Unidad de Servicios de Salud y Acceso,
Departamento de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

2019

En revision final

EN EL CAMINO A LA SALUD UNIVERSAL
Diez años de reforma del Sistema de Salud en El Salvador

Documento de trabajo de OPS presentado en El Salvador
Mayo 17 de 2019.
Documento previo a revision final, edición, diseño y publicación.
Mayo 23 de 2019.

Autores: Ernesto Báscolo, Camilo Cid, Natalia Houghton y Hernán Luque
Coordinación técnica: Ernesto Báscolo
Supervisión general: Amalia Del Riego

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas
Salud universal
Acceso y cobertura para todos

Índice

Resumen ejecutivo *3*

Mejora de los resultados de salud **3**

Mejora del acceso universal a la salud **4**

Transformación del Sistema Nacional de Salud **4**

Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en las comunidades 5

Fortalecer la rectoría y la gobernanza 5

Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia 6

Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud 7

Recomendaciones: expansión y sostenibilidad de los logros **7**

Sostener las mejoras en la ampliación del acceso a servicios de salud integrales y de calidad 8

Consolidar el rol rector del Ministerio de Salud y definir los roles en el Sistema Nacional de Salud 8

Mejorar y aumentar el financiamiento en salud 8

Fortalecer la coordinación multisectorial con actores estratégicos 9

Mejorar el monitoreo e investigación del sistema de salud 9

Introducción *10*

Capítulo 1 ..... *13*

Abordaje de la evaluación **13**

1.1. Contexto socioeconómico de El Salvador 13

1.2. Objetivos de la evaluación 14

1.3. Marco de análisis 15

1.4. Métodos 16

Capítulo 2 ..... *17*

Mejorar los resultados de salud **17**

2.1. Aumento de la esperanza de vida y reducción de la mortalidad infantil y materna 18

2.2 Mejoras en la equidad de los resultados en salud 19

2.3. Contribución de la reforma a las mejoras en salud 20

Capítulo 3 ..... *22*

Mejorar el acceso universal a la salud **22**

3.1. Utilización de servicios en la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIIS) 23

3.2. Utilización de servicios e intervenciones prioritarias 26

3.3. Reducción y cambio en las razones para no utilizar servicios de salud 27

3.4. Calidad y eficiencia de los servicios de salud 28

Capítulo 4 ..... *30*

En revisión final

Transformar el Sistema Nacional de Salud 30
4.1. Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades 31
4.2. Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza 36
4.3. Aumento y mejora del financiamiento, con equidad y eficiencia 45
4.4. Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud ... 52

Capítulo 5 55

Conclusiones 55

Capítulo 6 57

Recomendaciones y expansión y sostenibilidad de los logros 57
1) Sostener las mejoras en la ampliación del acceso a servicios de salud integrales y de calidad 57
2) Consolidar el rol rector del MINSAL y la definición de roles en el SNS 58
3) Mejorar y aumentar el financiamiento en salud 59
4) Fortalecer la coordinación multisectorial con actores estratégicos 59

REFERENCIAS 60

En revisión final

RESUMEN EJECUTIVO

En el año 2009 el Gobierno de El Salvador se propuso llevar a cabo una estrategia de reforma integral y a largo plazo para lograr un Sistema Nacional de Salud (SNS) unificado y basado en la atención primaria de salud (APS) integral. El ímpetu para la creación del SNS y el proceso de reforma subsiguiente tienen su origen principalmente en los distintos movimientos sociales que han venido reclamando su derecho constitucional a la salud y a la garantía del acceso a servicios de salud de calidad.

La reforma del SNS reafirma la salud como un derecho social de los salvadoreños. El planteamiento de la reforma para garantizar este derecho es el fortalecimiento del sector público, lo que incluye a la seguridad social, mediante las siguientes medidas:

1) La regulación efectiva del sector privado.
2) El acceso universal a unos servicios de salud integrales y de calidad.
3) La creación y el mantenimiento del modelo de atención a la salud familiar y comunitario.

Este informe evalúa el alcance y el cumplimiento de los objetivos del proceso de reforma enfocándose en las siguientes cuatro preguntas principales.

1. ¿Cuáles han sido las trasformaciones institucionales en el Sistema Nacional de Salud?
2. ¿En qué medida estas transformaciones han aumentado la cobertura del sistema nacional de salud?
3. ¿En qué medida estas transformaciones han aumentado el acceso universal a la salud?
4. ¿Cuáles han sido las mejoras en los resultados en salud?

En revisión final

Para responderlas, el presente informe se basa en el marco de monitoreo para la salud universal desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Mejora de los resultados de salud

La reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) de El Salvador realizada en el 2009 introdujo cambios en la organización del sistema con el objetivo explícito de universalizar el acceso a servicios de salud de calidad y de influir significativamente en el estado de salud de los salvadoreños. Desde entonces, el país ha logrado mejoras muy importantes en los resultados de salud. La mortalidad infantil se ha reducido 28,2%, la mortalidad materna ha disminuido 45,6%% y la esperanza de vida ha aumentado 3.5.%. Y lo que es igualmente importante, las desigualdades geográficas y socioeconómicas han mejorado de forma significativa, dado que

las mayores reducciones en la mortalidad se han registrado en los departamentos con una mayor prevalencia de la pobreza extrema. Para el 2018, se revierte la brecha de la mortalidad materna entre departamentos ricos y pobres, alcanzando una diferencia de -4.2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en favor de los departamentos más prioritarios. A estas mejoras han contribuido sustancialmente una mayor utilización de los servicios de salud materna y la implementación del modelo de atención en salud familiar y comunitario, que ha priorizado a los departamentos más pobres del país.

Mejora del acceso universal a la salud

Para implementar el modelo de atención familiar y comunitaria, las autoridades sanitarias crearon los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados (ECOS). Los ECOS han cambiado de forma muy considerable y positiva los patrones de utilización de servicios de salud. La tasa de uso de servicios preventivos ha crecido 135% y ha disminuido el porcentaje de familias que reportan problemas de acceso a los servicios de salud por razones económicas y por la mala calidad de la atención. Se ha dado prioridad a los ECOS en los departamentos con mayor necesidad, lo que ha ayudado a mejorar de forma muy significativa las desigualdades en el acceso a los servicios. Esto se evidencia porque el aumento en las tasas de utilización ha sido mucho mayor en los departamentos con mayor prevalencia de pobreza extrema, con una relación notable entre nivel de pobreza y aumento en la tasa de consultas.

En revisión final

La información que se presenta en este informe demuestra que la reforma del SNS ha logrado avanzar hacia el objetivo del acceso universal a la salud. Sin embargo, también se destacan los desafíos que persisten en el SNS. Por una parte, ha aumentado alrededor de 45% el número de hogares que reportan barreras en el acceso relacionadas con la falta de atención, los recursos humanos y los medicamentos. Es cierto que la capacidad resolutiva del primer nivel de atención ha mejorado, pero la calidad sigue siendo un aspecto preocupante en el SNS. Continuar fortaleciendo las capacidades resolutivas del Primer Nivel de Atención y el modelo de gestión en RISS permitiría reducir el número de hospitalizaciones evitables por condiciones que pueden ser manejadas de forma efectiva en la atención ambulatoria las cuales representan el 19.6% de los egresos hospitalarios con un costo de servicios hospitalarios equivalente al 13.24% del total de costo de los servicios hospitalarios del país.

Transformación del Sistema Nacional de Salud

El proceso de reforma iniciado en El Salvador estableció estrategias centradas en construir un sistema nacional de salud basado en la APS integral y la participación social y comunitaria *(1, 2)*. Hacer realidad estos principios requirió profundas trasformaciones que buscaban mayor equidad y acceso universal a los servicios de salud como principal estrategia para garantizar el derecho a la salud. Las políticas impulsadas se enfocaron en introducir cambios en cómo se organizaba la provisión de servicios de salud a través de acciones encaminadas hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Dichas transformaciones requirieron mejorar la disponibilidad y organización de recursos críticos del sistema de salud, así como el abordaje de la determinación social de salud.

Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en las comunidades

Desde que se pusieron en funcionamiento los ECOS familiares y especializados en el 2010, la capacidad del sistema para implementar el modelo de atención integral de salud familiar-comunitaria se ha ampliado significativamente, con 539 ECOS familiares y 39 ECOS especializados en 754 unidades comunitarias de salud familiar (UCSF). En el 2018, los ECOS estaban presentes en 71% de los municipios más pobres y de menor estado socioeconómico del país. Además de la ampliación de la oferta, desde 2009 se ha evidenciado un aumento en el énfasis en la APS con un incremento del peso de las consultas preventivas de un 19 a un 29% del total de consultas. También ha mejorado la capacidad resolutiva y la eficiencia de los hospitales de la red pública. Así lo evidencian un crecimiento de 240% en el número de las cirugías electivas ambulatorias en hospitales departamentales y básicos de la red, y el aumento de 19,6% en las cirugías electivas con hospitalización en hospitales básicos y de 37,8% en los departamentales.

En revisión final

A pesar de estos avances, en el momento de redactarse este reporte se habían implementado 33,7% y 27,4% de los ECOS familiares y ECOS especializados proyectados en el 2009, unas cifras que cubren a 22,19% de la población salvadoreña. Sin embargo, el proceso de implementación del avance sobre territorios con mayor desarrollo y densidad de población implicó readecuar la estrategia de despliegue de los ECOS necesarios en función de las condiciones demográficas, epidemiológicas y de coberturas existentes en las áreas urbanas, definiéndose un modelo de salud urbana para el abordaje sectorial e intersectorial.

Fortalecer la rectoría y la gobernanza

La reforma impulsada a partir del 2009 estipuló distintos objetivos y principios que tenían una influencia directa en la rectoría y gobernanza del SNS. En primer lugar, la capacidad institucional para gestionar la provisión de servicios de salud, los recursos humanos en salud

y los medicamentos y las vacunas se fortaleció mediante la creación de estructuras institucionales encargadas de conducir su gestión y del desarrollo de políticas relacionadas. Gracias a estos esfuerzos ha mejorado la regulación de recursos críticos del sistema. Por ejemplo, en 2013 se introdujeron una serie de medidas para regular los precios de los medicamentos que representaron una caída inmediata de 35,9% en el índice de precios al consumidor (IPC) de los medicamentos regulados, lo que equivale a un ahorro de 60 millones de dólares estadounidenses. También se han establecido programas de planificación y capacitación de recursos humanos con miras a apoyar la organización y provisión del modelo de atención familiar y comunitario. La disponibilidad de recursos humanos y la reversión de la brecha en la distribución del personal de salud entre departamentos pobres y ricos, aunque dicha disponibilidad sigue mostrando un déficit importante.

La reforma también ha promovido la consolidación de las bases territoriales del Foro Nacional de Salud (FNS) y ha impulsado la Política Nacional de Participación Social en Salud. En el 2018, el FNS contaba con participación en 94 municipios del país, con 8 comités departamentales y 810 comités comunitarios. En la actualidad, el SNS cuenta con 2.714 comités de salud a través de los cuales se ha fomentado la participación de la comunidad tanto en actividades de contraloría social para el uso de los recursos públicos como en la definición de políticas de salud y de planes para su implementación. Los distintos esfuerzos realizados han servido para alcanzar logros importantes en la capacidad institucional de vigilancia, monitoreo y evaluación. Algunos ejemplos son el desarrollo y la consolidación del incremento del número de Unidades Notificadoras de Vigilancia Epidemiológica, el Sistema Único de Información Estratégica (SUIS) y el Instituto Nacional de Salud (INS).

En revisión final

Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia

La equidad en el financiamiento se refleja en un aumento relevante de la eliminación de la barrera financiera representada por el gasto de bolsillo en salud. Este ha sido el esfuerzo más importante realizado en la Región durante los últimos años, que ha mostrado no solo una caída en los indicadores relativos de los gastos de bolsillo, sino también en su monto absoluto per cápita. Por su parte, el gasto público en salud del país ha aumentado en cifras similares al promedio de la subregión, mostrando un nivel de reemplazo del anterior a través de la protección financiera para el acceso al sistema de salud.

Ello ha permitido las mejoras en la oferta, dedicándose el esfuerzo al modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria, con el aumento de los ECOS, de los recursos humanos y de mejoras en la utilización y la capacidad resolutiva también a nivel hospitalario. Seguramente esto ha determinado las mejoras en los indicadores globales como la esperanza de vida y los indicadores de mortalidad, como la mortalidad infantil y probablemente

también ha contribuido al avance en el cierre de las brechas de equidad, como en el caso de la mortalidad materna.

Los desafíos en cuanto al financiamiento para el futuro inmediato son la necesidad de seguir aumentando el gasto público en salud para nivelar el gasto absoluto, con eficiencia y equidad, y de dotar de mayor progresividad a este esfuerzo. Seguramente ello deberá realizarse de la mano de la necesidad de aumentar la cobertura de un primer nivel fortalecido que llegue a todos los habitantes del país con el modelo de atención priorizado por El Salvador. El abordaje de los mecanismos de asignación de recursos y de soluciones al problema de la segmentación del sistema podrían cooperar en la estrategia de avance hacia la salud universal que ha emprendido el país.

Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

Consolidar el abordaje intersectorial e intrasectorial de la determinación social de la salud, tanto en el ámbito nacional como en el local ha sido uno de los principales ejes priorizados por la reforma en salud. La principal transformación se da con los cambios introducidos en la Comisión Interinstitucional de Salud (CISALUD). La CISALUD ha logrado consolidar el trabajo intersectorial, intrasectorial y de comunidades organizadas representadas en el FNS y otras instancias. Y lo ha hecho de manera permanente y efectiva, desarrollando políticas públicas para el abordaje integral de eventos relevantes de salud pública, como arbovirosis, quemaduras por pólvora, abordaje de la obesidad, violencia, impacto del cambio climático, minería metálica, enfermedades renales crónicas provocadas por agrotóxicos y otros problemas de salud.

En revisión final

Recomendaciones: expansión y sostenibilidad de los logros

Este informe muestra que muchos de los cambios estructurales que se contemplaron en el 2009 se han alcanzado. Concretamente, las responsabilidades en la provisión de servicios se han desconcentrado, el sistema de salud se ha reorientado hacia la atención primaria de salud integral, se han incrementado el financiamiento público en salud y la protección financiera, y se han establecido mecanismos de participación social y de coordinación intersectorial innovadores y robustos. A pesar de estos logros, la reforma ha sido un proceso gradual y a veces lento. Quizás uno de los desafíos más significativos está relacionado con las limitaciones en la expansión de la Política Nacional de Salud a todo el espacio nacional. A partir de los resultados obtenidos, este informe destaca las siguientes recomendaciones.

Sostener las mejoras en la ampliación del acceso a servicios de salud integrales y de calidad

Los desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera, la falta de personal de salud y otros factores han ralentizado la tasa de expansión del acceso con los ECOS, que han alcanzado una cobertura nacional de 22,19% de la población. Para cerrar esta brecha se requiere una mayor inversión. Pero también es necesarios realizar esfuerzos paralelos para mejorar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y avanzar en el modelo de organización y gestión en redes integradas de servicios de salud. Asimismo, mejorar la disponibilidad de recursos humanos para la salud es un paso crítico para la sostenibilidad el proceso de reforma. Muchos de estos aspectos se contemplan en la Política Nacional de Salud 2015-2019, por lo que la continuidad en su ejecución es de vital importancia para sostener y ampliar los logros alcanzados.

Consolidar el rol rector del Ministerio de Salud y definir los roles en el Sistema Nacional de Salud

Los esfuerzos para lograr una verdadera expansión e integración del modelo de atención en todo el SNS dependen en gran medida del fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Sanidad de El Salvador (MINSAL) y del fortalecimiento de los mecanismos de organización del sistema. Una necesidad importante de este proceso es avanzar en la incipiente y débil integración entre el MINSAL y las otras instituciones del SNS, y definir claramente las funciones de cada institución. El apoyo político y la continuidad de los esfuerzos del MINSAL para consolidar las estrategias para la integración del SNS son fundamentales para fortalecer la coordinación y mejorar el abordaje de los problemas de salud.

En revisión final

Mejorar y aumentar el financiamiento en salud

La mejora de los indicadores principales del financiamiento de la salud ha ocurrido en un contexto de bajo nivel absoluto de gasto público en salud, explicado por el nivel de desarrollo del país. No obstante, en el futuro inmediato debería mantenerse la prioridad por salud, reflejada durante la década en elasticidades positivas del gasto en esta partida respecto del producto, de modo que El Salvador siga aproximándose a la meta de 6% del PIB de gasto público en salud.

La estrategia de expansión de la oferta debería sostenerse a través del aumento progresivo de la inversión en salud, con estrategias de mitigación de la segmentación del sistema de salud en forma global.

Fortalecer la coordinación multisectorial con actores estratégicos

Los avances del proceso de reforma en la consolidación del abordaje intersectorial e intrasectorial de la determinación social de la salud han sido un ejemplo para la Región de las Américas. Asimismo, la participación social en salud tanto en el ámbito nacional como en el local han sido efectivas en la formulación y ejecución de políticas sociales con impacto en salud. Es necesario ahondar y afianzar el rol de los mecanismos de participación y coordinación intersectorial e intrasectorial existentes para involucrar a socios estratégicos que den legitimidad y apoyo político a la continuidad del proceso de reforma.

Mejorar el monitoreo e investigación del sistema de salud

El Salvador ha dado un paso importante hacia el fortalecimiento de la formulación y ejecución de políticas en salud informadas por la evidencia con la creación y consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Sistema Único de Información en Salud (SUIS). Es necesario seguir avanzando sobre estas iniciativas a fin de informar la continuación del proceso de reforma. Aunque el país dispone de una vasta cantidad de datos administrativos es necesario contar con información que permita el análisis de la equidad y el abordaje de la determinación social. La iniciativa actual del MINSAL para la integración y el fortalecimiento del SUIS representa un paso importante para el abordaje de estas brechas.

En revisión final

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de El Salvador se estableció formalmente mediante la promulgación de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud en el año 2007. Con el impulso de los movimientos sociales iniciados desde finales de la década de 1970, la creación del SNS marca un hito fundamental en la lucha por los derechos sociales al establecer los lineamientos técnicos que permiten dar cumplimiento a la garantía constitucional del derecho a la salud y al iniciar un proceso de reforma para transformar integralmente el sistema de salud de El Salvador.

Hacer realidad la garantía del goce de la salud como un derecho social ha sido un proceso continuo desde la creación del SNS. La implementación de la reforma se inició en el año 2009 con la Política Nacional de Salud 2009-2014, Construyendo la Esperanza, y ha tenido continuidad y profundización con la Política Nacional de Salud 2015-2019. Ambas olas de implementación plantean una estrategia integral y de largo plazo con miras a construir un SNS unificado y basado en la atención primaria de salud (APS) integral, que reconoce la salud como derecho humano fundamental a través del desarrollo de un modelo enfocado en el grupo familiar y en la comunidad, y sustentado en la perspectiva de la determinación social de la salud y el empoderamiento de la sociedad en la toma de decisiones.

En revisión final

La reforma del SNS tiene como objetivo explícito "Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado; el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutividad y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas" *(3)*.

Para cumplir este objetivo, la Política Nacional de Salud 2009-2014 y 2015-2019 plantea una reforma integral que incorpora 10 ejes estratégicos: *1)* organización de la provisión de servicios de salud en Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS); *2)* creación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM); *3)* mejora del acceso a medicamentos y a otras tecnologías en salud; *4)* desarrollo de los recursos humanos en salud; *5)* fortalecimiento de la intersectorialidad y la intrasectorialidad; *6)* fortalecimiento e institucionalización de la participación social en salud a través del Foro Nacional de Salud; *7)* fortalecimiento de la investigación y la gestión del conocimiento a través de la creación del Instituto Nacional de Salud; *8)* creación del Sistema de Información estratégico en Salud (SUIS); *9)* abordaje de la violencia y salud, y *10*) protección de la salud ambiental.

Al igual que en cualquier proceso de reforma, la reforma del SNS es un proceso continuo que requiere de profundización y futuras transformaciones en función de los resultados alcanzados y los desafíos encontrados. Para informar dicho proceso es fundamental identificar los logros del SNS desde 2009, así como las tareas pendientes para lograr los objetivos que se establecieron en ese año. Para llevar a cabo dicho análisis, esta evaluación tiene el objetivo de responder a las siguientes preguntas principales:

- ¿Cuáles han sido las trasformaciones institucionales en el Sistema Nacional de Salud?
- ¿En qué medida estas transformaciones han aumentado la cobertura del sistema nacional de salud?
- ¿En qué medida estas transformaciones han aumentado el acceso universal a la salud?
- ¿Cuáles han sido las mejoras en los resultados en salud?

