multilateral		
Fundo Global	964.356	772.000
OPAS/OMS	260.000	1.432.643
UNICEF	11.000	60.774
UNFPA	183.657	317.086
PMA		64.120
BID	100.000	
Brigadas médicas de Cuba, Organizações dos Estados Unidos, Taiwan e Itália (inclui doações)	2.632.000	2.408.000
Doações da Alemanha, Estados Unidos e Espanha (medicamentos, insumos, materiais e equipamentos médicos)	2.026.375	1.559.074
Doação de 1.600.000 vacinas contra a influenza A (H1N1), por meio da OMS		13.820.800
Total	18.320.688	31.768.049

Fonte: Referência (14).

Nota: A maioria dos recursos é administrada diretamente pelos órgãos internacionais e os escritórios coordenadores dos projetos; apenas alguns recursos são gerenciados com o Ministério da Saúde Pública.

Abreviaturas: USAID: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; OPAS/OMS: Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; UNFPA: sigla em inglês do Fundo da População das Nações Unidas; PMA: Programa Mundial de Alimentos; BID: Banco Interamericano de Desenvolvimento.

^a Essa cooperação da USAID inclui US\$ 994.192 para a doação de 676.000 vacinas contra a influenza A (H1N1).

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Entre os principais desafios para atingir e consolidar as metas estabelecidas na reforma do setor saúde está a consolidação do modelo de atenção familiar e comunitária, o que implica ampliar a cobertura para todo território nacional; o desenvolvimento funcional das redes integradas de prestação de serviços de saúde com a incorporação e participação progressiva das ins-

tuições que conformam o Sistema Nacional de Saúde; e a identificação de mecanismos e fontes contínuas de financiamento que garantam sua sustentabilidade. O fortalecimento da capacidade gerencial do Ministério da Saúde Pública como autoridade sanitária nacional para o adequado exercício de sua função gestora representa outro grande desafio, bem como obter a aprovação da lei sobre medicamentos para garantir o acesso pleno a medicamentos de qualidade. É necessá-

rio garantir recursos para vacinação, cujo custo passou de US\$ 4,6 milhões em 2008 para US\$ 18 milhões em 2010, para atingir e manter coberturas de vacinação superiores a 95%, e alcançar o acesso universal às vacinas.

A prevenção da violência é outro tema central do Governo e apresenta os seguintes desafios: 1) melhorar a vigilância de todas as formas de violência no curso da vida; 2) implementar uma estratégia de conhecimento da violência e seus determinantes; 3) fortalecer as capacidades dos recursos humanos para a prevenção da violência de gênero e promover serviços de prevenção e assistência às vítimas; e 4) construir alianças e colaborações estratégicas com outros setores na prevenção da violência.

Na área materno-infantil é necessário ampliar o programa de educação sexual e prevenção da gravidez na adolescência; garantir o enfoque de gênero nas políticas; ampliar a promoção da saúde, o acesso universal ao atendimento e as intervenções no nível comunitário; proporcionar atenção de qualidade e humanizada para a mulher, os meninos e meninas, e fortalecer os sistemas de informação e a vigilância da morbimortalidade materno-infantil.

El Salvador é reconhecido como um dos países que fizeram notáveis progressos no controle de doenças transmissíveis, tais como: raiva, malária, tuberculose e doença de Chagas. Importantes tarefas a realizar são a definição de doenças infecciosas negligenciadas, o controle de doenças transmitidas por vetores e, no contexto da reforma da saúde, o alcance da sustentabilidade do Programa Nacional de Tuberculose e sua integração nas equipes comunitárias de saúde. O principal desafio das doenças crônicas não transmissíveis consiste em elaborar uma política e um programa nacional para a abordagem integrada de sua prevenção e controle, com sistemas de informação confiáveis. Especial atenção deverá ser dada à insuficiência renal crônica, aos transtornos mentais comportamentais, às deficiências auditivas e visuais e aos estilos de vida não saudáveis.

El Salvador é um dos poucos países da Região que, por decreto presidencial, condena o estigma e a discriminação contra as pessoas com HIV. Ainda assim, uma tarefa pendente é a revisão da política de HIV/Aids, a operacionalização de estratégias como a descentralização e a integração dos serviços, garantir

a disponibilização de testes para detectar o HIV em todos os níveis de atenção e oferecer maior cobertura de tratamento. Nos últimos anos, foram intensificadas as atividades de prevenção no país; no entanto, o desafio está em fazer chegar tais atividades à população de maior risco e mais vulnerável.

