



Cobertura Universal de Salud



MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

**INFORME DE LA CONSULTA NACIONAL
SOBRE EL DOCUMENTO DE PROPUESTA**

**ESTRATEGIA PARA LA
COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD**

El Salvador, Julio 2014.

INDICE

	PAGINA
AUTORIDADES	3
INSTITUCIONES PARTICIPANTES	3
INTRODUCCIÓN	5
I. EL PROCESO DE LA CONSULTA	5
II. PREGUNTAS GENERALES	6
III. COMENTARIOS DE LAS MESAS DE TRABAJOS A LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS	9
A. ESTRATEGIA PARA AMPLIAR EL ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD, INTEGRALES, DE CALIDAD, CENTRADOS EN LAS PERSONAS, Y LAS COMUNIDADES.	9
B. ESTRATEGIA DE RECTORIA Y GOBERNANZA	13
C. ESTRATEGIA DE FINANCIAMIENTO EN SALUD	17
D. ESTRATEGIA DE INTERSECTORIALIDAD PARA INCIDIR EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.	21
ANEXOS	26
1. RPOGRAMA	26
2. PARTICIPANTES POR MESAS DE TRABAJO	28

AUTORIDADES DE SALUD

Dra. Violeta Menjivar, Ministra de Salud

Dr. Eduardo Espinoza, Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas, Viceministro de Servicios de Salud

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Presidencia de la República

Secretaría Técnica de la Presidencia

Ministerio de Salud

Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social

Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral

Dirección Nacional de Medicamentos

Fondo Nacional de la Salud

Administración Nacional de Acueductos

Ministerio de Trabajo

Ministerio de Hacienda

Ministerio de Gobernación

Ministerio de Educación

Ministerio de Agricultura

Secretaría Técnica del Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana SE-COMISCA

Foro Nacional de Salud

Coordinadora de Alcaldes de San Salvador (COAMSS-OPAMS)

CONAIPD

CEMUJER

ACCPS

CONASIDA

ANPSES

INTERVIDA

VISION MUNDIAL

CRS

UNICEF

Anesvad

Mecanismo Coordinador de País VIH, Tuberculosis y Malaria
Movimiento de Profesionales de la Salud, Salvador Allende
Sindicato General de Trabajadores de la Salud.

Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador

Instituto de Profesionales de Enfermería

Universidad Evangélica de El Salvador

Universidad Católica José Simeón Cañas.

Fondo de Población de las Naciones unidas UNFPA

Radio Nacional de El Salvador

Radio Clave

Voces

Consultores independientes

COORDINACION Y REDACCIÓN

Ministerio de Salud.

SECRETARIA TECNICA Y APOYO LOGISTICO

Organización Panamericana de la Salud.

Representación en El Salvador

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud y la observancia de los principios de igualdad, son elementos centrales para cumplir con el precepto constitucional de asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social; reiterando, en las políticas, programas y proyectos del sector que la salud constituye un bien público, por lo cual, deben velar todos los ciudadanos con principios de: equidad, solidaridad y responsabilidad.

La política de salud vigente propone diseñar y construir un Sistema Nacional Integrado de Salud que permita a todos los habitantes del país acceder de manera oportuna a servicios de salud equitativos, universales y de alta calidad. El SNS se define como una alianza estratégica, funcional y regional materializada en un acuerdo interinstitucional que incluye a la sociedad civil, a los prestadores y financiadores públicos de servicios de salud. Su base será la Atención Primaria de Salud Integral, que busca de manera constante y permanente la equidad, la solidaridad, la participación social y un intenso trabajo intersectorial.

Las prioridades que constituyen las base del SNS para avanzar a la cobertura universal de salud, estarán dados por: conformación de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud, desarrollo y ampliación del Sistema Nacional de Emergencias Médicas, respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas, el trabajo intersectorial e intrasectorial, apoyo del Foro Nacional de Salud, fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud, avanzar en la modernización del Sistema Único de Información en Salud y el desarrollo de los Recursos Humanos.

En ese sentido el Ministerio de Salud, retoma la estrategia de cobertura universal de la salud, en concordancia con las prioridades en salud establecidas en el Programa de Gobierno El Salvador Adelante 2014-2019, la Política Nacional de Salud Construyendo la Esperanza, la Reforma de Salud y los diferentes compromisos internacionales y Regionales suscritos por el Gobierno de El Salvador.