Para responder a estas preguntas la presente evaluación revisa la información de evaluaciones anteriores y analiza información adicional con datos actualizados. El informe constata que la reforma puede ser acreditada con logros importantes. En particular, destaca la importante expansión del acceso a servicios de salud integrales, principalmente en los departamentos con población más vulnerable. También es destacable la transformación profunda en la estructura del SNS, sobre todo en la organización de la provisión de servicios y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Esto se acompaña de un incremento en el gasto de Gobierno en salud, la introducción de distintos mecanismos institucionales para fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud (MINSAL) y el aumento en la coordinación intersectorial y participación social en salud. Asimismo, la evidencia presentada acredita que estas transformaciones han contribuido a mejoras en los indicadores de salud.

En revisión final

Sin embargo, y casi inevitablemente, quedan algunas tareas por cumplir. La consolidación de la red de servicios ha sido limitada y lenta, tal y como evidencia el déficit en la expansión de cobertura de los ECOS y la disponibilidad de recursos humanos. Esto se traduce en un aumento de los hogares que reportan barreras de acceso relacionadas con la falta de atención, los recursos humanos y los medicamentos. Además, aunque la capacidad resolutiva del primer nivel de atención ha mejorado, la calidad sigue siendo una preocupación dentro del SNS. Las hospitalizaciones evitables por condiciones que pueden manejarse con efectividad en el primer nivel de atención tienen importantes impactos económicos y en la eficiencia del sistema.

El capítulo 1 presenta el abordaje metodológico de esta evaluación, incluida una revisión breve del contexto socioeconómico de El Salvador, seguido de una descripción breve del marco de análisis y de los métodos utilizados. El capítulo 2 revisa los resultados en el estado de salud de la población. El capítulo 3 presenta los avances en las condiciones de acceso (utilización de servicios de salud y barreras de acceso). El capítulo 4 enumera los hallazgos

relacionados con las transformaciones introducidas por la reforma del SNS, enfocándose en evidenciar los cambios en la provisión de servicios, en la rectoría y la gobernanza, en el financiamiento y en la coordinación intersectorial. El capítulo 5 expone las principales conclusiones. Finalmente, el capítulo 6 expone las recomendaciones más relevantes de esta evaluación, y hace un llamado a la acción, la expansión y la sostenibilidad del proceso de reforma iniciado en el año 2009.

En revisión final

CAPÍTULO 1

Abordaje de la evaluación

1.1. Contexto socioeconómico de El Salvador

Los resultados de cualquier proceso de reforma en salud están inevitablemente condicionados por factores relacionados con el contexto económico y social de cada país. En ese sentido, El Salvador ha vivido cambios económicos y políticos importantes desde 2009 que deben ser considerados en este informe. Después de un conflicto armado de casi 10 años de duración (1980-1992), las tendencias positivas de los indicadores sociales y económicos de los últimos años aumentaron significativamente la probabilidad de que el país consiguiera alcanzar más de la mitad de los 18 indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio antes de 2015 *(4)*.

El producto interno bruto (PIB) entre los años 2009 y 2017 aumentó de 17.602 millones de dólares estadounidenses a 24.805 millones, y para ese mismo período, el ingreso per cápita ascendió de 2.830 a 3.560 dólares. Asimismo, la tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de la línea de pobreza nacional disminuyó de 37,8% a 29,2% *(5)*. El ingreso promedio mensual por hogar a escala nacional en el 2015 fue de 538,7 dólares (1,1% mayor que en el 2011) *(6)*, mientras que la fuente principal de ingresos ha sido la transferencia personal (remesas familiares), que financia alrededor de la sexta parte del consumo privado *(7)*.

En revisión

A pesar de las mejoras en las condiciones económicas, la violencia imperante sigue afectando considerablemente a las familias en las comunidades más vulnerables y marginadas en varias regiones del territorio. Hay que recordar que en el 2015 El Salvador fue considerado el país con más violencia del hemisferio occidental *(8)*. Además del impacto de la violencia en el estado de salud y bienestar de los salvadoreños, esta también ha tenido efectos muy importantes en la emigración. En 2017, la tasa de migración neta fue de 202.694 migrantes. En el país, la falta de cumplimiento con los beneficios de la paz y el desarrollo permitió la proliferación de pandillas juveniles, el tráfico de drogas, el uso de armas de fuego y la violencia basada en el género *(9)*.

El crecimiento económico no ha contribuido al bienestar económico a toda la población ya que por lo menos cuatro de cada 10 personas viven en condiciones de pobreza, y esta es históricamente mayor en las zonas rurales. En el 2015, 44,4% de los hogares se encontraba en condiciones de hacinamiento, 61,4% en zonas rurales y 34,9% en zonas urbanas.

1.2. Objetivos de la evaluación

En el año 2009 la población salvadoreña, en particular la más vulnerable, se encontraba con distintas barreras que impedían el acceso a servicios de salud integrales. El sistema de salud estaba altamente segmentado y fragmentado, la inversión pública que recibía era baja y los mecanismos de participación comunitaria eran escasos. Además, el sistema se encaminaba hacia un proceso de privatización. Las unidades de atención funcionaban de forma aislada y sin ninguna integración entre ellas, lo que daba lugar a programas fragmentados y verticales. Además, la población con escasos recursos debía pagar de su bolsillo "cuotas voluntarias" por la prestación de los servicios de salud. El MINSAL compraba los servicios de salud de las ONG para la prestación de paquetes básicos de salud materno-infantil, lo que impedía que se fortaleciera la capacidad instalada de las unidades de salud, algunas veces con duplicación de esfuerzos.

Asimismo, las unidades de atención se enfrentaban al desabastecimiento de medicamentos y vacunas, una dificultad a la que se sumaban los elevados precios de las farmacias privadas. Los recursos humanos eran limitados, sobre todo en el primer nivel de atención y en las áreas rurales, y predominaba el énfasis en la prestación de servicios curativos. La Ley del Sistema Nacional de Salud aún no había implementado el modelo de salud familiar, tal y como evidenciaba la baja cobertura de servicios integrales de salud a las familias.

En revisión final

El proceso de reforma iniciado en El Salvador trató de incidir sobre estos problemas y de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, así como el acceso equitativo a servicios de calidad. Otra de las metas principales fue incidir significativamente en los indicadores relacionados con la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de 5 años y la mortalidad materna *(1)*.

Dicha reforma estableció estrategias centradas en la construcción de un sistema nacional de salud basado en la APS integral y la participación social y comunitaria *(1, 2).* Para hacer realidad estos principios fueron necesarias profundas trasformaciones con el fin de lograr una mayor equidad y acceso universal a los servicios de salud como principal estrategia para garantizar el derecho a la salud. Las políticas impulsadas se centraron en introducir cambios en la organización de la provisión de servicios de salud a través de acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades. Para ello hubieron de mejorarse la disponibilidad y la organización de recursos críticos del sistema de salud, así como el abordaje de la determinación social de salud.

Para determinar los alcances y logros de los objetivos planteados por la reforma, este informe trata de responder a las siguientes preguntas de evaluación:

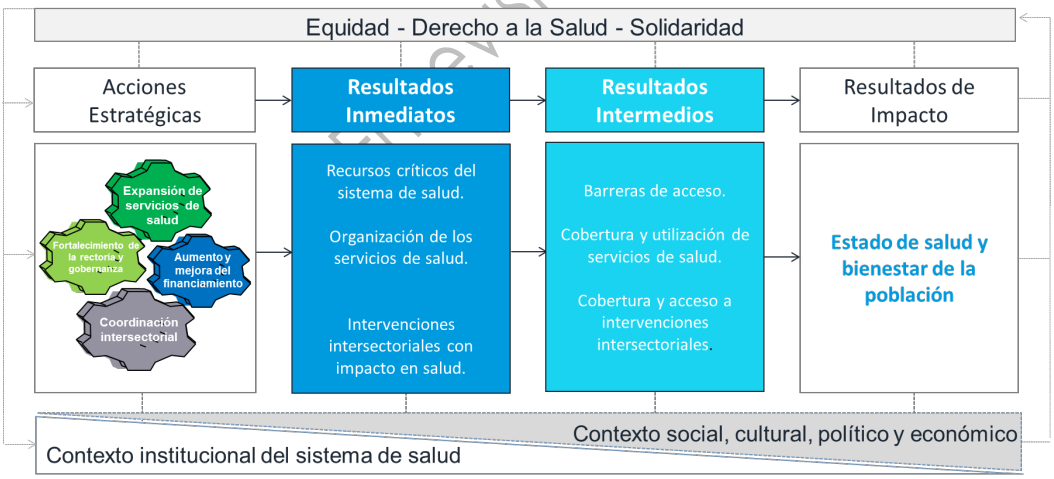
– ¿Cuáles han sido las trasformaciones institucionales en el Sistema Nacional de Salud?
– ¿En qué medida estas transformaciones han aumentado la cobertura del sistema nacional de salud?
– ¿En qué medida estas transformaciones han aumentado el acceso universal a la salud?
– ¿Cuáles han sido las mejoras en los resultados en salud?

1.3. Marco de análisis

La reforma del SNS plantea la ejecución de múltiples y diversas estrategias que tratan de influir de forma integral sobre los distintos componentes del sistema de salud. Establecer el alcance y la profundidad de estos cambios presenta dificultades inherentes a la complejidad del proceso de reforma, como también de los sistemas de salud. Resulta entonces necesario contar con un marco de análisis que guíe la definición y la evaluación de las distintas dimensiones y resultados del sistema de salud. Para abordar esta necesidad, este informe se basa en el marco de monitoreo para la salud universal desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyos componentes se muestran esquemáticamente en la figura 1-1 *(10)*.

Versión final

Figura 1-1. Marco de análisis para evaluar la reforma del Sistema Nacional de Salud de El Salvador



Fuente: Basado en el marco de monitoreo para la salud universal de la OPS *(10)*.

A partir de la lógica del marco de análisis adoptado, el informe empieza por revisar el desempeño del SNS en relación con indicadores de resultados de impacto e intermedios, focalizándose en indicadores del estado de salud de la población y las condiciones de acceso (barreras de acceso, cobertura y utilización de servicios de salud). A continuación, se revisan las acciones estratégicas (políticas, planes, o leyes) mediante las que se ha tratado de transformar el SNS desde 2009. Estas se agrupan conforme a la resolución CD53/5.R14

adoptada por los Estados Miembros de la OPS, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (11)*, en cuatro líneas estratégicas que reflejan los componentes del sistema de salud.

- En la primera línea, "ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades", el reporte analiza los avances en la provisión de servicios de salud, con especial énfasis en la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y organización de los servicios en redes integradas.

- La segunda línea, "fortalecer la rectoría y la gobernanza", analiza la capacidad rectora del MINSAL para conducir procesos de cambio en las estructuras de gobernanza del SNS.

- En la tercera línea, "aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios", se analiza el aumento y la optimización del financiamiento público de la salud, el fortalecimiento de la protección financiera, la minimización del pago directo de servicios y la mancomunación solidaria de fondos a fin de fortalecer el modelo de atención y asegurar el acceso universal.

- Por último, en la cuarta línea, "fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud", se estudia la articulación e integración de diferentes sectores sociales, que, bajo el liderazgo de salud, buscan abordar la determinación social y la inequidad en salud.

En revisión final

1.4. Métodos

La evaluación utiliza métodos mixtos combinando la perspectiva cualitativa y cuantitativa, que se describen a continuación.

Entrevistas y grupos focales: entre julio y septiembre del 2018 se realizaron 25 entrevistas en profundidad y dos grupos focales con una duración promedio de 60 minutos. Se seleccionó a los informantes mediante una técnica de muestreo no probabilístico a partir de su experiencia y su rol en el proceso de reforma. Entre ellos se incluyó a representantes del MINSAL, de organizaciones sociales, de la academia, de centros de investigación, del sector privado y de organismos de cooperación internacional. Cada entrevista fue transcrita y codificada. Todas ellas se realizaron a partir de un cuestionario semiestructurado pero basado en preguntas abiertas que buscaban indagar sobre: *1)* el contexto de salud, político y socioeconómico que influyó en el proceso de reforma y su dinámica a través del decenio; *2)*

el marco racional y los problemas que pretendía abordar la reforma, y *3)* los factores contextuales que apoyan la interpretación de los resultados cuantitativos.

Revisión bibliográfica: la revisión de la literatura incluyó publicaciones indexadas y documentos políticos y legislativos relacionados con el proceso de reforma del SNS de El Salvador. La búsqueda de información se realizó en Google Académico y PubMed utilizando los siguientes términos: El Salvador *o* APS *o* atención primaria en salud *o* sistema nacional de salud *o* reforma en salud *o* evaluación *o* política nacional de salud *o* ECOS. Por lo general, la búsqueda bibliográfica devolvió muy pocos resultados, lo que representó una limitación importante para realizar esta evaluación. En algunos casos se utilizaron documentos proporcionados por el MINSAL que no estaban disponibles en internet.

Análisis cuantitativo: el análisis cuantitativo se basa en un conjunto de indicadores de resultados inmediato, intermedio y de impacto. Para la mayoría de los indicadores se realizó un análisis longitudinal comparando resultados entre los periodos anteriores al inicio de la reforma (2005-2009) y distintos momentos de la reforma en los que se establecieron metas u objetivos específicos. En la medida de lo posible, el informe intenta determinar el grado en que las mejoras (por ejemplo, el acceso a servicios) pueden atribuirse a cambios en las políticas del SNS (por ejemplo, cambios en la provisión de servicios de salud). En algunas áreas esto es posible analizando las diferencias entre departamentos con diferencias de coberturas o grado de ejecución de la reforma.

En revisión final

CAPÍTULO 2

Mejorar los resultados de salud

Los cambios introducidos como parte de la reforma del 2009 tenían el objetivo explícito de universalizar el acceso a servicios de salud de calidad. El cumplimiento de este objetivo pretendía influir significativamente en el estado de salud de los salvadoreños, específicamente en la mortalidad infantil, la mortalidad de los menores de 5 años y la mortalidad materna *(1)*. A partir de aquí, el presente capítulo analiza los avances en mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Para ello se revisan las tendencias en los indicadores más relevantes del estado de salud y el grado en el cual los cambios observados en las tendencias pueden ser atribuidos a la reforma del SNS. Los datos disponibles muestran mejoras importantes desde 2009, sobre todo en los departamentos con mayor grado de implementación de la reforma.

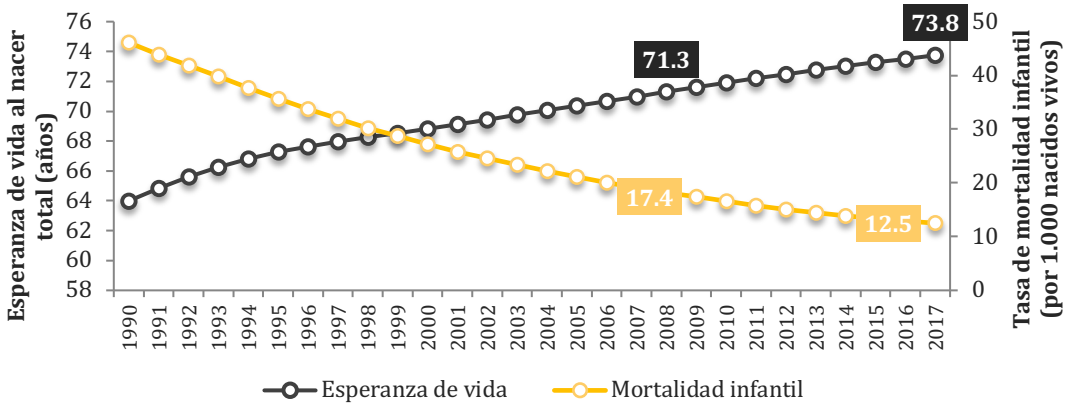
2.1. Aumento de la esperanza de vida y reducción de la mortalidad infantil y materna

Durante la implementación de la reforma del SNS, la esperanza de vida se incrementó en 3,5% años, de 71,3 años en 2008 a 73,8 años en 2017 (figura 2-1). Estas mejoras se acompañaron de una reducción en la mortalidad infantil de 17,4 a 12,5 muertes por 1.000 nacidos vivos en el mismo periodo (ver figura 2-1). Asimismo, ha disminuido tanto el número de muertes en menores de 5 años entre 2009 y 2017, como así también las muertes en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) entre 2009 y 2014, en un 54,3% y 39,0%, respectivamente (figura 2-2).

Los resultados para la mortalidad materna también muestran logros muy positivos desde 2009. La razón de mortalidad materna disminuyó de 57,3 a 26,4 muertes por 100.000 nacidos vivos (figura 2-3) entre 2009 y 2018. Las estimaciones del Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas (MMEIG) muestran una tendencia similar para el período 2009-2015, con una reducción de la mortalidad materna (ver figura 2-3). La comparación de los resultados con los promedios subregionales muestra un panorama de mayor ventaja para El Salvador. La razón de mortalidad materna en El Salvador ha sido constantemente menor que en Centroamérica y América Latina y el Caribe (ALC). Asimismo, la tasa de reducción es más del doble comparada con la reducción registrada en Centroamérica (18,1%) y ALC (20%) (ver figura 2-3). Estos resultados representan un logro importante con miras a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 relacionados con la salud infantil y mortalidad materna *(12)*.

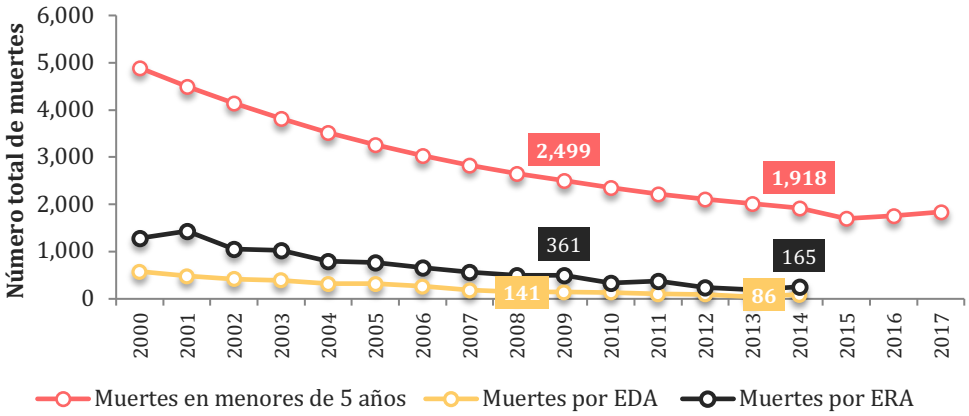
En revisión final

Figura 2-1. Tendencias en la esperanza de vida y la mortalidad infantil en El Salvador, 1990-2017



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA) de la OPS.

Figura 2-2. Mortalidad en menores de 5 años y mortalidad por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en El Salvador, 2000-2017



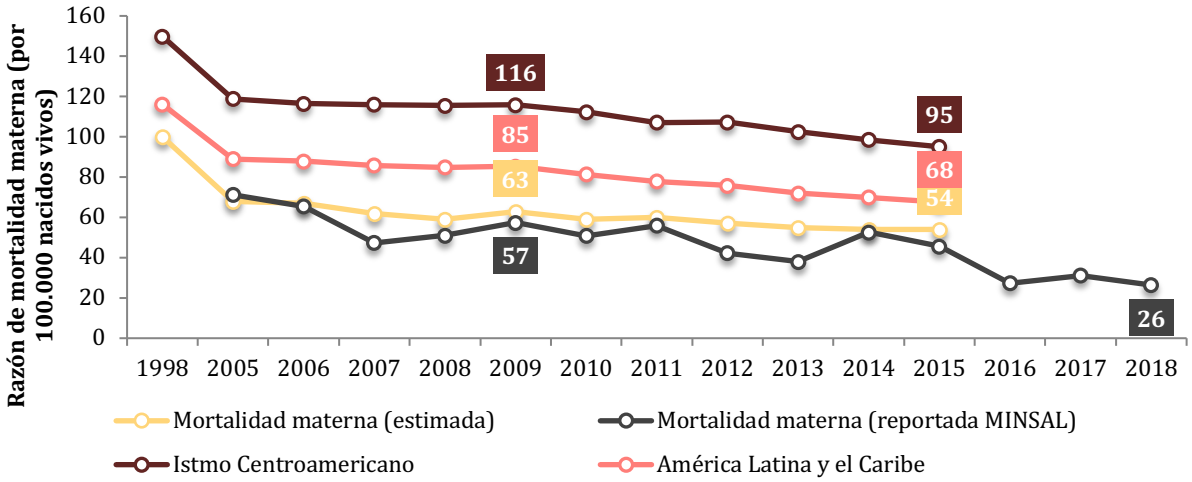
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA) de la OPS.