Em matéria de meio ambiente e segurança humana, os principais problemas consistem nas desigualdades no acesso à água potável entre a população urbana e a rural, e na ausência de um mecanismo institucional de monitoramento dos sistemas de abastecimento de água nas zonas rurais. É preciso fortalecer a capacidade institucional para o monitoramento e a vigilância das águas residuais e recreacionais, das substâncias químicas e dos dejetos bioinfecciosos; para a execução sistemática da estratégia de eliminação, reutilização e reciclagem dos resíduos em nível municipal e para a revisão e atualização de leis e normas sobre emissão e absorção de contaminantes a partir de fontes fixas e móveis. Na área de saúde ocupacional é necessário melhorar a informação sobre acidentes e doenças ocupacionais. Outro desafio é a construção de hospitais mais seguros em caso de desastres, como parte de uma política nacional de redução de riscos, além de promover atividades adequadas para mitigação dos riscos nos estabelecimentos de saúde existentes, especialmente naqueles que oferecem atenção primária à saúde.

Quanto à segurança no trânsito, é preciso criar um Conselho Nacional de Segurança no Trânsito e desenvolver um sistema de resposta integral para as vítimas de acidentes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. El Salvador, Dirección General de Estadística y Censos. VI Censo de Población y V de Vivienda [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.censos.gob.sv> Acessado em 26 de janeiro de 2012.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano. El Salvador 2010: De la pobreza y el consumismo al bienestar de la gente. Propuestas para un nuevo modelo de desarrollo [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.sv/2007/idh/con>

- [tent/view/35/109/](#) Acessado em 26 de janeiro de 2012.
3. Sistema de las Naciones Unidas en El Salvador. Evaluación común de país. El Salvador 2010. Sección II: contexto de país [Internet]; 2011. Disponível em: http://unfpa.org.sv/dmdocuments/cca_snu_el_salvador.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 4. Inchauste G, Morena H, Stein E (eds.). Hacia la generación de más oportunidades: fundamentos para una agenda de desarrollo económico y social en El Salvador [Internet]; Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2009. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=2219493> Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 5. Rodríguez MI. Construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009–2014 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.salud.gob.sv/index.php/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Pol%C3%ADtica-Nacionalde-Salud/Pol%C3%ADtica-de-Salud---Construyendo-la-Esperanza/> Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 6. Sistema de las Naciones Unidas en El Salvador. Evaluación común de país. El Salvador 2010. Sección III: análisis sectorial y temático [Internet]; 2011. Disponível em: http://unfpa.org.sv/dmdocuments/cca_snu_el_salvador.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 7. El Salvador, Ministerio de Educación. Memorias de labores 2010–2011 [Internet]; 2011. Disponível em: [http://www.mined.gob.sv/downloads/Memorias de Labores/Memoria_labores_2010_2011.pdf](http://www.mined.gob.sv/downloads/Memorias%20de%20Labores/Memoria_labores_2010_2011.pdf) Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 8. El Salvador, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.digestyc.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=2&Itemid=184 Acessado em 11 de fevereiro de 2012.
 9. Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008–2009 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.fesal.org.sv/> Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 10. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Proyecto para el fortalecimiento del sistema de atención de salud pública. Marco de planificación para pueblos indígenas. San Salvador: MINSAL; Washington, DC: OPS; 2010.
 11. Fundemospaz. Caracterización del homicidio en El Salvador. Boletín Informativo No. 1 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.fundemospaz.org.sv/index.php?option=com_document&Itemid=16&limitstart=5 Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 12. Global Facility for Disaster Risk Reduction and Recovery. Annual Report 2009 [Internet]; 2009. Disponível em: http://gfdrr.org/GFDRReBook/Start_eBook.html Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 13. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estadísticas del Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna 2006–2010. San Salvador: MINSAL; 2010.
 14. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de labores 2010–2011 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.salud.gob.sv/index.php/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Memorias-de-Labores/Memoria-de-Labores-2010-2011/> Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 15. El Salvador, Ministerio de Educación. Tercer Censo Nacional de Talla de Niñas y Niños de Primer Grado de El Salvador [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.sica.int/busqueda/Noticias.aspx?IDIItem=21321&IDCat=3&I>