En revisión final

2.2 Mejoras en la equidad de los resultados en salud

La mortalidad materna e infantil disminuyeron en todos los departamentos, aunque a velocidades diferentes. Las desigualdades geográficas y socioeconómicas para la mortalidad materna mejoraron sustancialmente, y los departamentos de Ahuachapán, Morazán, Cabañas y Chalatenango son los que más mejoraron. Tradicionalmente estos departamentos han registrado la mayor prevalencia de pobreza extrema en El Salvador y en el 2009 mostraban la razón de mortalidad materna más alta. En el 2017, los departamentos más pobres experimentaron las mayores reducciones en mortalidad materna. En el cuartil más pobre, se observa una reducción significativa de la razón de mortalidad materna. (figura 2-4). Las mejoras en la utilización de servicios de salud materna y la implementación del modelo de atención en salud familiar y comunitario, priorizado en los departamentos más pobres del país, contribuyeron sustancialmente a estas mejoras, y se revisan en mayor detalle en otras secciones de este informe.

Figura 2-3. Razón de mortalidad materna en El Salvador, Centroamérica y América Latina y el Caribe, 1998-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA) de la OPS y Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

En revisión final

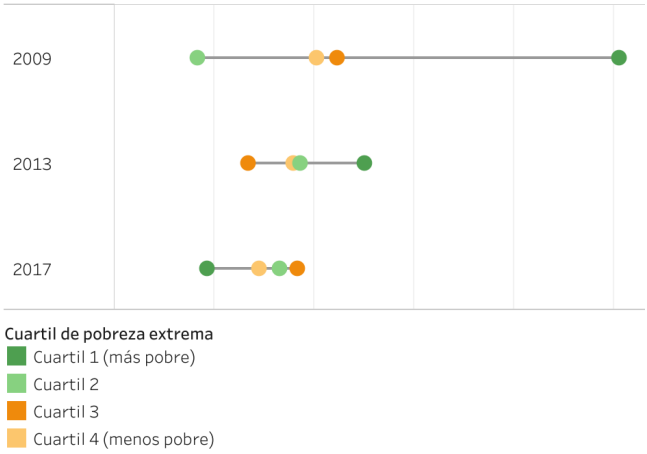
2.3. Contribución de la reforma a las mejoras en salud

Las mejoras en los resultados en salud y la equidad pueden atribuirse, al menos en parte, a desarrollos y políticas ajenos al sector salud, como las mejoras en las condiciones socioeconómicas y en el acceso al agua potable y alcantarillado. A pesar de la dificultad en atribuir cualquier cambio al sistema de salud existen evidencia y datos convincentes del papel que ha jugado el SNS en las mejoras de los resultados en salud y la equidad.

En primer lugar, las evaluaciones previas demuestran la contribución de la reforma del SNS a las mejoras en los resultados en salud. Por ejemplo, una evaluación de medio término de los ECOS familiares (ver detalles de los ECOS en el capítulo 4) evidencia una mejora en el acceso a los servicios de salud en los 102 municipios donde habían intervenido los ECOS en 2014, lo que redujo la mortalidad materna y disminuyó la probabilidad de muertes neonatales *(13)*. Los datos más recientes muestran una relación entre la reducción de la mortalidad materna y la implementación de los ECOS. En los departamentos con una mayor cobertura de los ECOS, esta disminuyó mucho más que en aquellos con menor cobertura, de 81,8 muertes a 25,2 por 100.000 nacidos vivos entre 2009 y 2017, comparado con 41,2 muertes a 29,4 por 100.000 nacidos vivos (figura 2-5). En el 2018, la brecha entre departamentos no priorizados y priorizados se habría revertido, alcanzando una diferencia en favor de los departamentos más prioritarios de 4,2 por 100.000 nacidos vivos (ver figura 2-5). Además, de acuerdo a la Figura 2-4, la gran brecha negativa de mortalidad materna

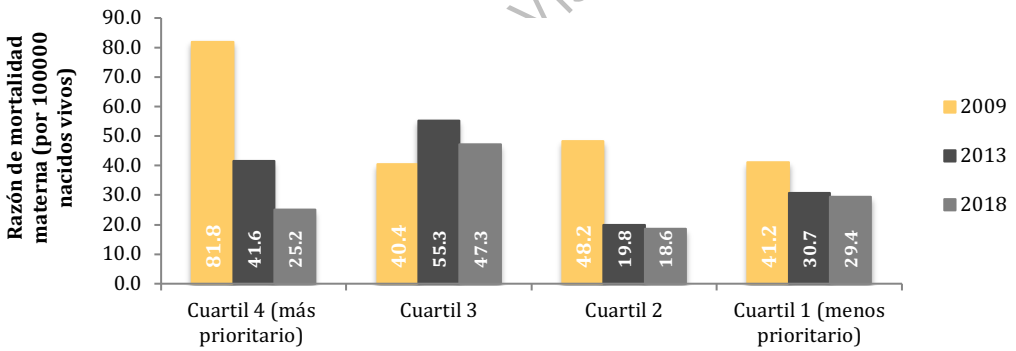
observada en 2009 entre los municipios mas pobres y los menos pobres (organizados en cuartiles de pobreza extrema), se transforma en una brecha positiva para el cuartil de municipios más pobres, que presentaron en 2017 menor tasa de mortalidad materna que el resto.

Figura 2-4. Mortalidad materna según porcentaje departamental de pobreza extrema, 2009-2017



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

Figura 2-5. Mortalidad materna según cobertura poblacional de los ECOS, 2009-2018



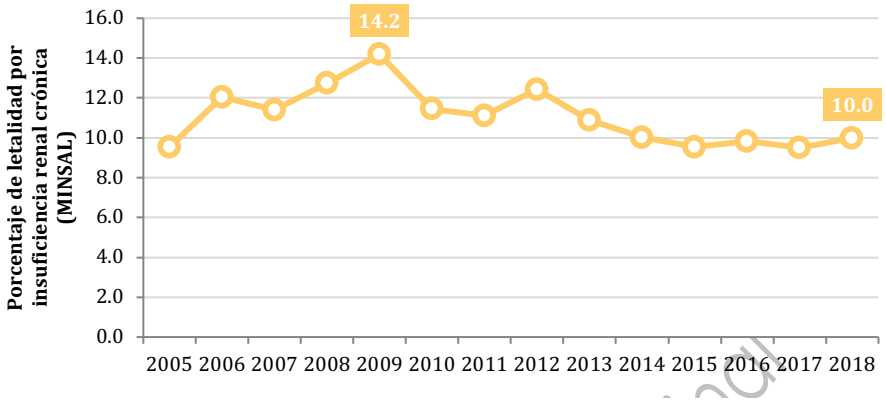
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

Otra forma de identificar la contribución del sistema de salud a las mejoras en salud es a través de las tendencias en mortalidad evitable, es decir, las muertes que pueden ser evitadas en presencia de servicios de salud accesibles y de calidad. La revisión de las tendencias en mortalidad infantil y materna que se han presentado en las secciones anteriores son un muy buen indicativo de la contribución del SNS a las mejoras de los resultados en salud. La revisión de la tasa de letalidad por insuficiencia renal crónica (IRC) representa otro indicador importante de mortalidad atribuible a la atención en salud, al considerarse un predictor independiente de mortalidad y morbilidad intrahospitalaria *(14)*. En efecto, la

Versión final

revisión de las tendencias de letalidad por IRC sugiere que el SNS ha tenido un papel importante en la mejora de los resultados de salud. Entre el 2009 y 2018, la tasa de letalidad por IRC se redujo de 14,2% a 10% (figura 2-6). En cambio, la tasa de letalidad por IRC presentaba una tendencia al aumento en el periodo precedente a la reforma, con un aumento entre 2005 y 2009 (ver figura 2-6).

Figura 2-6. Tasa de letalidad por insuficiencia renal crónica en la red pública de El Salvador, 2005-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

En revisión final

CAPÍTULO 3

Mejorar el acceso universal a la salud

El derecho a la salud, la equidad y la universalidad son principios fundamentales del proceso de reforma del SNS. Los Estados Miembros de la OPS definen el acceso universal a la salud como "la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud" *(11)*. La reforma del SNS ha intentado alcanzar este objetivo a través de la aplicación progresiva de la estrategia de APS integral, la expansión de la cobertura del SNS y el abordaje de la determinación social. El Salvador realizó el primer avance con la Constitución de 1983, que define la salud y el acceso a los servicios de salud como un derecho social de los salvadoreños. Más tarde, la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud de 2007 estipuló los lineamientos técnicos necesarios para dar cumplimiento al derecho constitucional a la salud. Este capítulo revisa cómo la reforma introducida en el 2009 ha traducido este derecho

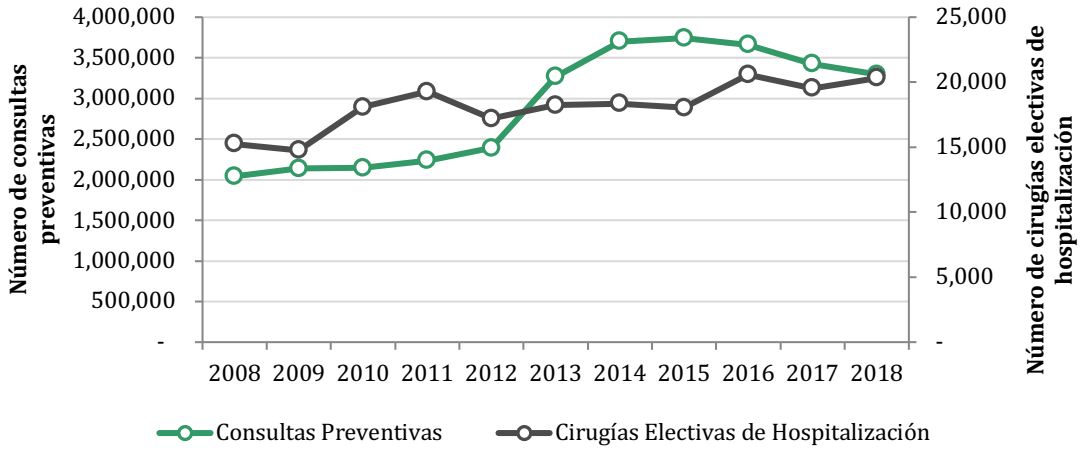
constitucional en un incremento en la utilización de servicios y en la reducción de las barreras de acceso.

3.1. Utilización de servicios en la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIIS)

Dado que más de 70% de la población salvadoreña es atendida por la red de servicios del MINSAL, el volumen de servicios ofrecidos en la red pública es un buen indicador de la realización del acceso. La expansión de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIIS) comentada en los capítulos anteriores se ha acompañado por un gran incremento en la oferta de servicios. Por ejemplo, entre 2009 y 2018 el volumen de cirugías electivas de hospitalización en hospitales departamentales se incrementó en 37.8%. Además, el número de consultas preventivas aumentó mucho más, en 61,4% (figura 3-1). La mayor parte del incremento en las consultas preventivas se debe a la implementación de los ECOS, que son parte fundamental de la reforma, como se muestra en la figura 3-2. En la figura 3-2A se puede ver que en el año 2018, la tasa de consultas preventivas fue mayor en los departamentos con mayor cobertura de ECOS, mientras que la figura 3-2B se ve que el aumento de la tasa de consultas preventivas registrada entre el 2008 y 2018 fue mayor en los departamentos con mayor cobertura de los ECOS, con la excepción de Santa Ana y La Libertad, en los que no se realizaron intervenciones.

En revisión final

Figura 3-1. Consultas preventivas y cirugías de hospitalización en la red pública, El Salvador, 2008-2018



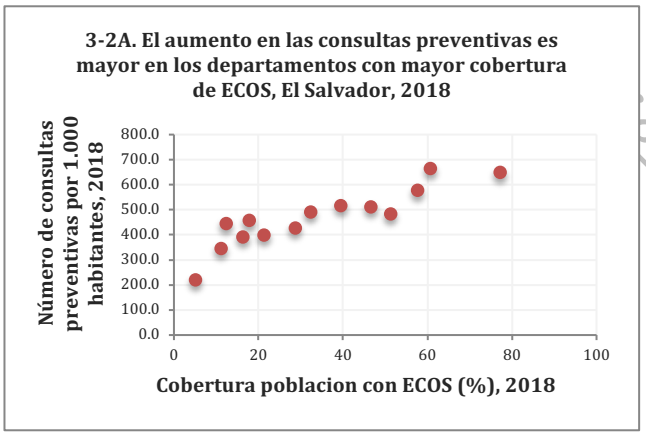
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

Figura 3-2. Tasa de consultas preventivas según el nivel de cobertura de ECOS, El Salvador, 2009-2018

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

Utilización de servicios según nivel socioeconómico de los departamentos

La expansión gradual de la oferta de servicios en los departamentos se ha alcanzado a través de la restructuración de la red y la priorización de los ECOS en los departamentos con mayor necesidad. Esta ampliación ha ayudado a mejorar de forma muy significativa la utilización de servicios preventivos en los departamentos con mayor prevalencia de pobreza extrema. En el 2018 todos los departamentos alcanzaron una tasa de consulta preventiva de entre 224 y 668 consultas por cada 1.000 habitantes (figura 3-3). El aumento en las tasas de utilización fue mucho mayor en los departamentos con mayor prevalencia de pobreza extrema, con una relación notable entre nivel de pobreza y aumento en la tasa de consultas (figura 3-4).



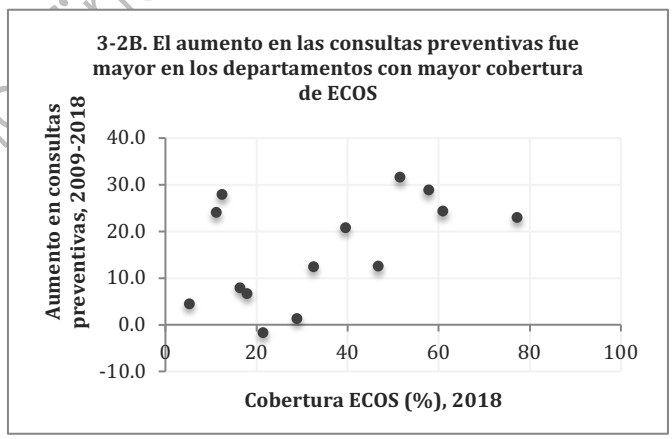
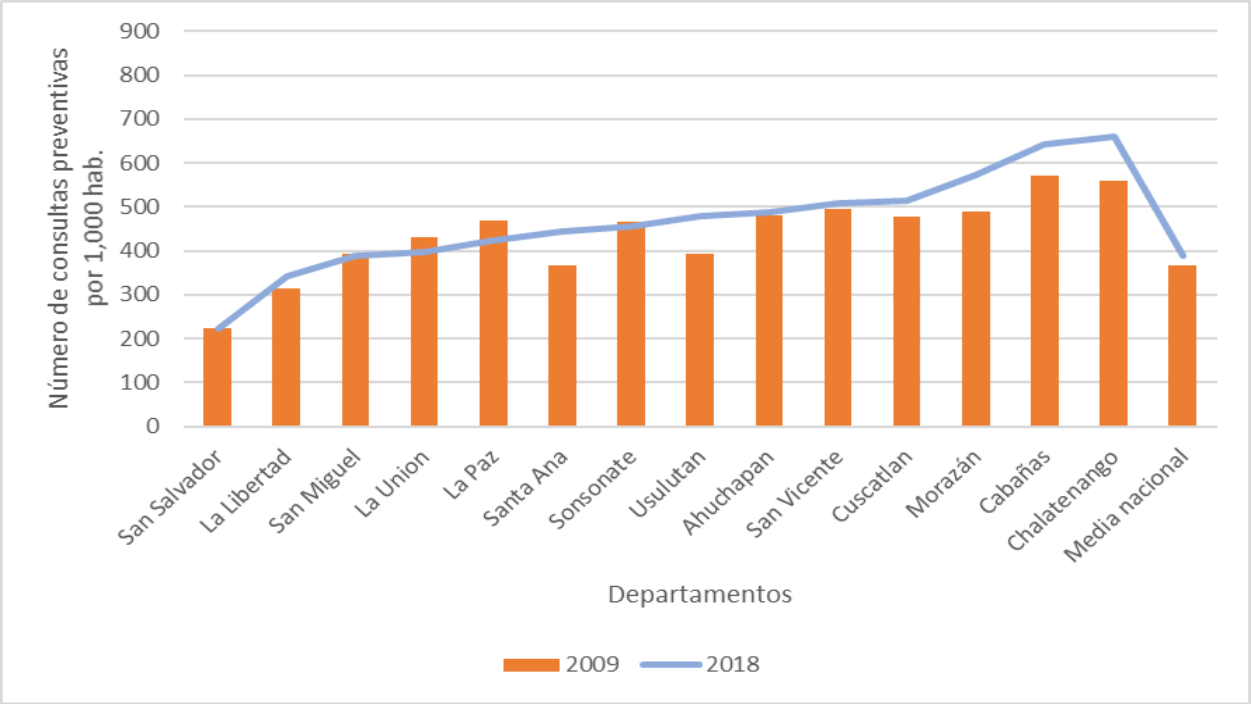
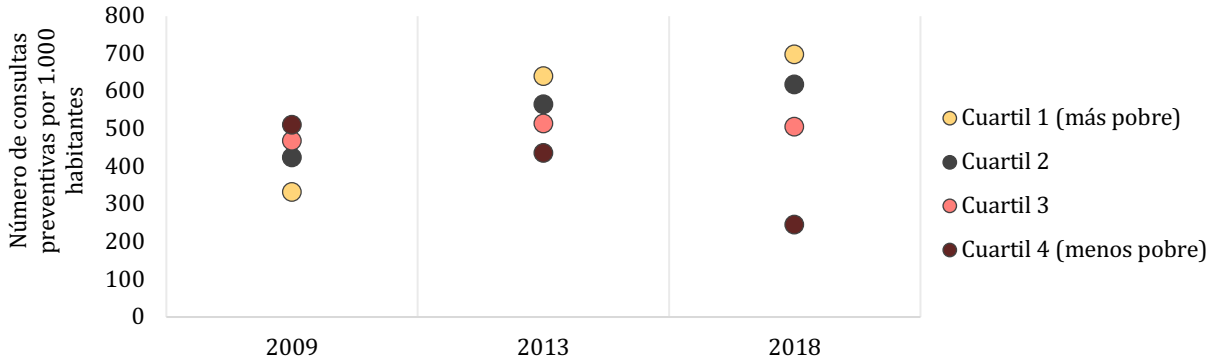


Figura 3-3. Consultas preventivas por 1.000 habitantes en la red pública por departamentos, El Salvador, 2009 y 2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

Figura 3-4. Consultas preventivas por 1.000 habitantes según cuartil de pobreza, El Salvador, 2009-2018

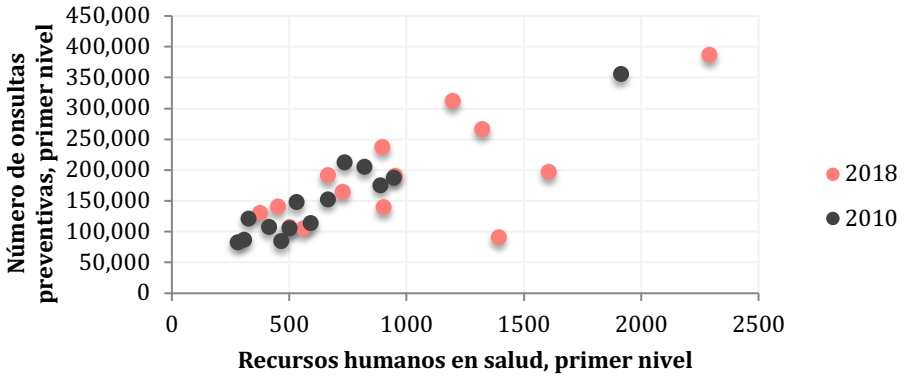


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

Aunque existen diferencias entre los distintos departamentos del país (ver la figura 3-4), los resultados demuestran notables avances en el incremento de las consultas preventivas, la expansión de la oferta de servicios y su priorización en los departamentos de mayor nivel de pobreza. Asimismo, la utilización de servicios preventivos aumentó principalmente en los establecimientos del primer nivel de atención a través de la implementación de los ECOS. Entre 2009 y 2018, la tasa de consultas preventivas del primer nivel de atención se

incrementó de 344 a 809 consultas por 1.000 habitantes, lo que representa un aumento de 135%. Dicho aumento guarda relación con el de la dotación de recursos humanos en los ECOS (figura 3-5).

Figura 3-5. Tasa de consultas preventivas en el primer nivel de atención según total de recursos humanos en el primer nivel de atención, El Salvador, 2010 y 2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

En revisión final

3.2. Utilización de servicios e intervenciones prioritarias

Los datos de encuestas nacionales muestran un panorama mixto en cuanto a la utilización de servicios e intervenciones prioritarias en El Salvador. Entre 2009 y 2017, la tasa de vacunación para la DPT presentó una reducción de 6,2%, mientras que el porcentaje de niños menores de 1 año vacunados contra la poliomielitis se incrementó en 4,2% (cuadro 3-1). Los resultados para los servicios de salud materna fueron más positivos. El porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal cualificado durante el embarazo se incrementó en 2,2% entre 2009 y 2017, mientras que los partos institucionales aumentaron de forma marcada en un 16,5% (ver cuadro 3-1).

Cuadro 3-1. Utilización de servicios e intervención prioritarias, El Salvador, 2009-2017

	2009	2013	2017		Cambio 2009-2017 (%)
Detección del cáncer cervicouterino	17,38	16,69	13,22		–4,16 (23,9%)
Demanda de planificación familiar insatisfecha (%)	11,5	10,9	10,5		–1 (8,7%)
Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos (%)	64,6	66,4	67,2		2,6 (4,0%)
Población gestante atendida por personal cualificado durante el embarazo [%]	95,1	96	97,2		2,1 (2,2%)
Partos atendidos por personal de salud cualificado	85	100	99		14 (16,5%)

Cobertura de inmunización en menores de 1 año (%) polio 3	91	90	95,0		3,9 (4,2%)
Cobertura con tres dosis de la vacuna DPT en el primer año de vida	90,6	92	85		−5,6 (6,2%)

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA) de la OPS.

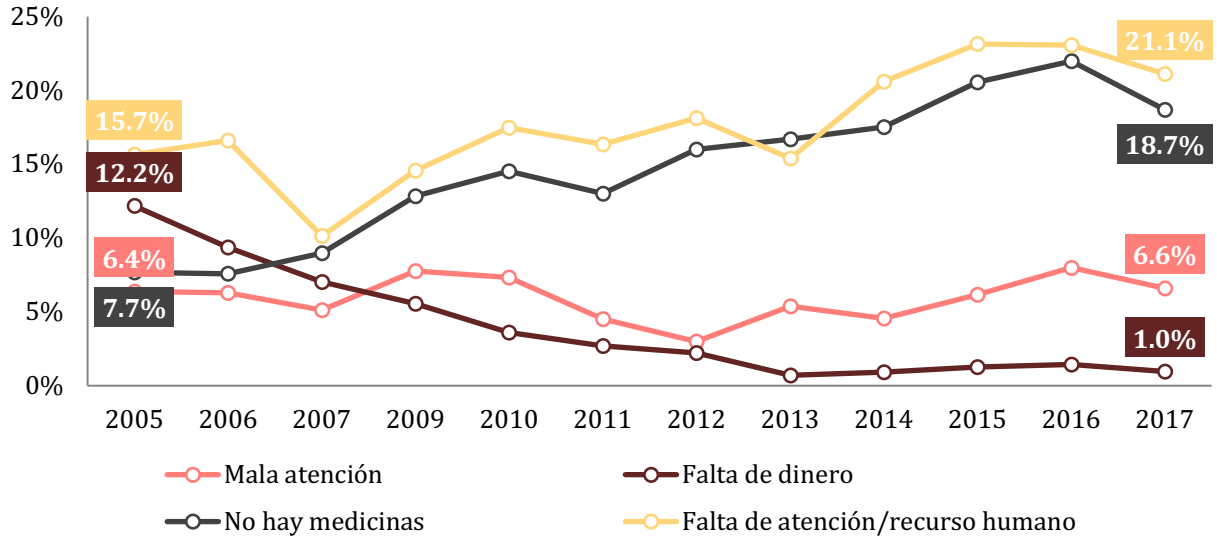
En cuanto a los servicios de salud reproductiva, entre 2009 y 2017 la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos se incrementó en 4,0%, y se redujo la demanda insatisfecha de planificación familiar en 8,7%. Por otra parte, la detección profiláctica del cáncer cervicouterino disminuyó en 23,9%, para el mismo periodo (ver cuadro 3-1).

3.3. Reducción y cambio en las razones para no utilizar servicios de salud

Otro indicador importante del acceso es la proporción de personas que no buscan servicios de salud cuando tienen una necesidad percibida de salud. Los datos de encuestas de hogar de El Salvador muestran que, en el 2016, 41,0% de salvadoreños reportó no utilizar servicios de salud cuando tuvo una necesidad percibida por la atención en salud. Esto representa una ligera reducción de 4,6% respecto al 2011. A pesar de la reducción poco aparente de la no utilización de servicios ha habido cambios muy importantes en las razones por las cuales la población no utiliza servicios de salud. Gracias a la eliminación de las "cuotas voluntarias" para el pago de servicios de salud, el porcentaje de hogares que reporta la falta de dinero (para pagar por servicios o transporte) como una razón para no buscar servicios de salud disminuyó drásticamente, entre el 2009 y 2018 (figura 3-6). Asimismo, se redujo el porcentaje de hogares que reportó una mala atención (personal poco cálido), como una razón para no utilizar servicios formales de salud.

En revisión final

Figura 3-6. Razones para no utilizar servicios de salud en El Salvador, 2005-2017



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de El Salvador.

En revisión final

Por otra parte, las razones relacionadas con la disponibilidad de recursos críticos en los establecimientos de salud se incrementaron desde 2009, la falta de recursos humanos aumentó 30,8% y de medicamentos 31%, convirtiéndose en las principales razones por las cuales los hogares no utilizan servicios formales de salud (ver figura 3-6). Los datos sugieren de forma contundente que el acceso ha mejorado, con una reducción marcada en las barreras de acceso de tipo económico y las relacionadas con la calidez de la atención. Al mismo tiempo, han aumentado las barreras de acceso relacionadas con la disponibilidad de recursos en los establecimientos de salud.

3.4. Calidad y eficiencia de los servicios de salud

Las hospitalizaciones por condiciones que pueden manejarse efectivamente en el primer nivel de atención son un importante indicador que permite trazar la calidad y eficiencia de los servicios, donde el porcentaje de hospitalizaciones por estas condiciones indica una limitada calidad de los servicios de primer nivel *(15)*. Las estimaciones de la magnitud de las hospitalizaciones evitables *(16)* muestran que entre 2016 y 2018, 19,6% de los egresos hospitalarios registrados correspondieron al grupo de las patologías susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención (cuadro 3-2).

El mayor número de egresos hospitalarios evitables corresponden al grupo de las gastroenteritis infecciosas y sus complicaciones (20,79%), seguidas de la diabetes mellitus (14,73%), en tercer lugar, las infecciones renales y de las vías urinarias (11,70%) y en cuarto

lugar las enfermedades de las vías respiratorias (10,85%). Estos cuatro grupos representan 58% de los egresos hospitalarios evitables (cuadro 3-3).

Cuadro 3-2. Hospitalizaciones susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención, red pública de servicios de salud de El Salvador, 2016-2018

	2016	2017	2018	Total 2016-2018
Total egresos	378.556	372.674	364.315	1.115.545
Hospitalizaciones susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención	74.379	73.851	70.861	219.091
Índice	**19,65%**	**19,82%**	**19,45%**	**19,64%**

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

Cuadro 3-3. Hospitalizaciones por condiciones susceptibles de cuidado en el en el primer nivel de atención por grupo de diagnóstico, El Salvador, 2016-2018

Grupos de diagnóstico	2016	2017	2018	Total	Peso porcentual
Grupo 1: Enfermedades prevenibles por vacunación	104	146	126	376	0,17%
Grupo 2: Condiciones evitables que incluyen fiebre reumática, sífilis, tuberculosis.	715	860	682	2257	1,03%
Grupo 3: Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	14.993	15.407	15.153	45.553	20,79%
Grupo 4: Anemia	289	326	296	911	0,42%
Grupo 5: Deficiencias nutricionales	628	514	380	1.522	0,69%
Grupo 6: Infecciones de oído, nariz y garganta	2.620	2.216	2.107	6.943	3,17%
Grupo 7: Neumonía bacteriana	1.636	2.432	1.614	5.682	2,59%
Grupo 8: Asma	4.361	3.849	3.634	11.844	5,41%
Grupo 9: Enfermedades de las vías respiratorias	7.921	8.996	6.863	23.780	10,85%
Grupo 10: Hipertensión arterial	3.527	3.377	3.391	10.295	4,70%
Grupo 11: Falla cardiaca congestiva	449	387	330	1.166	0,53%
Grupo 12: Insuficiencia cardiaca	1.902	2.049	2.146	6.097	2,78%
Grupo 13: Enfermedad cerebro vascular	1.756	1.956	1.999	5.711	2,61%
Grupo 14: Diabetes Mellitus	10.503	10.865	10.899	32.267	14,73%
Grupo 15: Epilepsia	2.118	2.032	2.100	6.250	2,85%
Grupo 16: Infecciones renales y de vías urinarias	9.359	7.822	8.442	25.623	11,70%
Grupo 17: Infecciones de piel y tejido celular subcutáneo	4.431	4.079	4.263	12.773	5,83%
Grupo 18: Enfermedad pélvica inflamatoria	508	541	522	1.571	0,72%
Grupo 19: Ulcera gastro intestinal	2.029	2.090	2.334	6.453	2,95%
Grupo 20: Enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	4.530	3.907	3.580	12.017	5,48%
Total	**74.379**	**73.851**	**70.861**	**219.091**	

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

El costo total estimado (17) de las hospitalizaciones evitables fue de 41.859.134 dólares estadounidenses, lo que equivale a 7,96% del costo total de la red y a 13,24% del costo de los servicios hospitalarios del país (cuadro 3-4).

Cuadro 3.4. Comparación de costos por grupos de diagnóstico, días de estancia en internación, días de estancia en la unidad de cuidados intensivos y costo total de internación, red pública del Ministerio de Salud de El Salvador, 2017

Grupos de diagnóstico	Días de estancia total	Días en la UCI	Días de internación	Costo de la UCI	Costo internación	Costo total
Grupo 1: Enfermedades prevenibles por vacunación	1.459	76	1.383	27.322	166.458	196.698
Grupo 2: Enfermedades prevenibles que incluyen fiebre reumática, sífilis, tuberculosis.	8.960	55	8.905	19.773	1.071.806	1,109.498

Grupo 3: Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	43.165	238	42.927	85.561	5.166.694	5,338.585
Grupo 4: Anemia	872	0	872	–	104.954	106.698
Grupo 5: Deficiencias nutricionales	5.899	13	5.886	4.674	708.439	724.910
Grupo 6: Infecciones de oído, nariz y garganta	5.819	0	5.819	–	700.375	712.013
Grupo 7: Neumonía bacteriana	14.672	1374	13.298	493.953	1.600.547	2.123.844
Grupo 8: Asma	12.869	138	12.731	49.611	1.532.303	1.607.652
Grupo 9: Enfermedades de las vías respiratorias	37.043	277	36.766	99.582	4.425.156	4.598.823
Grupo 10: Hipertensión arterial	11.671	167	11.504	60.037	1.384.621	1.468.000
Grupo 11: Fallo cardiaco congestivo	1.313	15	1.298	5.393	156.227	164.246
Grupo 12: Insuficiencia cardiaca	8.607	98	8.509	35.231	1.024.143	1.076.588
Grupo 13: Enfermedad cerebrovascular	12.518	503	12.015	180.829	1.446.125	1.651.990
Grupo 14: Diabetes mellitus	79.383	824	78.559	296.228	9.455.361	9.910.355
Grupo 15: Epilepsia	6.716	180	6.536	64.710	786.673	864.815
Grupo 16: Infecciones renales y de las vías urinarias	33.036	85	32.951	30.558	3.965.982	4.062.612
Grupo 17: Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	24.374	21	24.353	7.550	2.931.127	2.987.425
Grupo 18: Enfermedad pélvica inflamatoria	1.943	3	1.940	1.079	233.498	238.463
Grupo 19: Úlcera gastrointestinal	9.461	15	9.446	5.393	1.136.921	1.161.235
Grupo 20: Enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio	12.812	782	12.030	281.129	1.447.931	1.754.684
Total	332.592	4.864	327.728	1.748.608	39.445,342	**41.859,134**

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW) del MINSAL.

En revisión final

CAPÍTULO 4

Transformar el Sistema Nacional de Salud

En este capítulo se revisa la evidencia del alcance y la profundidad de las transformaciones realizadas para construir un sistema nacional de salud basado en la APS integral y la participación social y comunitaria. Estas modificaciones han tratado de mejorar la cobertura del SNS. La estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura de salud de la OPS definen la cobertura como "la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento". Por cobertura universal de salud se entiende "la existencia de los mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población".

Los resultados demuestran que se han realizado progresos significativos, principalmente en la expansión y reorganización de la oferta de servicios para adaptarlos a un modelo de atención integral, centrado en las personas y las comunidades, un primer nivel de atención fortalecido, en la introducción de la gratuidad de la atención en la red pública, con un incremento en el gasto del Gobierno en salud para priorizar la APS, y la introducción de distintos mecanismos institucionales para fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud y aumentar la coordinación y participación social en salud. Además, se han realizado mejoras significativas en la regulación de medicamentos, la disponibilidad y la distribución de

recursos humanos y la gobernanza intersectorial para formular e implementar políticas que aborden los determinantes sociales.

Por otra parte, en esta sección también se constata que la reforma del SNS es un proceso continuo que requiere la expansión y la consolidación de los cambios introducidos para tener un mayor impacto en el acceso y la salud de los salvadoreños. En particular, son necesarios una mayor inversión y un fortalecimiento de los mecanismos de gobernanza para lograr la expansión y consolidación de la red de servicios en todo el espacio nacional, con el aumento y la mejora de la disponibilidad de recursos humanos y de medicamentos en la red de servicios. En términos del ámbito de acción, por lo general los cambios introducidos se han limitado al sector público, con menor integración y coordinación entre los distintos subsectores. Esto representa un desafío importante para el futuro, en particular en la consolidación del rol rector del MINSAL, para conducir el proceso de reforma.

4.1. Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades

En revisión final

Para lograr el acceso universal a la salud es crucial la disponibilidad de servicios de salud de calidad y oportunos, con especial énfasis en que los servicios del primer nivel de atención estén disponibles para responder de forma adecuada, con equidad y eficiencia a las necesidades de salud de la población y las comunidades *(11, 18)*. Para ello, la reforma iniciada en el año 2009 abordó varias deficiencias que limitaban la capacidad de respuesta de los servicios de salud a la morbilidad y mortalidad crecientes, incluidos las inequidades en la cobertura y acceso a los servicios, las infraestructuras insuficientes y deterioradas (principalmente en las zonas rurales y más pobres del país), la fragmentación y la baja calidad en la provisión, el predominio del énfasis en el área curativa y las escasas intersectorialidad y participación comunitaria en materia de salud.

4.1.1. Expansión y reorganización de la Red Pública de Servicios

Desde el inicio de la reforma del SNS en el 2009 se han realizado cambios notables en la organización de la provisión de servicios de salud. Uno de los más significativos es la implementación del modelo de atención en salud familiar y comunitaria a través de la creación de los ECOS familiares y ECOS especializados. El modelo de atención previo a la reforma implicaba problemas como una disponibilidad inadecuada de servicios, principalmente en las zonas rurales y más pobres del país, una distribución geográfica inequitativa, poco o ningún involucramiento de la comunidad, falta de profesionales de salud, barreras de acceso a los servicios y énfasis prioritario en los servicios curativos. La estrategia de ECOS, que forma parte integral de la reforma del SNS, se planteó como el principal mecanismo para el fortalecimiento del primer nivel de atención y la eliminación de

barreras económicas, geográficas y culturales que impedían a la población salvadoreña acceder a servicios de salud de calidad, y de calidez *(19)*.

Recuadro 4-1. Estrategia de atención primaria de salud integral (APSI) y el Programa ECOS

El Programa ECOS se diseñó para ofrecer servicios de primer nivel de atención integrales con un enfoque familiar y comunitario. El Programa ha privilegiado la identificación y el abordaje temprano de los riesgos y los determinantes de la salud, la prevención y la continuidad de la atención. A nivel local, la provisión de servicios de salud se realiza a través de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), de los ECOS de Salud Familiar (ECOS familiares) y de los ECOS especializados. Los primeros están integrados por tres profesionales de la salud (medicina, enfermería y auxiliar de enfermería) y por personal promotor de la salud. Cada equipo se organiza por áreas geográficas y es responsable de 600 familias (3.000 personas) en las áreas rurales y de 1.800 familias (9.000 personas) en las urbanas. Los ECOS especializados están formados por un mínimo de doce profesionales de la salud (pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna, fisioterapia, educación para la salud, nutrición, psicología, enfermería, auxiliar de enfermería), dos laboratoristas clínicos y tres o cuatro profesionales de odontología, según el área. Estos equipos están a cargo de un promedio de 30.000 habitantes en las áreas rurales y de 42.000 en las urbanas y se complementan con un hospital de segundo nivel de atención.

El trabajo de los ECOS familiares se centra principalmente en la promoción y prevención, con actividades regulares de acercamiento y presentación a las familias y organizaciones comunitarias del área de responsabilidad. Cada equipo debe identificar, junto a la comunidad y con la ayuda de los líderes formales e informales, los determinantes de la salud de la población a su cargo y clasificar a las familias según riesgos con el fin de planificar de actividades continuas. Los ECOS familiares y especializados proveen un conjunto de 145 prestaciones distribuidas en seis tipos diferentes de actividades: ***1)*** promoción y educación en salud, ***2)*** atención preventiva, ***3)*** detección y diagnóstico, ***4)*** atención de eventos especiales, ***5)*** atención de enfermedades y ***6)*** rehabilitación de la salud. A nivel regional, la gestión y monitoreo está a cargo del Sistema Básico de Salud Integral (SISABI), que también está coordinado con los hospitales generales y regionales de la red.

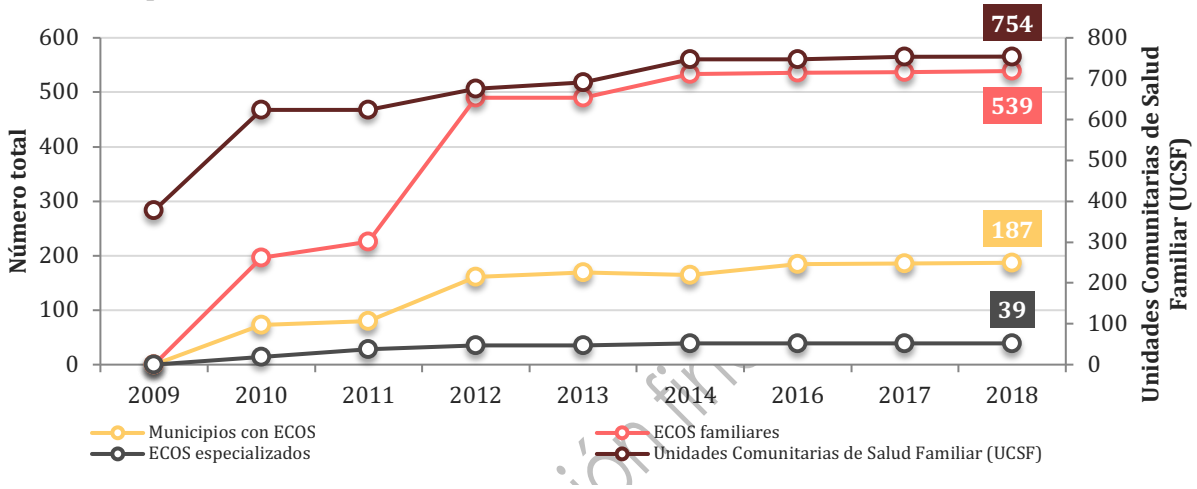
Fuente: IDEA Internacional, ADEPRO. Consultoría para la evaluación de medio término de los equipos comunitarios de salud familiares – ECOS. El Salvador, 2014. Disponible en: http://www.sne.gob.sv/apps/evaluacion/Download2.aspx?id=29

Desde su implantación en el 2010, la capacidad del sistema para ofertar el modelo de atención integral de salud familiar-comunitaria se ha expandido de forma significativa, con la formación de 539 ECOS familiares y 39 ECOS especializados. Además, se ha registrado un crecimiento desde 377 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) en 2009 a 754 en 2018 (figura 4-1). El número de ECOS ha crecido rápidamente. Entre el 2010 y el 2018 su presencia aumentó a más de 71% de los municipios de El Salvador (187 municipios), y cubría a 1,5 millones de personas, o 22,19% de la población salvadoreña. Se priorizó la expansión de los ECOS a los municipios más pobres y de menor estado socioeconómico del país. Esta ampliación se aprecia claramente en la figura 4-2, que muestra la cobertura de los ECOS según el nivel de pobreza de cada departamento. En la actualidad, los ECOS están funcionando principalmente en los municipios de mayor pobreza.