- dEnt=115&Idm=1&IdmStyle=1 Acessado em 11 de fevereiro de 2012.
16. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema de Información de Morbilidad y Mortalidad [Internet]; 2010. Disponível em: <http://siis.salud.gob.sv/> Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 17. El Salvador, Dirección General de Estadística y Censos. Estadísticas demográficas, causas de muerte. El Salvador [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.digestyc.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=9:vitales&Itemid=199 Acessado em 11 de fevereiro de 2012.
 18. El Salvador, Dirección General de Estadística y Censos. Estimaciones y proyecciones de poblaciones 1950–2050. El Salvador [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.digestyc.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=536&Itemid=5200 Acessado em 11 de fevereiro de 2012.
 19. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín Semanal No. 52 sobre dengue [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2010/dengue2010/dengue52_2010.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan para la eliminación de la malaria en El Salvador para el 2014. Washington, DC: PAHO/WHO; 2011.
 21. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La enfermedad de Chagas en El Salvador. Evolución histórica y desafíos para el control. Washington, DC: OPS/OMS; 2011.
 22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Inmunización en las Américas [Internet]; 2010. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=9049&Itemid=358 Acessado em 11 de fevereiro de 2012.
 23. United States Agency for International Development/El Salvador. HIV/Aids Health Profile 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/elsalvad_profile.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 24. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe UNGAS, El Salvador 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreports-submittedbycountries/elsalvador_2010_country_progress_report_es.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 25. El Salvador, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Disponível em: <http://siis.salud.gob.sv/> Acessado em 4 de abril de 2012.
 26. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de ITS/ VIH/ Sida. Guía para el Personal de Salud en el Abordaje de Trabajadoras(es) del Sexo [Internet]; 2007. Disponível em: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_trabajadoras_sexo_vih.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
 27. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita en las 28 maternidades de red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009 [Internet]; 2010. Disponível em: http://190.57.63.189/lildbi/docsonline/4/1/014-Info_Sifilis_els.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.

28. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias [Internet]; 2008. Disponible em: http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/TUBERCULOSIS_DOC/descripcion_del_programa_TB.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
29. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe anual de la red de monitoreo y vigilancia de la resistencia a los antibióticos. San Salvador: MINSAL; 2009. 30. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín informativo No. 146 sobre virus pandémico H1N1. San Salvador: MINSAL; 2009.
31. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín informativo No. 50 de vigilancia epidemiológica de influenza y otros virus respiratorios en El Salvador. San Salvador: MINSAL; 2010.
32. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Comité Intersectorial de Salud. Lineamientos para la elaboración del plan contingencial en el abordaje del cólera [Internet]; 2010. Disponible em: http://www.fosalud.gob.sv/phocadownload/lineamientos_para_la_elaboracion_del_plan_contingencial_en_el_abordaje_del_colera_en_el_salvador.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.
33. Corrales LF, Izurieta R, Moe CL. Association between intestinal parasitic infection and type of sanitation system in rural El Salvador. *Trop Med Int Health* 2006; 1(12): 1821–1831.
34. Fundemospaz. Accidentes de tránsito, obstáculo al desarrollo que se puede prevenir. Boletín Informativo No. 2 [Internet]; 2010. Disponible em: http://www.fundemospaz.org.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14&Itemid=16 Acessado em 11 de fevereiro de 2012.
35. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes. Encuesta de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Asociados, Santa Tecla, El Salvador. San Salvador: MINSAL; Washington, DC: OPS/OMS; 2007.
36. Orantes CM, Herrera R, Almaguer M, Brizuela EG, Hernández CE, Bayarre H, et al. Chronic kidney disease and associated risk factors in the Bajo Lempa Region of El Salvador: Nefrolempa Study, 2009. *MEDICC Rev* 2011; 3(4): 14–22.
37. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Evaluación de daños y pérdidas en El Salvador ocasionados por la tormenta Agatha [Internet]; 2010. Disponible em: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/42090/2010-072-El_Salvador_Agathaw-L982.pdf Acessado em 11 de fevereiro de 2012.
38. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Informe sobre el control del tabaco en El Salvador. Washington, DC: OPS; Atlanta: CDC; 2009.
39. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes de 13–15 años. El Salvador, 2009. San Salvador: MINSAL; 2009.
40. Fondo Solidario para la Salud. Relación entre la depresión y bebedores de riesgo en municipios priorizados de El Salvador, noviembre de 2010 a enero de 2011. San Salvador: FOSALUD; 2011.
41. Comisión Nacional Antidrogas; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Organización de Estados Americanos. Segundo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de El Salvador. San Salvador: Comisión Nacional Antidrogas; 2008.

42. Lemus E. Consumo de alcohol inicia a los 13 y el de marihuana, a los 14 años. La Prensa Gráfica, 24 June 2010.
43. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de labores 2009–2010 [Internet]; 2010. Disponible em: <http://www.salud.gob.sv/index.php/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Memoriasde-Labores/Memoria-de-Labores-2009-2010/> Acessado em 4 de abril de 2012.
44. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estimación de cuentas en salud. Cifras preliminares a mayo de 2011. San Salvador: MINSAL; 2011.
45. Pérez MJ. Caracterización sectorial de la fuerza de trabajo y el comportamiento de la dotación de los recursos humanos en salud en El Salvador. Washington, DC: OPS/OMS; 2010.
46. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Resultados de la primera medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud. San Salvador: MINSAL; Washington, DC: OPS/OMS; 2010.
47. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Indicadores de ciencia y tecnología. El Salvador [Internet]; 2010. Disponible em: http://www.conacyt.gob.sv/INDICADORES_DE_CYT2010.pdf Acessado em 26 de janeiro de 2012.