A pesar del ímpetu y la expansión de los ECOS, su crecimiento a través del territorio nacional ha sido lento y desigual. La meta proyectada inicialmente en el 2009 de 1.598 ECOS familiares y 142 ECOS especializados ha alcanzado 33,7% y 27,4% de los ECOS proyectados, respectivamente, en el momento de redactarse este informe, lo que da como resultado una

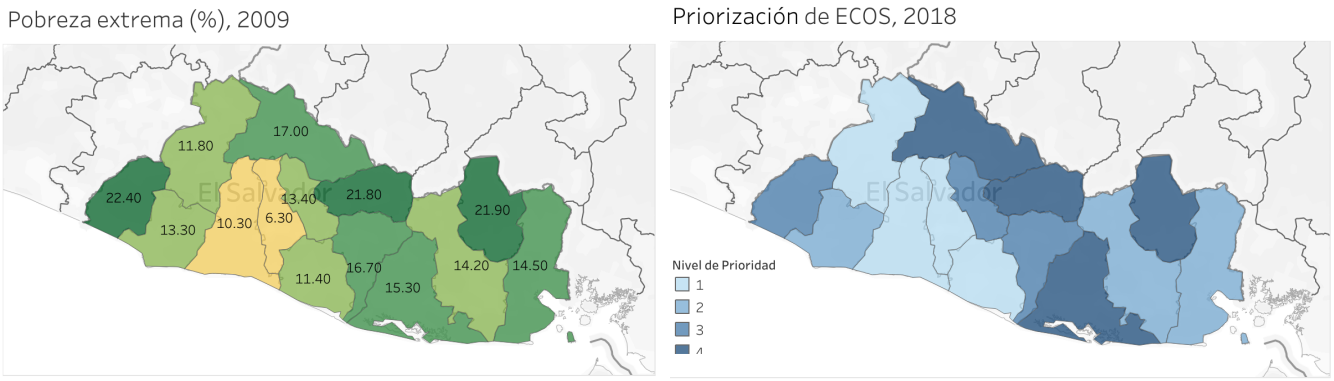
cobertura nacional de ECOS de 22,2% de la población. Una de las principales razones es la reducción del financiamiento externo que permitió iniciar el proceso de reforma en el 2009, sumado a la presión fiscal que dificulta el aumento de la inversión en el sector salud. Otra razón es la readecuación de la estrategia en los territorios de mayor densidad poblacional y desarrollo donde las características demográficas, epidemiológicas y la cobertura de servicios implicaron ajustar las estimaciones iniciales disminuyendo el número de ECOS y definir un modelo de salud urbana para el abordaje sectorial e intersectorial.

Figura 4-1. Expansión de la Red de Servicios de Salud, El Salvador, 2009-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

Figura 4-2. Mapas de pobreza extrema y cobertura de los ECOS por departamentos, El Salvador, 2009 y 2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

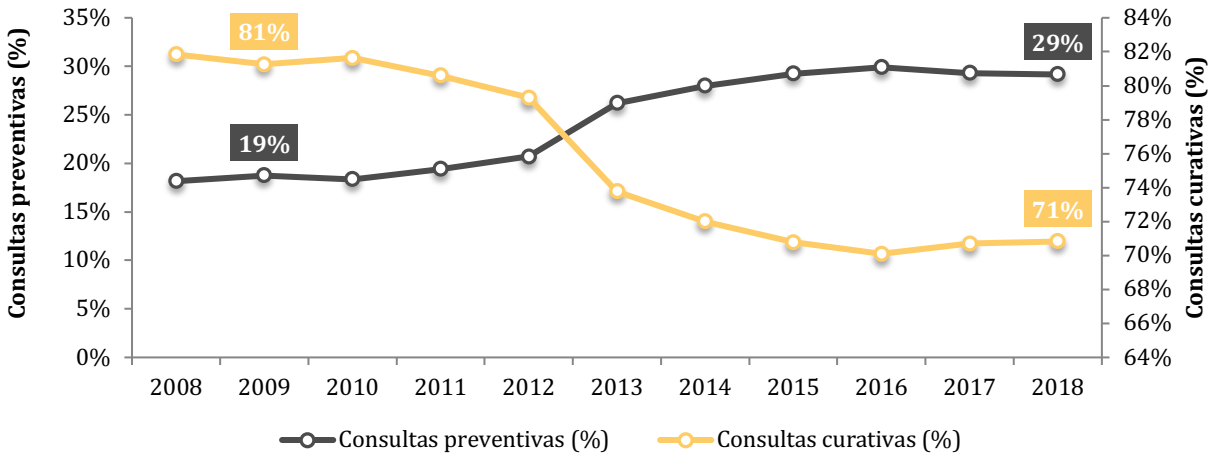
4.1.2. Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de la red pública de servicios

En los capítulos anteriores se ha mostrado la evidencia de la mejora en el acceso a los

servicios y los resultados en salud en los departamentos con mayor cobertura de los ECOS, con una reducción de la mortalidad materna y mejoras en el acceso a servicios de salud preventivos. Además, la implementación del modelo de atención familiar y comunitario ha tenido un efecto positivo en la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, así como en el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de la red de servicios.

En primer lugar, entre 2009 y 2018 las consultas preventivas aumentaron de un 19 a un 29% su peso sobre el total de consultas en la red pública (figura 4-3). El incremento de la utilización de servicios preventivos a expensas de los curativos indica el aumento en el énfasis en la APS desde 2009 a través de la implementación de los ECOS. Además de la expansión de los servicios de prevención, la reforma del SNS también ha tratado de mejorar la capacidad resolutiva y la eficiencia de los hospitales de la red pública. Esto se refleja en las tendencias de las cirugías electivas ambulatorias, que aumentaron 240% en los hospitales departamentales y los hospitales básicos de la red (nivel de complejidad I y II, respectivamente) entre 2009 y 2018 (figura 4-4). Además, este incremento duplicó el de los hospitales regionales, cuyo aumento para el mismo periodo fue de 142% (ver figura 4-4).

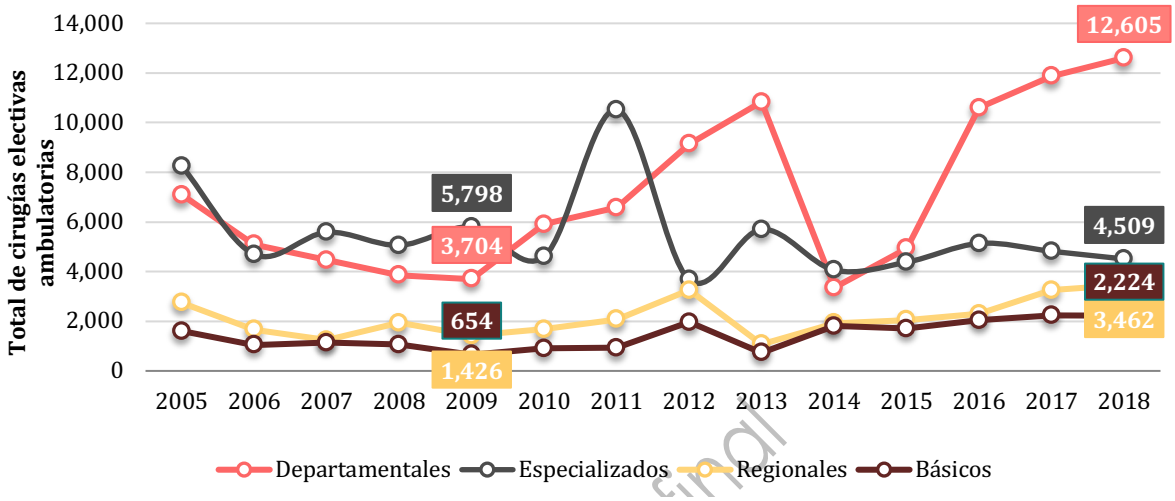
Figura 4.3. Porcentaje de consultas preventivas y curativas en la red pública de El Salvador, 2008-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

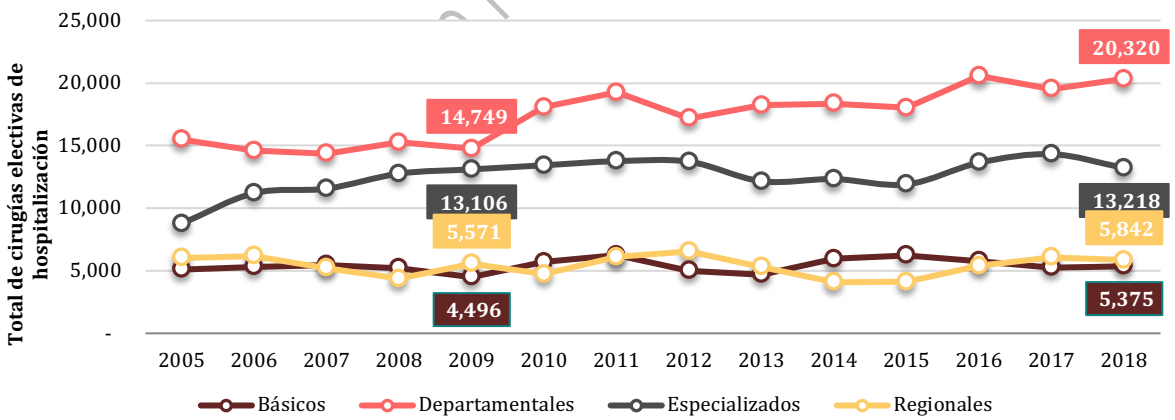
Las tendencias en el número de cirugías electivas de hospitalización también muestran un aumento en la capacidad resolutiva de los hospitales de menor complejidad. Entre 2009 y 2018 estas aumentaron 37,8% en los hospitales departamentales y 19,6% en los básicos (ver figura 4.5). Por otra parte, en los hospitales especializados y en los regionales (nivel de complejidad III y IV, respectivamente) este aumento fue solo de 0,8% y 4,8%, respectivamente.

Figura 4-4. Número de cirugías electivas ambulatorias en la red pública de El Salvador, 2008-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

Figura 4-5. Número cirugías electivas de hospitalización en la red pública de El Salvador, 2008-2018

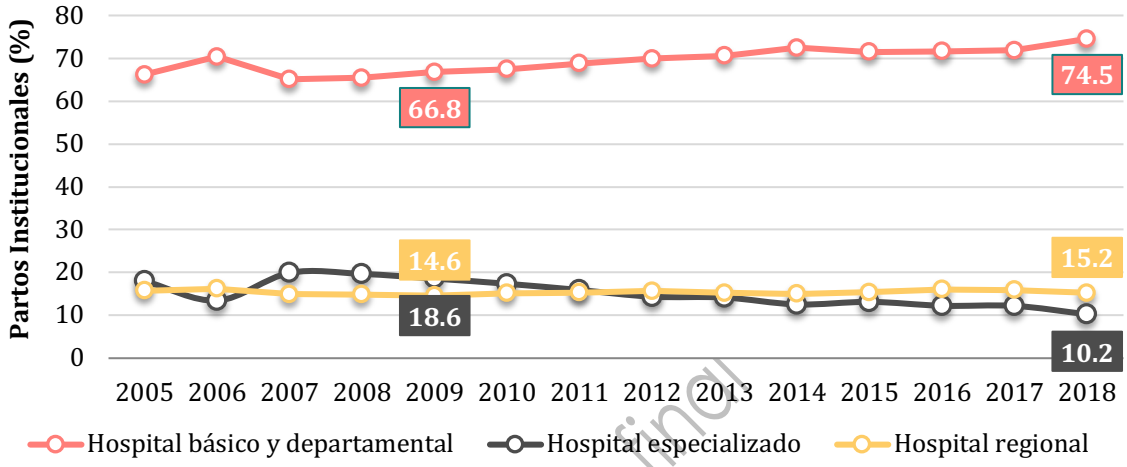


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

Las mejoras en la capacidad resolutiva de la red de servicios también se evidencian por las tendencias en los partos institucionales. En el 2018, 74,5% de los partos institucionales se atendieron en hospitales básicos y departamentales, en comparación con 66,8% en el 2009 (figura 4-6). Esto representa un aumento de 7,7 puntos porcentuales durante el periodo de

análisis. Comparativamente, los partos institucionales en hospitales especializados disminuyeron en 8,3 puntos porcentuales y en los hospitales regionales aumentaron solo 0,6 puntos porcentuales (ver figura 4-6).

Figura 4-6. Porcentaje de partos institucionales en la red pública de El Salvador, 2008-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

En revisión final

4.2. Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza

La reforma impulsada a partir del año 2009 estipuló distintos objetivos y principios que tuvieron una influencia directa en la rectoría y la gobernanza del SNS. Para los propósitos de este informe, la rectoría se entiende como "la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud". Por gobernanza se entienden "los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud" *(20).* Los resultados más importantes se relacionan con el establecimiento y el avance del derecho a la salud, y el establecimiento tanto de la participación social en salud como de instituciones y mecanismos para la coordinación y organización de recursos críticos del sistema de salud.

4.2.1. Establecimiento del SNS y garantía del derecho a la salud

Garantizar el derecho a la salud de todos los salvadoreños es un elemento central a la creación del SNS y el proceso de reforma liderado desde ese momento. Este emerge de los movimientos comunitarios iniciados desde finales de la década de 1970 hasta principios de la de 1990 que demandaban derechos sociales y políticos de la población *(1)*. La garantía del derecho a la salud avanza con la promulgación de la Constitución de la República de 1983 que establece la garantía al goce a la salud y el acceso a dichos servicios como un derecho social. En 2007, la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) (26) estableció los lineamientos técnicos para dar cumplimiento a la garantía constitucional del derecho a la salud a través del desarrollo de un modelo de salud enfocado en el grupo familiar para la promoción de la salud y prevención.

El derecho a la salud ha sido operacionalizado con la Estrategia Nacional de Salud para los periodos de 2009-2014 y 2015-2019 a través de tres principios generales: *1)* expansión de la red pública de servicios a las zonas rurales y más pobres, donde el acceso era casi inexistente; *2)* rechazo a la privatización de la salud mediante la eliminación de todo costo económico en la red pública de salud, y *3)* reconocimiento y abordaje de la determinación social en salud a través de un modelo de salud familiar y comunitario y del fortalecimiento de la coordinación intersectorial *(1)*.

En revisión final

4.2.2 Fortalecimiento de la participación social en salud

La participación social en salud es uno de los principales objetivos de la reforma del SNS. Una de sus mayores fortalezas precisamente radica en la creación y el fortalecimiento de mecanismos para asegurar la participación de la población en la toma de decisiones, así como en la identificación y el abordaje de los determinantes de su salud. La trayectoria de la participación social en salud en El Salvador se inicia a partir de la década de 1970 con la aparición de movimientos populares que abogaban por los derechos sociales de la población, y cuyas experiencias continuaron durante el conflicto armado que vivió el país entre 1980 y 1992, y posteriormente. A finales de la década de 1990, el sistema de salud salvadoreño mantenía un modelo centralista, excluyente y restrictivo del ejercicio democrático en la toma de las decisiones *(21).*

No obstante, la consolidación y las acciones de las organizaciones sociales y gremiales en El Salvador han tenido una gran influencia en el tipo de participación social adoptado durante el proceso de reforma del SNS. Como resultado, la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud y la Política Nacional de Salud han tratado de fomentar la participación ciudadana a partir de la creación del Foro Nacional de Salud (FNS) en el 2009, un espacio permanente de consulta y participación de la sociedad civil independiente del MINSAL. La reforma ha promovido la consolidación de las bases territoriales del FNS y el impulso de la Política Nacional de Partición Social en Salud promulgada en el 2009 *(21)* con la creación de

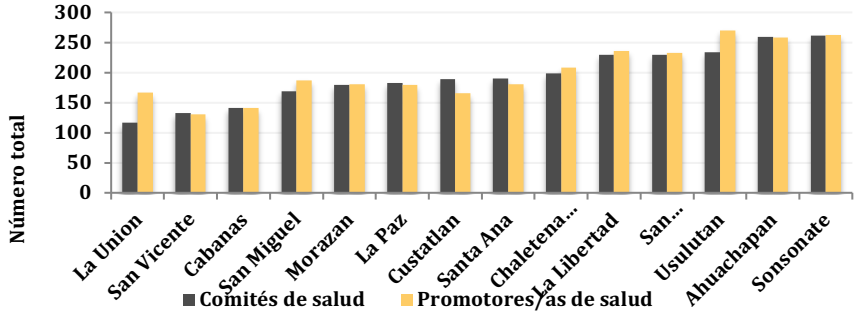
asambleas comunitarias para la participación y la contraloría social. En el 2018, el FNS contaba con la participación en 40 microrredes de salud que daban cobertura en 94 municipios de 14 departamentos del país, así como en 14 RIIS departamentales y en 19 hospitales nacionales. Asimismo, disponía de 8 comités departamentales y de 810 comités comunitarios.

En total, el SNS cuenta con 2.714 comités de salud creados en los 14 departamentos del país (figura 4-7), coordinados, entre otros organismos comunitarios, por Salud Comunitaria del MINSAL, el FNS, PROVIDA y ASMUJERES. A través de los comités de salud se ha fomentado la participación de la comunidad tanto en actividades de contraloría social en el uso de los recursos públicos, como en la definición de políticas de salud y de planes para su implementación. Entre estos últimos se encuentran la Política Nacional para la Salud de los Pueblos Indígenas, la Política de Salud Sexual y Reproductiva y los planes estratégicos para reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal. Asimismo, el FNS ha coordinado el análisis colectivo de diagnósticos socioculturales y mapas de riesgos que elaboran los equipos de salud comunitarios y las poblaciones locales, cuyo propósito desarrollar planes de trabajo participativos para buscar soluciones a los problemas de la comunidad. Con el fin de contribuir al abordaje de la determinación social, el FNS tiene participación permanente en los espacios del Gobierno que realizan trabajo intersectorial.

En revisión final

Este proceso participativo se ha evidenciado a través del funcionamiento de diversas estructuras e instancias de participación. Entre ellos destacan los comités de contraloría social en los hospitales y los diferentes niveles de consejos de gestión de las redes de salud municipal e intermunicipal, departamental, regional y nacional creadas a partir de la Reforma.

Figura 4-7. Número de comités de salud y promotores de salud por departamento, El Salvador, 2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

4.2.3. Consolidación del modelo de atención familiar y comunitaria

El Plan del Gobierno 2009-2014, Construyendo la Esperanza, estableció los lineamientos generales para avanzar hacia un sistema nacional de salud unificado, basado en una estrategia de APS integral a través de la reorganización de los servicios en una Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIIS) del MINSAL y el desarrollo de recursos humanos en salud para un sistema de salud universal y equitativo. La RIIS tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población y garantizar el acceso a los servicios de salud, acercándolos al lugar de residencia, principalmente de la población que vive en condiciones de exclusión social. En ese marco institucional destaca el esfuerzo para abordar las barreras de acceso a la salud integral de la población a través del fortalecimiento del primer nivel de atención con la implementación de los ECOS (ver recuadro 4.1).

La RIISS se organizó según los niveles de atención y la complejidad resolutiva en 68 microrredes municipales e intermunicipales, 13 redes departamentales y cinco redes regionales que conforman la Red Nacional de Servicios de Salud. El primer nivel de atención se configuró como parte de la RIIS y como el encargado de desarrollar un nuevo modelo de atención integral de salud familiar-comunitaria, donde la provisión de servicios se realiza a través de las UCSF, los ECOS familiares y los ECOS especializados, con base territorial y articulación con la red de servicios, orientado a los grupos de población más vulnerable. Por otra parte, con la reforma del SNS se establece en las áreas urbanas el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) para dar respuesta a la creciente mortalidad relacionada con la violencia, los accidentes y otras emergencias médicas, aumentar la sobrevivencia a estos episodios y reducir las secuelas permanentes asociadas a ellos.

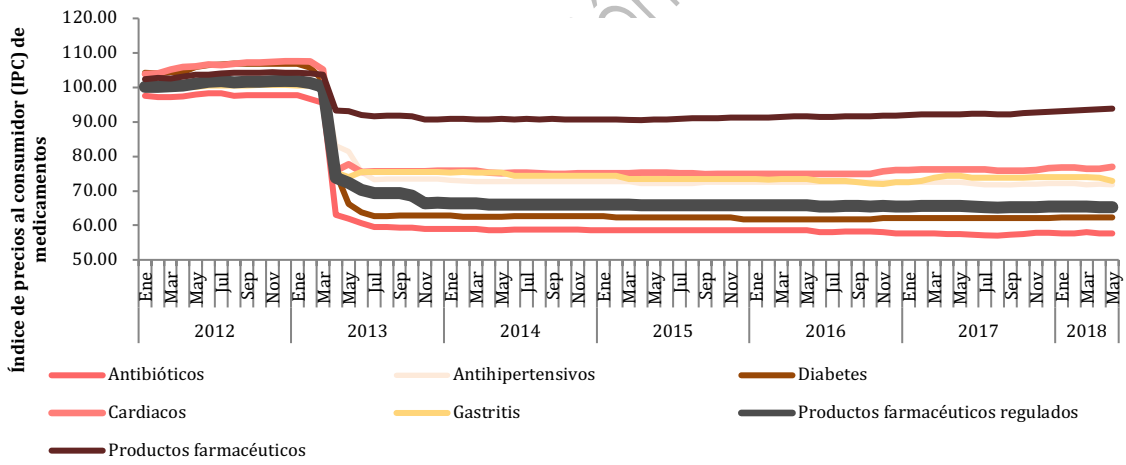
La Estrategia Nacional de Salud de 2009-2014 y 2014-2019 intentó reforzar el rol rector del MINSAL para expandir la cobertura y el acceso a servicios de salud en las zonas rurales y más pobres donde el acceso era casi inexistente, reducir las inequidades en el acceso, mejorar la calidad de los servicios y reforzar los sistemas y gestión de información para aumentar y mejorar el monitoreo y vigilancia de la capacidad del ministerio. Para ello, el modelo integrado de salud se estructuró en tres niveles de técnicos-administrativos de planificación, conducción y gestión (superior, regional y local). A nivel superior se definió una nueva estructura organizativa con la creación de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención (DNPNA), a cargo de conducir la implementación de los servicios de salud del primer nivel de atención del nuevo modelo de atención familiar y comunitario a través del monitoreo, supervisión y evaluación de los niveles regional y local *(22)*. A nivel regional se establecieron las Direcciones Regionales de Salud con responsabilidad y autonomía en la definición de lineamientos técnicos para gestionar y controlar los recursos asignados al primer nivel de atención. A nivel local se desarrolló el Sistema Básico en Salud Integral (SIBASI), responsable de coordinar y supervisar la provisión de los servicios de salud del primer nivel de atención en los territorios y la coordinación con los hospitales Básicos y Departamentales *(13)*.

revision final

4.2.4. Coordinación y organización de recursos críticos del Sistema Nacional de Salud

Medicamentos y tecnologías sanitarias: durante el proceso de reforma del SNS se han realizado importantes esfuerzos para mejorar la regulación y el acceso a los medicamentos y las vacunas, que se evidencian con la promulgación de la Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios en 2012. Su objetivo explícito es asegurar el acceso, el registro, la calidad, la disponibilidad, la eficiencia y la seguridad de los medicamentos, proporcionando el mejor precio posible y promoviendo su uso racional. Asimismo, se establece la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) como entidad autónoma a cargo de la implementación de la Ley *(23)*. A través de la Ley de Medicamentos, la DNM se ha encargado de regular los precios de los medicamentos, que se inició a principios del 2013 y resultó en una caída de 35,9% en el índice de precios al consumidor (IPC) de los medicamentos regulados (figura 4-8). Esta reducción representó además un ahorro de 60 millones de dólares estadounidenses durante el primer año de la regulación. Dentro del grupo de medicamentos regulados, los antibióticos tuvieron la mayor reducción en el IPC (41%), seguidos de los medicamentos para la diabetes (41%), los antihipertensivos (29%), los medicamentos cardiacos (28%) y para la gastritis (27%) (ver figura 4-8).

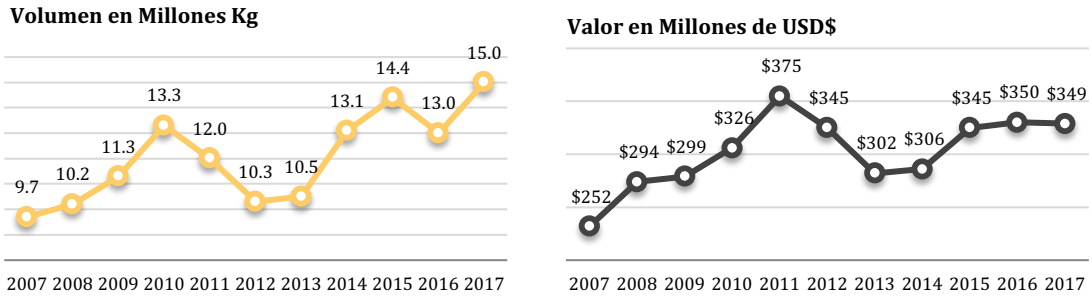
Figura 4-8. Índice de precios al consumidor de los medicamentos en El Salvador, 2012-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Dirección Nacional de Medicamentos y Productos Sanitarios de El Salvador.

La Ley de Medicamentos también contempló mejorar el abastecimiento de medicamentos. Los datos de las importaciones muestran que entre 2013 y 2017 el volumen anual promedio de importaciones aumentó en más de 42%. Asimismo, el valor anual promedio de las importaciones se incrementó en más de 15% (figura 4-9). Esto indica que la población ha tenido un mayor acceso a un precio más bajo y que el mercado también creció después de la regulación.

Figura 4-9. Importaciones de medicamentos, El Salvador, 2007-2017



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Dirección Nacional de Medicamentos y Productos Sanitarios de El Salvador.

Una de las medidas para asegurar la disponibilidad de medicamentos e insumos impulsados por la Reforma fue la creación de la Red Nacional de Bancos de Sangre con el fin de asegurar los hemocomponentes necesarios para la atención en los centros hospitalarios. El MINSAL durante el periodo previo al 2009 dependía por completo para su abastecimiento de la Cruz Roja Nacional. Al organizar su propia red de bancos de sangre ha logrado autoabastecer y suplir el cien por cien de sus necesidades. Con ello ha logrado aplicar el Código Rojo para el control de las muertes maternas por complicaciones durante el parto, un factor estratégico en los logros observados en la reducción de la razón de mortalidad materna.

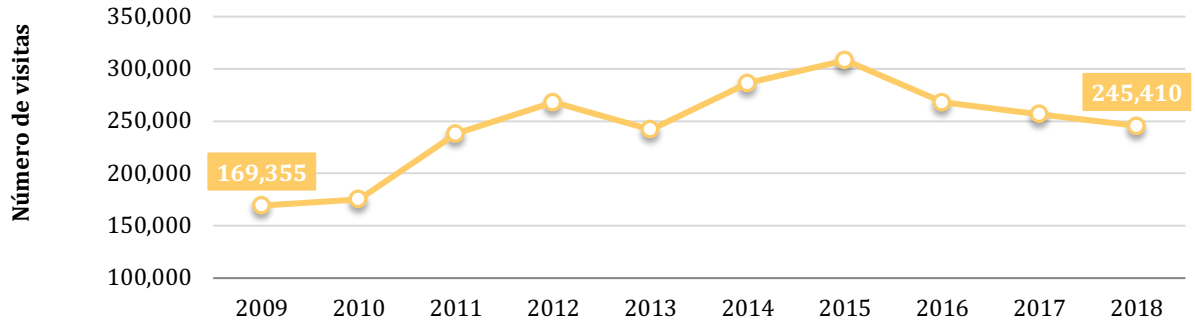
A pesar de los avances en el acceso a tecnologías de tratamiento, la población cubierta y atendida por el MINSAL no recibió tratamientos de radioterapia y braquiterapia hasta el 2017, cuando se introdujo esta tecnología de tratamiento sin costo alguno para la población atendida por tumores malignos. De igual forma se inició la desconcentración de tratamientos para pacientes de insuficiencia renal crónica mediante la ampliación de los servicios de hemodiálisis, diálisis peritoneal ambulatoria y diálisis peritoneal continua domiciliaria en las regiones de salud con mayor afectación por esta patología en el oriente y occidente del país.

Recursos humanos para la salud: el desarrollo de recursos humanos para la salud ha sido otro de los ejes centrales al proceso de reorientación del SNS hacia la APS. Desde 2009 se han establecido programas de planificación de recursos humanos y capacitación de gestores y equipos técnicos con miras a apoyar la organización y provisión del modelo de atención familiar y comunitario basado en la estrategia de APS integral. La ejecución de estos programas fue posible gracias al fortalecimiento de la capacidad institucional del MINSAL a través del establecimiento de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos en el 2013, a cargo de conducir y liderar los distintos procesos de gestión del trabajo y educación de los recursos humanos *(24)*. Algunas de las estrategias para el cumplimento de estos objetivos son el establecimiento de mecanismos de comunicación y cambios en la cultura organizacional. La evidencia disponible muestra logros importantes, principalmente en la introducción de buenas prácticas para transformar el modelo de atención hacia un enfoque

En revisión final

familiar y comunitario, la provisión del cuidado integral, y el trabajo en equipo, interdisciplinar e intersectorial efectivo *(24)*. Esto último se evidencia y ejemplifica por el aumento de 44,9% en el número de visitas domiciliares para el control del embarazo entre 2009 y 2018 (figura 4-10).

Figura 4-10. Visitas para seguimiento domiciliario de mujeres embarazadas, El Salvador, 2009-2018

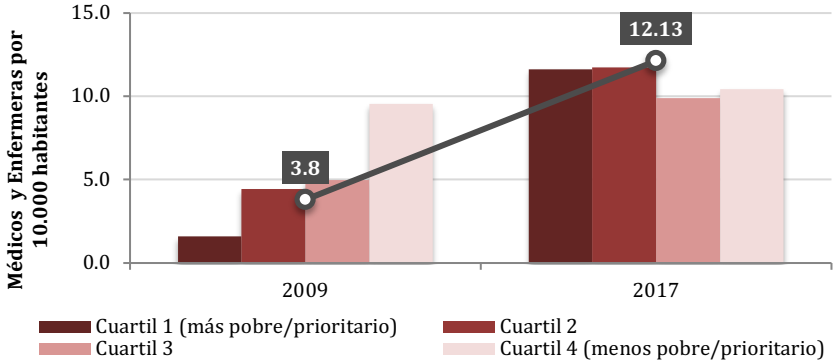


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

En revisión final

Los avances realizados desde 2009 para mejorar la disponibilidad y distribución equitativa del recurso humano también son muy importantes, aunque con desafíos para el futuro. Entre 2009 y 2017 la densidad de recursos humanos en la red pública aumentó de 3,8 a 12,3 médicos y enfermeros por 10.000 habitantes, más que triplicándose. (figura 4-11). Asimismo, el incremento fue mucho mayor en los departamentos más pobres del país priorizados por el proceso de reforma, lo que ha resultado en una reversión en la brecha en la distribución del personal de salud entre departamentos pobres y ricos, desde 8 en favor de los departamentos menos pobres a 1,2 médicos y enfermeros por 10.000 habitantes favoreciendo al cuartil más pobre (ver figura 11). A pesar de las importantes mejoras en el aspecto de los recursos humanos, El Salvador mantiene una deficiencia importante en la disponibilidad, al estar muy por debajo de las metas regional de al menos 25 por 10 000 habitantes en las zonas desatendidas, y la meta global de 44,5 para el 2030 *(25)*.

Figura 4-11. Disponibilidad y distribución de recursos humanos en salud en El Salvador, nivel nacional y por porcentaje de pobreza extrema en departamentos, 2009 y 2017



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

Las evaluaciones previas realizadas en el marco de las Metas Regionales sobre Recursos Humanos de la OPS aportan información sobre las dificultades en la expansión del programa de recursos humanos en El Salvador *(24)*. Los desafíos más destacados se relacionan con la sostenibilidad financiera y la disponibilidad de información para la planificación y continuidad del programa. Las dificultades presupuestarias han sido en gran parte responsables por restringir la expansión del programa a nivel nacional y la consolidación de la política nacional de recursos humanos para la salud. Otras dificultades están relacionadas con la resistencia de los profesionales al cambio en el SNS y por la necesidad de establecer acuerdos con instituciones académicas. También se han identificado problemas con la retención en zonas rurales , lo que impacta el acceso a los servicios.

En revisión final

4.2.5. Articulación progresiva del sistema público de salud

La unificación del SNS ha sido el proceso más lento y de más largo aliento, dada la complejidad de aspectos involucrados. La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud de 2007 confirió la rectoría al MINSAL y estableció la interrelación de seis instituciones para garantizar el derecho a la salud de la población salvadoreña.

1) El MINSAL y sus dependencias.
2) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
3) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación a los Inválidos (ISRI).
4) Sanidad Militar.
5) El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magistral (ISBM).
6) El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) *(25)*.

El MINSAL se estructuró técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral (SIBASI). El ISSS, segunda institución con mayor cantidad de instalaciones y cobertura poblacional está estructurado en cuatro regiones *(20)*.

Para profundizar el proceso de reforma y avanzar hacia la construcción de un SNS unificado, la Política Nacional de Salud 2015-2019 plantea revisar y actualizar el marco legal del SNS para facilitar la integración progresiva hacia la unificación del sistema público de salud. En 2015 se conformó con todas las autoridades institucionales del sector el Comité Directivo del Sistema Nacional de Salud, que suscribieron y desarrollaron la hoja de ruta hacia el acceso universal y la cobertura universal de salud que se propone integrar funcionalmente de manera progresiva y en red todos los servicios e instalaciones con que cuenta el sistema. Como parte de esta hoja de ruta, en marzo de 2017 se introdujo en la Asamblea Legislativa el proyecto de Ley del Sistema Nacional Integral de Salud la cual fue recientemente aprobada y con la cual se abre en perspectiva un nuevo horizonte para avanzar hacia la Salud Universal.

4.2.6. Vigilancia, monitoreo y evaluación

En revisión final

La reforma del SNS plantea objetivos específicos para el fortalecimiento de los sistemas de información, la investigación y la gestión del conocimiento con el fin de apoyar la toma de decisiones y la gestión de las distintas actividades del sistema. Se han desarrollado distintos esfuerzos que han obtenido logros importantes en términos de la capacidad institucional. En primer lugar, se ha desarrollado un Sistema Único de Información en Salud (SUIS) que en la actualidad cuenta con 16 módulos o sistemas informáticos que apoyan la gestión del primer nivel de atención, de la red de hospitales, del Programa de VIH/SIDA, de la Dirección de Vigilancia en Salud, Enfermedades Crónicas y Cáncer, Enfermedad Renal Crónica, del sistema nacional de abastecimientos, de la Dirección de Planificación, de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, de la Dirección de Salud Ambiental.

La consolidación del SUIS también ha hecho posible fortalecer la vigilancia epidemiológica, facilitando la detección temprana de posibles brotes de enfermedades transmisibles y el establecimiento de medidas de prevención. El Sistema de Vigilancia Sanitaria ha sido catalogado como uno de los tres mejores de la Región de las Américas por su capacidad para conducir análisis complejos a partir de elementos que configuran la determinación social de la salud, permitiendo mediante el uso de análisis estratificados el control de la arbovirosis e identificar en tiempo récord la circulación viral del Zika y su relación temporal con afectaciones neurológicas y malformaciones congénitas. Adicionalmente, se han introducido mecanismos de intercambio de información específica de diferentes sectores, programas del SNS, unificación de la información de estadísticas vitales y de vigilancia de enfermedades

sujetas a notificación del ISSS y COSAM con el fin de integrar los distintos sistemas de información *(27)*.

La reforma del SNS también se propuso fortalecer la toma de decisiones basadas en la evidencia científica a través de la creación del Instituto Nacional de Salud (INS) como entidad científico-técnica a cargo de ejercer la rectoría de la investigación en salud. Gracias a la gestión del INS se ha desarrollado recientemente la Política Nacional de Investigación para la Salud y el Manual de Procedimientos de Investigación en Salud. El Instituto cuenta con una Escuela de Gobierno en Salud, un departamento de investigaciones y un departamento de laboratorios especializados para la educación continua del talento humano y de la investigación. Las investigaciones, estudios y encuestas realizadas por el INS en diversas áreas han permitido formular políticas nacionales como la de enfermedades no transmisibles y estrategias de intervención como la de la enfermedad renal crónica por causas no tradicionales en poblaciones agrícolas.

4.3. Aumento y mejora del financiamiento, con equidad y eficiencia

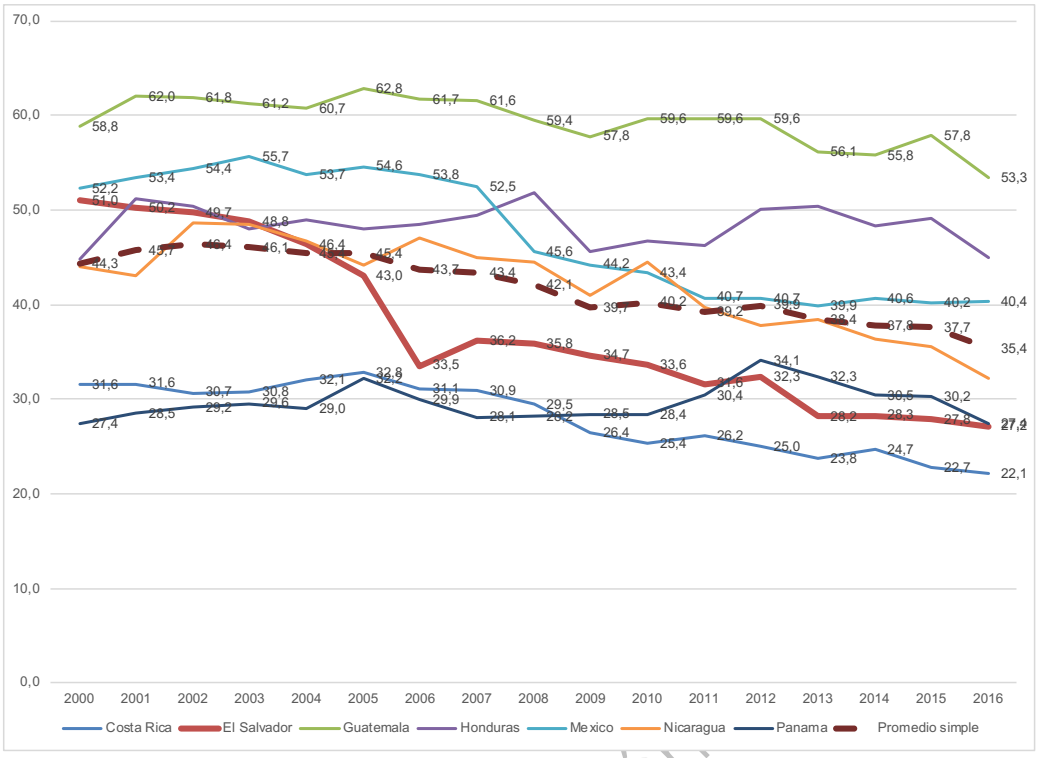
El principal aporte de la Reforma en cuanto al financiamiento de la salud ha sido la disminución relevante y sistemática del gasto de bolsillo en salud. Esto se ha logrado a partir de la eliminación de los copagos reflejados en las "cuotas voluntarias" y de la promoción de la gratuidad en el punto de servicio. En parte también se ha logrado con la disminución de precios de los medicamentos dada la implementación del esquema regulatorio de precios.

En revisión final

4.3.1. Aumento de la protección financiera

Se trata de una situación que tiene ribetes de impacto a nivel regional dado que El Salvador es el país que mayores esfuerzos ha realizado en este campo. En términos relativos, medido como porcentaje del gasto corriente total en salud, el gasto de bolsillo en salud se redujo desde más de 51% en el año 2000 hasta 27,8% en 2016. De esta forma, el país pasó de estar muy por encima del promedio simple de la subregión a una situación de mejora muy importante bastante por debajo del promedio de la Región y de la subregión. De hecho, el promedio simple de este indicador para la selección de países del gráfico (Centroamérica más México) solo se movió desde 44,3% a 35,4% a diferencia de las cifras señaladas para el país.

Figura 4-12. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud, Centroamérica y México, 2000-2016.

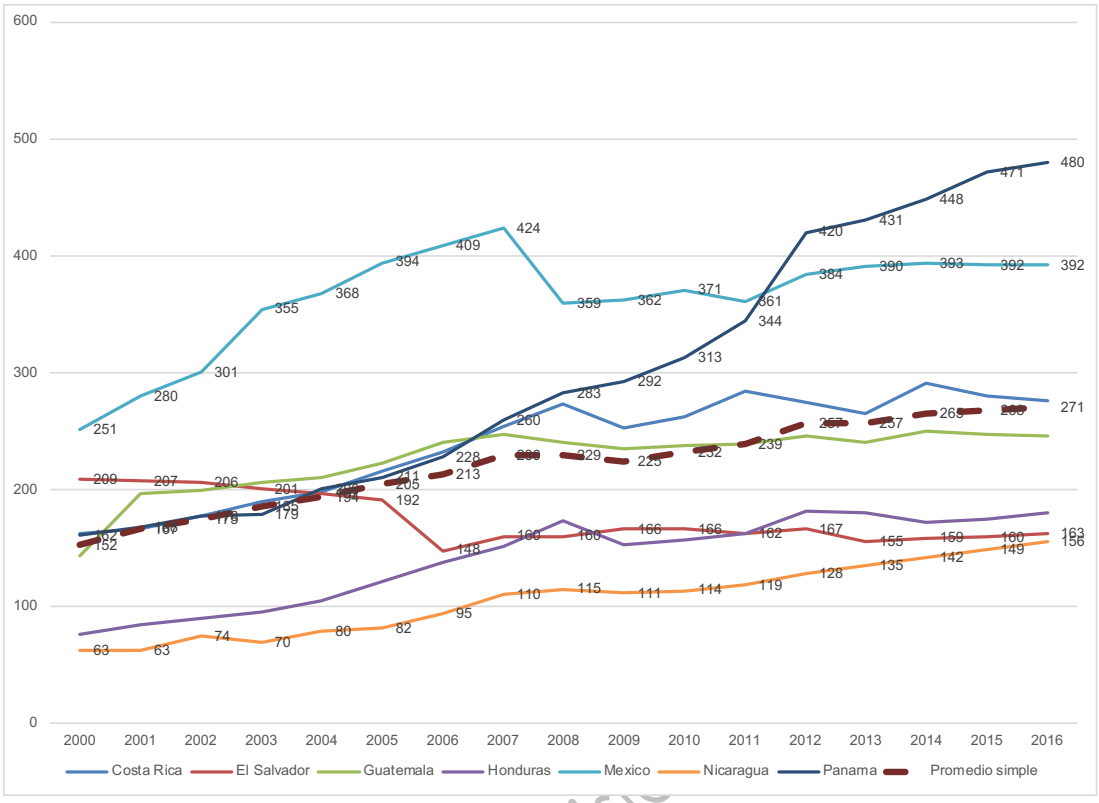


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Global Health Expenditure Database, Organización Mundial de la Salud, consultados en enero de 2019.

En revisión

Pero esta caída del gasto de bolsillo en salud no ocurre solo en términos relativos. El Salvador es el único país de la Región en que esto sucede también en términos absolutos, de forma que el gasto de bolsillo en salud disminuyó desde 209 dólares medidos en paridad de poder de compra (PPP) per cápita al año a 163 dólares, en el período considerado en el gráfico. Al mismo tiempo, el promedio simple de la subregión analizada no disminuía, sino que aumentaba desde 152 dólares (PPP) per cápita a 271 dólares (PPP) per cápita anuales.

Figura 4-13. Gasto de bolsillo en salud per cápita en dólares PPP, Centroamérica y México, 2000-2016



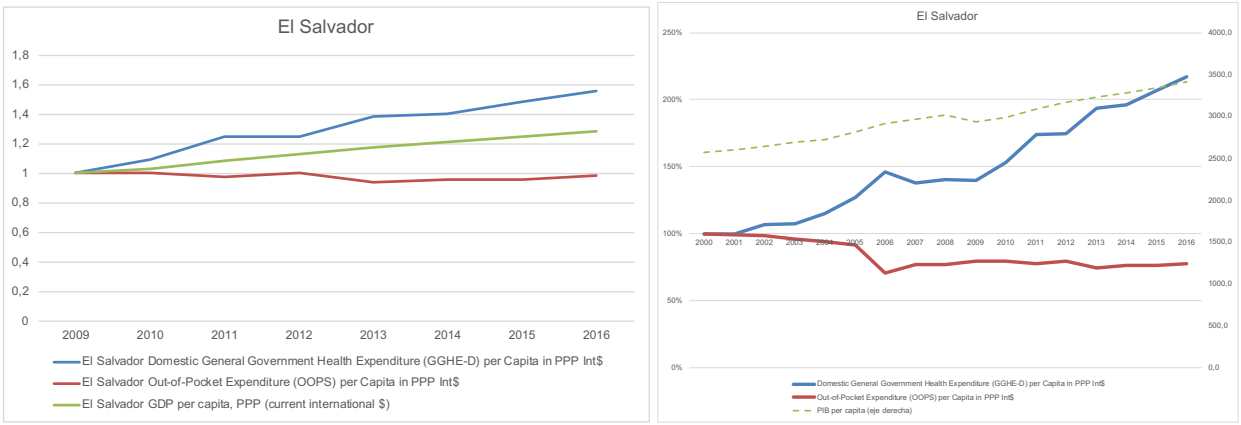
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Global Health Expenditure Database, Organización Mundial de la Salud, consultados en enero de 2019.

En revisión

4.3.2. Aumento de gasto público en salud para la disminución del gasto de bolsillo

La situación descrita se ve claramente en la figura siguiente con el gráfico de números índices donde se agrega además la evolución del gasto público y del producto interno bruto (PIB) por habitante. Al lado izquierdo de la figura se aprecia el crecimiento del gasto público en salud per cápita, del producto interno bruto per cápita y del gasto de bolsillo en salud per cápita. Ocurre una evolución deseable en el sentido que el gasto público en salud crece a mayor tasa que el producto per cápita y mientras que el gasto de bolsillo per cápita decrece. En cambio, para un periodo más largo (2000-2016) en el lado derecho de la figura se aprecia que después de un comportamiento como el deseado hubo un estancamiento a partir de 2006 y que claramente se recupera de 2009 en adelante, que es lo que se refleja en lo ya descrito del lado izquierdo de la figura.

Figura 4-14. Análisis del índice de gasto de bolsillo per cápita y del gasto público en salud per cápita versus al producto interno bruto per cápita, El Salvador, 2009-2016 y 2000-2016



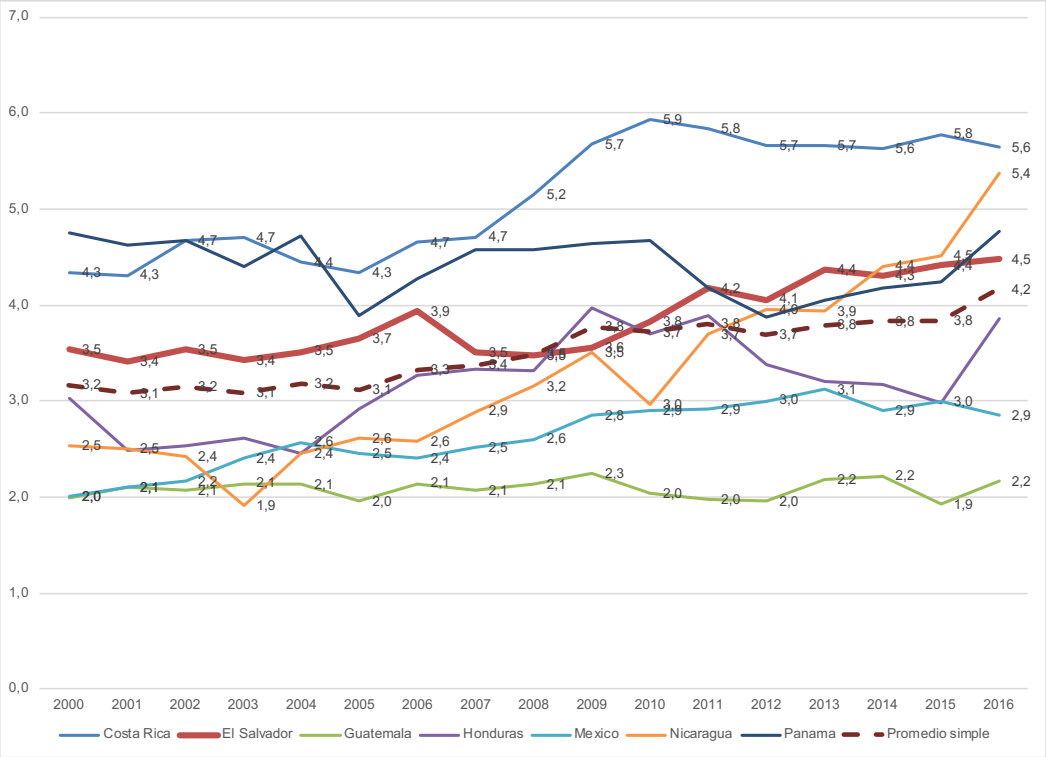
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Global Health Expenditure Database, Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial, consultados en enero de 2019.

En un contexto en el que el gasto de bolsillo disminuye es esperable que el gasto público lo reemplace y aumente. Eso es lo que ha estado sucediendo de acuerdo a los datos descritos en términos absolutos y per cápita.

El gasto público en salud aumentó de manera relevante también en términos relativos, es decir, medido como un porcentaje del PIB. Durante el período de entre 2000 y 2016 aumentó en un punto porcentual igual a la media simple de la subregión en análisis, con la baja ya vista entre 2006 y 2009 que también se aprecia en esta figura. Sin embargo, aún se está lejos de la referencia de 6% del PIB acordada por los países de la OPS en 2014. Pero si persiste la elasticidad positiva del crecimiento del gasto público en salud respecto del crecimiento del producto es esperable un acercamiento a la meta mayor que muchos países.

En revisión final

Figura 4-15. Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), Centroamérica y México, 2000-2016

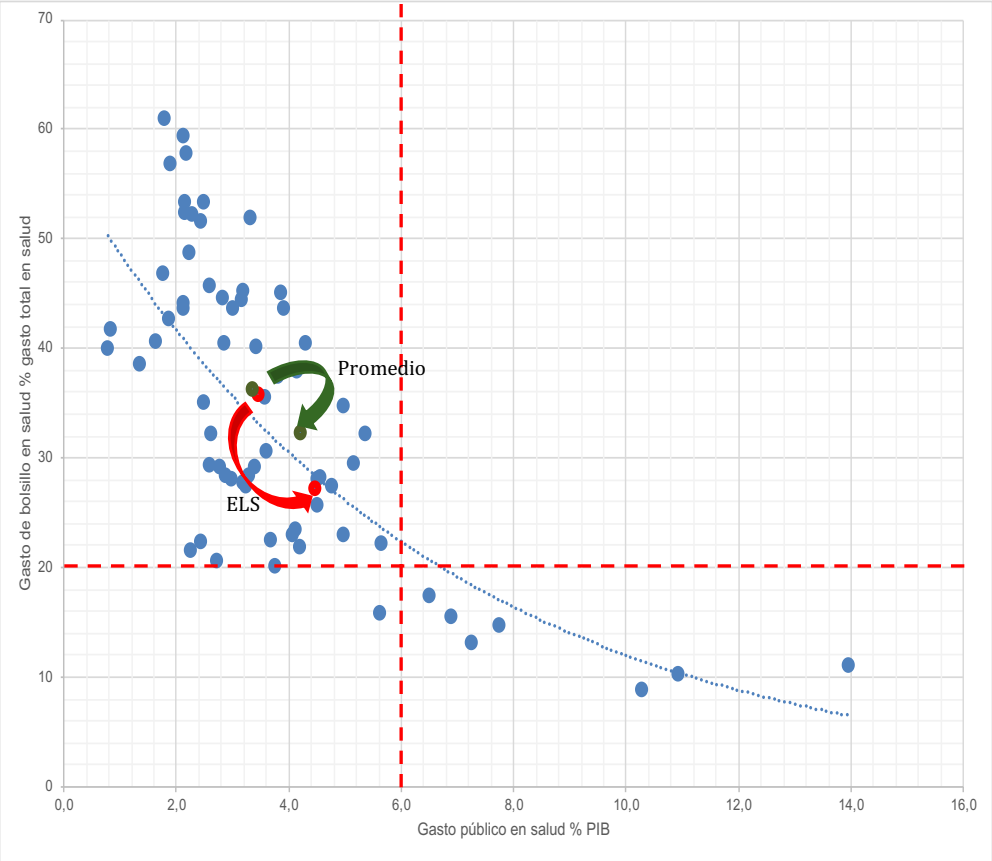


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Global Health Expenditure Database, Organización Mundial de la Salud, explorados en enero de 2019.

En revisión

En síntesis, en términos del financiamiento, a partir de la reforma El Salvador ha evolucionado disminuyendo considerablemente el gasto de bolsillo en salud a la vez que ha aumentado del gasto público sectorial. La figura muestra la posición de los países en esta combinación de variables del financiamiento en dos años, 2008 y 2016. Lo deseable sería que los países salgan del cuadrante donde el gasto de bolsillo es alto (superior a 20%) y el gasto público es bajo (menor a 6%), El Salvador no alcanza aún este cuadrante, pero ha evolucionado bastante más que el promedio de los países de la Región completa.

Figura 4-16. Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en las Américas. Variación de El Salvador versus variación promedio, 2008 y 2016



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Global Health Expenditure Database, Organización Mundial de la Salud, explorados en enero de 2019.

Por otra parte, el aumento del gasto per cápita de acuerdo a los presupuestos departamentales ha sido muy importante entre 2008 y 2018 y ha aumentado significativamente en algunos departamentos de mayor pobreza relativa y menor índice de desarrollo humano al comenzar la reforma, como muestra el ejemplo de Cabañas y Usulatán. Sin embargo, la distribución del gasto por departamento en función de estos parámetros no ha variado significativamente, y se ha mantenido cierto nivel de desigualdad. Ello responde en parte a que la priorización realizada en el diseño de la reforma correspondió a uno de objetivos sanitarios y resultados en salud, y como se ha mostrado antes, en algunos de ellos como en mortalidad materna, si hubo efectos redistributivos relevantes, lo mismo que en la utilización, como por ejemplo en las consultas preventivas.

El gráfico de la figura muestra unas curvas de concentración del gasto presupuestario muy parecidas para 2008 y 2018, ambas por debajo de la diagonal de igualdad de gasto por

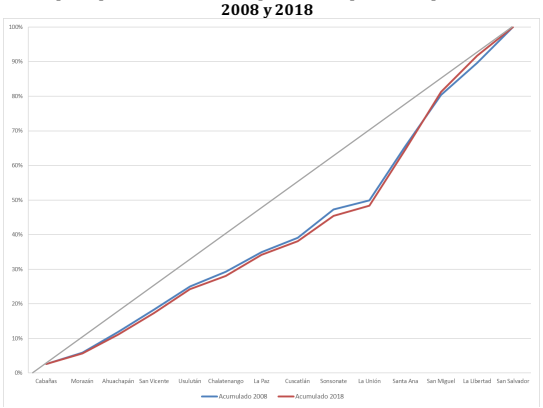
departamento según pobreza. Con todo, es posible que esto esté mostrando el reto de mejorar la focalización del gasto en una segunda etapa de objetivos sanitarios.

Figura 4-17. Aumento y distribución del presupuesto por departamento, El Salvador, 2008 y 2018

Aumento del gasto presupuestario per cápita entre 2008 y 2018, por departamento y su nivel de pobreza

Departamentos	Per cápita 2008 (NCU)	Per cápita 2018 (NCU)	Aumento del per cápita	% de Pobreza 2008
Cabañas	12.45	23.03	85%	59.7
Morazán	12.89	22.19	72%	57.4
Ahuachapán	13.70	21.75	59%	56.5
San Vicente	28.22	49.94	77%	51.6
Usulután	14.13	27.24	93%	51.3
Chalatenango	16.34	27.52	68%	50.5
La Paz	12.89	24.83	93%	49.6
Cuscatlán	13.15	21.52	64%	47.8
Sonsonate	13.03	21.22	63%	47.2
La Unión	7.64	16.49	116%	42.1
Santa Ana	20.91	40.51	94%	41.0
San Miguel	24.01	49.16	105%	35.0
La Libertad	9.63	19.12	99%	34.5
San Salvador	4.58	6.87	50%	27.6
Total	12.22	22.40	83%	40.0

Gasto presupuestario acumulado por nivel de pobreza departamental 2008 y 2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Puede apreciarse que el esfuerzo de aumento de los recursos se ha concentrado en el primer nivel de atención. De hecho, en 2014 44% del presupuesto público se dedicaba al primer nivel de atención *(28)* . No obstante, debe prestarse atención a que los niveles de gasto per cápita aún son bajos a nivel de la Región.

En revisión final

4.3.3. Análisis y discusión

De acuerdo con los análisis realizados en las secciones anteriores es posible considerar que el aumento del gasto público en salud ha sido uno de los factores que facilitaron el fortalecimiento de la organización y la capacidad de respuesta de la oferta de los servicios de salud, direccionada por el modelo de atención familiar y comunitaria, con una mejora importante en la utilización y de la equidad en la utilización de servicios. Esto ha sido posible gracias a un aumento general de los recursos públicos y sobre todo con la eliminación del gasto de bolsillo y el consiguiente aumento de la protección financiera para que las personas y las comunidades puedan acceder a la salud y a la atención de salud.

Sin embargo, existen algunos desafíos pendientes. Aunque la oferta de servicios aumentó mucho apoyada en los aumentos en niveles de gasto de los recursos humanos, y considerando el aumento por recuperación salarial, pueden estar apareciendo limitaciones en la inversión en otros aspectos necesarios para expandir la oferta de servicios para la población, como más diversificados recursos humanos, en tecnología e inversión de capital en los distintos niveles, pero con énfasis en el primer nivel de atención.

Los hallazgos positivos en torno a los indicadores de financiamiento de la salud ciertamente deben ser matizados con una realidad asociada al nivel absoluto de gasto en salud de El Salvador. En términos per cápita este es bajo y debe avanzar para alcanzar la media del gasto per cápita de la subregión como mínimo. Por otra parte existen desafíos en torno a los esfuerzos en la focalización del gasto en los sectores de mayor necesidad, al menos a nivel departamental, de la mano del aumento de la inversión pública con eficiencia y equidad.

En una mirada global del financiamiento, considerando la generación de los recursos las formas de mancomunación, y los mecanismos de asignación de recursos que incluyen la planificación presupuestaria, resulta evidente que hay espacios que no se ha intervenido aún y pudieran ser parte de una segunda etapa de la Reforma. Estos espacios son la segmentación del sistema de salud, que se puede mitigar a través del desarrollo de políticas de mancomunación ampliada del financiamiento y las formas de asignación de los recursos dentro de las redes de atención de salud para apoyar el desarrollo de la estrategia basada en el primer nivel y la estrategia de atención primaria.

En revisión final

4.4. Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

Consolidar el abordaje intersectorial e intrasectorial de la determinación social de la salud, tanto en el ámbito nacional como en el local, ha sido uno de los principales ejes priorizados por la reforma en salud. Las principales transformaciones se dan con la reorganización de la Comisión Interinstitucional de Salud (CISALUD) por Decreto Presidencial, la creación de catorce Gabinetes de Gestión Departamental y los Consejos Intersectoriales Municipales. Estos constituyen un espacio de diálogo horizontal donde distintos sectores definen prioridades de salud, hacen recomendaciones y destinan recursos para desarrollar acciones que buscan incidir sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. CISALUD está coordinada por el MINSAL a través del viceministro de Políticas de Salud y representa un ejemplo de coordinación intersectorial liderada por salud para la Región de las Américas *(29)*.

A través de reuniones mensuales con representantes técnicos y políticos de las instituciones y de los organismos públicos, privados y de cooperación, CISALUD ha logrado consolidar el trabajo intersectorial, intrasectorial y de comunidades organizadas (representadas en el FNS y otras instancias) de manera permanente y efectiva. Con la profundización de las alianzas intersectoriales nacionales alcanzadas se ha logrado desarrollar políticas públicas para el abordaje integral de eventos relevantes de salud pública, como la arbovirosis, las quemaduras por pólvora, la obesidad, la violencia, el impacto del cambio climático, la minería metálica, la enfermedad renal crónica por agrotóxicos y otros problemas de salud.

Un ejemplo importante de estas iniciativas lo constituye el Plan Integral para el Enfrentamiento del Dengue desarrollado en 2010. Sus líneas estratégicas se enfocaron al *1)* manejo municipal, departamental, regional y nacional del plan; *2)* la comunicación social, comunitaria e institucional; *3)* la implementación de acciones antivectoriales y de control ambiental; *4)* el fortalecimiento del manejo clínico del dengue, y *5)* el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Gracias a la implementación del Plan, el número de casos de dengue disminuyó en 86,3% entre 2010 y 2018 (figura 4-18). Asimismo, El Salvador ostenta la tasa de letalidad por dengue más baja en la Región por quinto año consecutivo

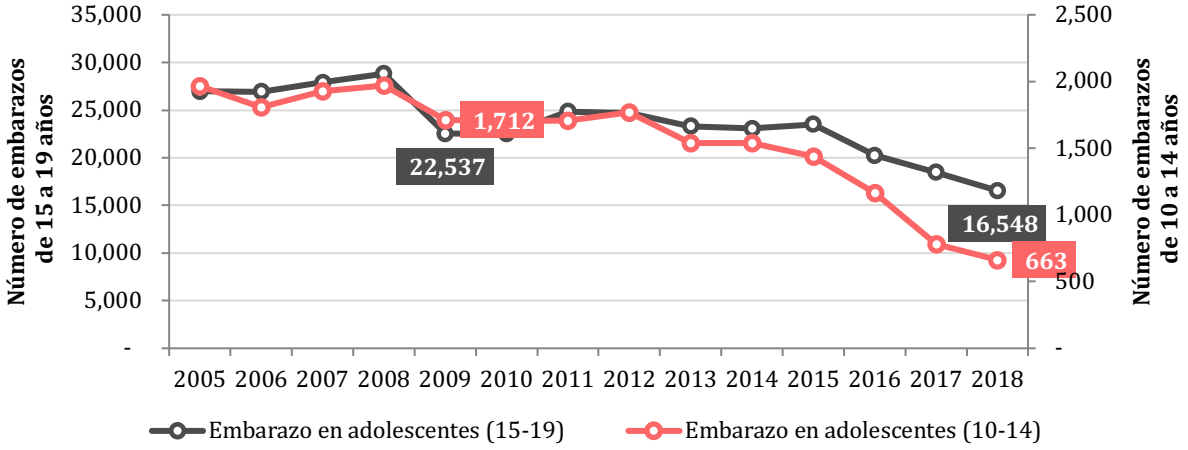
Figura 4-18. Casos de dengue, El Salvador, 2005-2018

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

En revisión

Otros ejemplos importantes son la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco/Ley de Control al Tabaco, la ley de vacunas, y la ley sobre lactancia materna. En años más recientes, el trabajo intersectorial condujo a la formulación de muchas otras políticas, como el Plan Nacional Para el Acceso y el Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias, la Ley de Regulación y Control de Actividades relativas a la Pirotecnia, el funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la puesta en marcha de la normativa para regular y controlar la comercialización de alimentos con alto contenido de grasa, sal y azúcar en tiendas y cafetines de centros escolares públicos y privados. Avance significativo han sido las acciones multisectoriales para la reducción del embarazo en adolescentes las cuales lograron reducir entre 2009 y 2018, el número de embarazos en adolescentes de 10 a 14 años disminuyó en 61,3%, mientras que el número de embarazos entre adolescentes de 15 a 19 años se redujo 26,6% (figura 4-19), la Estrategia Nacional Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente 2017-2027 permitirá profundizar los avances en la prevención del embarazo precoz.

Figura 4-19. Número de embarazos en adolescentes, El Salvador, 2005-2018



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Sistema Nacional de Salud. MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales (SIMMOW), MINSAL, 2018.

La introducción de la "Salud Ambiental" y de la "Violencia y Salud" como ejes prioritarios en el proceso de reforma en el 2015 también han iniciado esfuerzos para formular diferentes estrategias y líneas de acción con miras al abordaje integral de la mortalidad infantil por problemas hídricos y la violencia en todas sus formas, este último en el marco del Plan El Salvador Seguro *(27)*.

En revisión final

CAPÍTULO 5

Conclusiones

Desde 2009 El Salvador ha experimentado mejoras muy importantes en los resultados de salud, con disminuciones en las cifras de mortalidad infantil y materna, y el aumento de la esperanza de vida. Igualmente, importante es que la mejora de las desigualdades geográficas y socioeconómicas en algunos de los resultados en salud. Aunque estos logros no pueden atribuirse en exclusiva al SNS, la información analizada demuestra que la reducción de la mortalidad materna y el aumento en el uso de servicios de salud ha sido significativamente mayor en los departamentos de menor nivel socioeconómico y mayor cobertura de los ECOS. Este hecho ha tenido un impacto significativo en la mejora de las inequidades en el acceso a la salud.

Asimismo, la información analizada muestra que la expansión de los ECOS ha influido en la reducción de mortalidad atribuible a la atención en salud. El abordaje de esta estrategia se ha orientado especialmente para responder a los problemas asociados a la salud materno infantil y a las enfermedades infecciosas. Sin embargo, aún pueden identificarse algunos desafíos por resolver relacionados con la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles, la violencia y la salud mental.

En revisión final

La expansión de los ECOS para implementar el modelo de atención familiar y comunitaria ha cambiado de forma muy marcada y positiva los patrones de utilización de los servicios de salud. Esto se evidencia por el crecimiento del uso de servicios preventivos y por la reducción del porcentaje de familias que reportan problemas de acceso a los servicios de salud por razones económicas y de mala calidad de la atención. Los cambios introducidos por la reforma del SNS han desempeñado un papel fundamental, en especial en los departamentos en los que se ha implementado el desarrollo de los ECOS como estrategia de mejora del acceso a los servicios de salud de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

A pesar de haberse reducido las barreras económicas de acceso a los servicios de salud como resultado de eliminar el pago directo en el momento de la utilización de los servicios públicos de salud, las barreras relacionadas con la ausencia de servicios, de recursos humanos y de medicamentos siguen siendo un desafío que manifiesta las limitaciones de la expansión de una oferta pública de servicios de salud con un modelo de organización en redes de servicios de salud y con calidad. Esto se traduce en un aumento de los hogares que reportan barreras en el acceso relacionadas con la falta de atención, de recursos humanos y de medicamentos tanto en las áreas urbanas como rurales.

Las políticas de financiamiento han disminuido sustancialmente el gasto de bolsillo en salud y han aumentado el gasto público en salud, lo que ha contribuido a los avances alcanzados. Sin embargo, este informe identifica algunos desafíos que persisten en el SNS. Quizás uno de los más significativos es el relacionado con la integración de los servicios y las instalaciones del SNS, que constituye una limitante para expandir la Política Nacional de Salud a todo el espacio nacional. Por ejemplo, la limitación de la expansión de la red pública de servicios se evidencia por el déficit en la construcción y cobertura de los ECOS y por la disponibilidad de recursos humanos para toda la población.

Si bien la capacidad resolutiva del primer nivel de atención ha mejorado, la calidad sigue siendo una preocupación dentro del SNS. Las hospitalizaciones evitables por condiciones que pueden manejarse de forma efectiva en el primer nivel de atención tienen un importante impacto económico y sobre la eficiencia del sistema.

Al igual que los desafíos, los logros pueden interpretarse en función de los cambios introducidos en el fortalecimiento del rol de rectoría de las autoridades de salud, en su capacidad de planificación y regulación, y en la introducción de cambios en la organización y financiamiento del SNS. La creación del SNS en el año 2007 y los cambios legislativos aplicados subsiguientemente han representado un punto de partida para avanzar hacia la implementación de un sistema de salud basado en la APS integral, la intersectorialidad y la participación social en salud. A pesar de ser un proceso gradual, muchos de los cambios estructurales que se contemplaron en el 2009 se han llevado a cabo. Concretamente, se han desconcentrado las responsabilidades en la provisión de servicios de salud, se ha reorientado el sistema de salud hacia la atención primaria de salud integral, se ha incrementado el financiamiento público en salud y se han establecido mecanismos de participación social y coordinación intersectorial innovadores y robustos.

En revisión final

El énfasis y el esfuerzo para contar con una acción intersectorial que aborde los procesos de determinación social en salud son una innovación relevante de esta modalidad de reforma del sector salud. Sin embargo, para responder a los problemas que plantean las enfermedades no transmisibles, y la creciente relevancia y complejidad de los problemas de salud mental y de violencia, dichos esfuerzos deben sostenerse.

Los desafíos pendientes en cuanto a la segmentación y la fragmentación institucional de un sistema de salud con diferentes esquemas de cobertura del aseguramiento deberían interpretarse como parte de los problemas que plantea construir de una hoja de ruta para sostener un proceso de fortalecimiento del sistema de salud. La instrumentalización a corto y medio plazo de la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, aprobada en mayo de 2019, constituye un elemento clave hacia la superación de la segmentación y la fragmentación.

CAPÍTULO 6

Recomendaciones y expansión y sostenibilidad de los logros

A pesar de los logros alcanzados desde 2009, en este momento el proceso de reforma es una agenda inconclusa. Por ello, se destacan las siguientes recomendaciones principales para ampliar y sostener dichos logros.

1) Sostener las mejoras en la ampliación del acceso a servicios de salud integrales y de calidad

El presente informe describe los logros en la expansión del acceso a servicios de salud integrales basados en un modelo de atención familiar y comunitaria en El Salvador. Además especifica el impacto que tiene esta expansión en la utilización de los servicios de salud, en la reducción de barreras de acceso y en las mejoras en los resultados de salud. Sin embargo, los desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera, la falta de personal de salud y otros factores han limitado el alcance de esta reforma a la hora de abordar las enfermedades no transmisibles, la salud mental y la violencia. También han ralentizado la tasa de expansión del acceso y la cobertura de la estrategia de los ECOS, que solo ha alcanzado una cobertura nacional de 22,5% de la población.

En revisión final

Para cerrar esta brecha es necesaria una mayor inversión, pero además se requieren esfuerzos complementarios que permitan mejorar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. Con especial atención es necesario continuar avanzando en el modelo de organización y gestión en redes integradas de servicios de salud. Ello implica varias acciones:

- Fortalecer las capacidades de planificación, de conducción y de gestión de los recursos en las regiones de salud.
- Establecer el primer nivel de atención como gestor operativo de la salud colectiva y nodo articulador del cuidado de las personas en el continuo de la atención especializada ambulatoria y hospitalaria.
- Coordinar e integrar funcionalmente los servicios y las instalaciones del SNS para su articulación y complementariedad en una red funcional sin distinción entre la población de los distintos subsistemas de cobertura del aseguramiento.
- Asegurar el acceso a tratamientos y medicamentos de alto costo a toda la población.

En vista de los problemas relacionados con la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, el MINSAL está implementado el sistema de gestión de calidad en los servicios de salud, articulada con la implementación del Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP). Esto ha facilitado procesos como la estrategia de gestión del tiempo y la demanda y ha reducido

los tiempos de espera y de consulta, lo que ha descongestionado las salas de espera. En este marco se propone desarrollar una plataforma de comunicación en tiempo real para realizar interconsultas y telemedicina entre el primer nivel y la atención especializada. Para llevar a cabo estos y otros esfuerzos hay que definir estándares de desempeño explícitos y fortalecer la capacidad instalada para monitorear y evaluar.

Además de la necesidad de expandir la oferta de servicios integrales, el aumento de la disponibilidad de recursos humanos para la salud es un paso crítico para mantener la sostenibilidad del proceso de reforma. Es fundamental fortalecer la gestión y la planificación de recursos humanos, así como introducir mecanismos e incentivos para retener al personal en las áreas desatendidas. La política salarial, de planificación financiera y de asignación presupuestaria, así como los mecanismos de asignación de los recursos a las redes de atención deben revisarse con el fin de garantizar tanto la sostenibilidad del proceso de reforma como la disponibilidad de los recursos necesarios para las áreas desatendidas.

2) Consolidar el rol rector del MINSAL y la definición de roles en el SNS

En revisión final

Los esfuerzos para lograr una verdadera expansión e integración del modelo de atención en todo el SNS dependen en gran medida del fortalecimiento del rol rector del MINSAL y de los mecanismos de organización del sistema. Una necesidad importante de este proceso es abordar la débil integración de las instituciones que conforman el SNS. También hay que definir claramente las funciones de cada institución, y avanzar en su integración en materia de políticas nacionales, planificación conjunta e integración funcional en un modelo de redes integradas de los servicios de salud. En este sentido, serán necesarias innovaciones en los mecanismos y la estructura institucional del SNS para abordar la coordinación entre los distintos subsistemas. La aprobación de la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud da pie a la consolidación de estrategias para la integración del SNS. La implementación de esta Ley es fundamental para fortalecer la coordinación y mejorar el abordaje de los problemas de salud. De la misma manera, es importante mantener la continuidad en la ejecución de la Política Nacional de Salud 2015-2019 y actualizarla, de modo que permita sostener y expandir los logros alcanzados y abordar los nuevos desafíos.

Por otra parte, El Salvador ha dado un paso importante para fortalecer la formulación y ejecución de las políticas en salud informadas por la evidencia mediante la creación y consolidación del Instituto Nacional de Salud (INS) y el Sistema Único de Información Estratégica (SUIS). Para informar la continuación del proceso de reforma es necesario seguir avanzando en estas iniciativas. Aunque el país cuenta con una vasta cantidad de datos administrativos sobre indicadores de salud, provisión y utilización de servicios y financiamiento sigue siendo necesario mejorar la calidad de la información y la consistencia

de los datos en el tiempo y entre los distintos sistemas de información. Es necesario recoger información sobre dimensiones importantes del desempeño del sistema de salud que permitan el análisis de la equidad y el abordaje de la determinación social. A pesar de las dificultades, la iniciativa del MINSAL para la integración y fortalecimiento del SUIS representa un paso importante para abordar estas brechas.

3) Mejorar y aumentar el financiamiento en salud

El financiamiento público ha aumentado, pero debe crecer en mayor medida y con más eficiencia y sostenibilidad con el fin de apoyar el incremento en equidad que ha significado la disminución relevante del gasto de bolsillo. Este debe seguir reduciéndose para seguir aumentando la protección financiera de la población. Esto solo será posible a través de un plan continuado de mejoramiento del acceso y de equidad en el acceso a un sistema de salud potenciado en su capacidad de oferta y de resolución.

Esto significa seguir realizando esfuerzos para aumentar el gasto público en salud y la protección financiera para el acceso equitativo a la salud. Ello debe llevarse a cabo en el contexto del plan establecido del sistema de salud basado en el desarrollo del primer nivel de atención y el modelo de atención familiar y comunitaria de modo que su implementación se asegure los principios de equidad y eficiencia.

En revisión final

El futuro presenta la oportunidad de avanzar en áreas sobre las que la reforma aún no ha actuado. Entre ellas se incluyen los mecanismos de asignación de recursos a las redes y los proveedores, así como la estructura de mancomunación de los recursos que determina la segmentación del sistema de salud en su conjunto. En dichos procesos hay espacios, lecciones aprendidas y desafíos que bien pudieran formar parte de una segunda etapa de la transformación que continúe la que el país inició en 2009.

4) Fortalecer la coordinación multisectorial con actores estratégicos

Los avances del proceso de reforma en la consolidación del abordaje intersectorial e intrasectorial de la determinación social de la salud han sido un ejemplo para la Región de las Américas. Asimismo, la participación social en salud tanto en el ámbito nacional como en el local han sido efectivas para formular y ejecutar políticas sociales con impacto. Es necesario profundizar y afianzar el rol de los mecanismos de participación y coordinación intersectorial e intrasectorial establecidos para involucrar a los socios estratégicos que den legitimidad y apoyen políticamente la continuidad del proceso de reforma.

REFERENCIAS

1. Rodríguez MI. Construyendo la esperanza: estrategias y recomendaciones en salud del nuevo Gobierno. Reporte de 2009. San Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador; 2009. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica-1&alias=658-politica-nacional-de-salud-construyendo-la-esperanza&Itemid=364

2. Rodríguez MI. Participación social y promoción de la salud en El Salvador (1970–2014). Global Health Promotion. 2014; 21(4): 70-73; 556217. doi: 10.1177/1757975914556217

3. República de El Salvador en la América Central. Política Nacional de Salud 2009-2014. Diario Oficial https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/Pol%C3%ADtica%20Nac%20de%20Salud%202009%202014_0.pdf

4. UNICEF. Panorama: El Salvador. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/infobycountry/elsalvador_1331.html

5. Banco Mundial. Datos: El Salvador. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/pais/el-salvador

6. Dirección General de Estadística y Censos de El Salvador. Encuesta de hogares y propósitos múltiples 2015. San Salvador: DIGESTYC; 2016. Disponible en: http://www.ilo.org/surveydata/index.php/catalog/1487

7. Aquino L, Ottoniel J, Mejía M. Análisis de sostenibilidad de la deuda pública con remesas familiares. San Salvador: Banco Central de Reserva de El Salvador; 2015. Disponible en: http://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/category/1402437007.pdf.

8. Daugherty A. El Salvador se posicionó como el país más violento en 2015. 4 enero. Washington, D.C.: InSight Crime; 2016. Disponible en: http://es.insightcrime.org/noticias-sobre-crimen-organizado-en-el-salvador.

9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Americas +2017: El Salvador. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=el-salvador&lang=es

10. Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e81. doi.org: 10.26633/RPSP.2018.81

11. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.° Consejo Directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. (Resolución CD53/5. R2). Washington, D.C.: OPS; 2014.

12. Gobierno de la República de El Salvador. Revisión Nacional Voluntaria de la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en El Salvador. Foro Político de Alto Nivel sobre

En revisión final

Desarrollo Sostenible. Julio de 2017. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16649RNV_El_Salvador_1307_2011_2PP.pdf

13. IDEA Internacional, ADEPRO. Consultoría para la evaluación de medio término del programa equipos comunitarios de salud familiares-ECOS. El Salvador, 2014. Disponible en: http://www.sne.gob.sv/apps/evaluacion/Download2.aspx?id=29

14. Lysak N, Bihorac A, Hobson C. Mortality and cost of acute and chronic kidney disease after cardiac surgery. Current opinion in anaesthesiology. 2017; 30(1), 113-117. doi: 10.1097/ACO.0000000000000422

15. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Washington, D.C.: OPS; 2013 (Documento 345). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=en

16. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el efecto en la actividad hospitalaria por condiciones de salud susceptibles de cuidados en el primer nivel de atención en El Salvador. Washington D.C.: OPS/OMS; 2019.

17. Organización Panamericana de la Salud. Informe general de productividad y costos de la red de servicios de salud pública del Ministerio de Salud de El Salvador. Washington D.C.: OPS/OMS; Octubre 2018

18. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Astana: WHO/UNICEF, 2018.

19. Ministerio de Salud de El Salvador. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud, Dirección de Regulación y Legislación en Salud, Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención. Lineamientos técnicos para los ECOS Familiares y ECOS Especializados. Primera actualización. San Salvador. El Salvador: MINSAL, 2017. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_para_los_Ecos_Familiares_y_Ecos_Especializados.pdf

20. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas +2017: Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. Washington DC: OPS, 2017. Accesible desde http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es

21. República de El Salvador. Política Nacional de Participación Social en Salud 2009. San Salvador: MSPAS, 2001.

22. Ministerio de Salud de El Salvador. Manual de organización y funciones de la Dirección del Primer Nivel de Atención, 2015. Disponible en:

En revisión final

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_organizacion_y_funciones_direccion_primer_nivel_atencion.pdf

23. Diario Oficial. Ley de Medicamentos; 2012. Disponible en: https://www.medicamentos.gob.sv/index.php/es/normativa-m/leyesdnm-m/ley

24. Dal Poz MR et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. Human resources for health. Abril de 2015; 13:28. doi: 10.1186/s12960-015-0016-4

25. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre recursos humanos para el acceso y la cobertura universal de salud 2018-2030. CD56/10, 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49611/CD56-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y

26. República de El Salvador. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. San Salvador: ALRES; 2007. Disponible en : https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_072949874_archivo_documento_legislativo.pdf

27. Ministerio de Salud de El Salvador. Salud Universal: Compromiso del país. Informe de Labores 2017-2018. San Salvador: MINSAL; 2018. Disponible en: http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2017-2018/

28. Cid C. How much does the Americas invest in primary care? PAHO Conference Paper. HSR Meeting, Liverpool, 2018.

29. Fortune K, Becerra F, Buss P, Solar O, Ribeiro P, Keahon G. Health in All Policies: Perspectives From the Region of the Americas. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health; 2018. Disponible en: https://oxfordre.com/publichealth/abstract/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-26

En revisión final

Última consulta de las referencias en línea: 13 de mayo de 2019.