Con la finalidad de cumplir con el acuerdo del Consejo Directivo de la OPS, de someter a una amplia consulta el documento de la estrategia para la cobertura universal en salud, El Ministerio de Salud, con el acompañamiento de la representación de la sede de la OPS en el país, desarrolló dos talleres con una amplia participación del sector público, privado, de la sociedad civil organizada y las Universidades.

Por tanto el presente documento contiene la sistematización de los resultados de la consulta, tomando como base las preguntas generales y por líneas estratégicas del documento base.

I. EL PROCESO DE LA CONSULTA

La consulta fue desarrollada durante los días 10 y 11 de junio con actores distintos cada día, delegados de las instituciones de los diferentes sectores y de la sociedad civil organizada, para responder a la Guía de preguntas propuestas sobre las estrategias planteadas en el documento de Estrategia Regional para la Cobertura Universal de Salud. A todos los participantes se les hizo llegar previamente ambos documentos.

Durante cada día de la consulta se realizó una presentación del documento a cargo del Representante de la OPS, Dr. José Ruales y posteriormente una presentación a cargo del Viceministro de Salud, Dr. Eduardo Espinoza, sobre los logros y desafíos de la Reforma de Salud en el Salvador, enfatizando en sus avances hacia la cobertura universal en salud.

Para propiciar la discusión y los aportes al documento de Estrategia Regional se conformaron cuatro mesas de trabajo correspondientes a las cuatro estrategias propuestas: Acceso a Servicios de Salud, Rectoría y gobernanza, Financiamiento e Intersectorialidad.

Cada mesa contó con un relator, moderador y dos facilitadores, los cuales guiaron la discusión con base a la Guía de preguntas, respondiéndose a cada una; finalmente se presentaron los resultados en plenaria y se recabaron comentarios adicionales surgidos entre los participantes. El total de participantes en la consulta fue de 91 personas.

Durante toda la consulta se contó con la participación permanente de la Autoridad Sanitaria en la conducción de las discusiones y de la OPS que cumplió la función de secretariado; siendo el presente informe elaborado por el equipo del Ministerio de Salud con el apoyo de asesores de la OPS.

II. PREGUNTAS GENERALES

¿En general, es integral la estrategia propuesta e incluye las líneas estratégicas fundamentales que deben ser consideradas para avanzar hacia la cobertura universal de salud en la Región?

Las opiniones de los grupos estuvieron divididas: unos consideran que la estrategia planteada es integral, pero habrá que fortalecer algunos aspectos específicos tales como la coordinación entre estado y ciudadanía y profesionales de salud.

Otros opinan que la estrategia no es suficiente para lograr la CUS, debido a que no se consideran actores como sector privado y la seguridad social

Una tercera posición opina que no es integral, ya que la Reforma de Salud es producto de un proceso social en el cual se reconocen varios ámbitos (a partir de los ocho ejes prioritarios de la reforma) que incluyen los elementos estratégicos fundamentales para avanzar en la CUS, de forma integral y articulada, a partir de la realidad de cada país.

Se recomienda integrar dos estrategias más en el documento:

- La Promoción de la salud, como un eje transversal, que incluye una clara línea de comunicación social en salud.
- La comunicación estratégica en salud.

¿Qué aspectos no están tratados o debieran ser incluidos?

1. Se debe agregar el enfoque familiar como componente básico de intervención.
2. La definición de CUS contenida en el documento se circunscribe al acceso a servicios de salud, pero como país concebimos que el acceso debe ser a la salud de forma más integral.
3. Voluntad política de los países y sus diferentes instituciones.
4. El documento debería incluir el componente de caracterización de la población.

5. La formación de recursos humanos y la participación del sector formador en temas como género, formación de competencias en el trabajo con las comunidades en promoción para la salud.
6. Temas como el cambio climático, el tema de agua (Ley de aguas).
7. Desarrollo Integral de RHUS (vinculación formación- empleo), adecuación del perfil de puesto que responda a los requerimientos de la Reforma de Salud.
8. La motivación por la transformación cultural que le de soporte social a toda la propuesta: desde la población y desde el personal de salud.
9. Visibilizar en la estrategia regional la inclusión de las personas con discapacidad y la eliminación de las barreras físicas y culturales que se requieren.
10. El enfoque de acceso sobre el cual se trabaja la propuesta debe ampliarse hacia la inclusión según la condición de discapacidad y origen étnico de las personas.
11. No se señala claramente que el modelo de desarrollo es el principal generador de las inequidades, del deterioro ambiental y de las deficiencias en las condiciones materiales de vida, lo que quiere decir que el acceso universal a la salud pasa por la identificación de un nuevo modelo de desarrollo sintonizado con el equilibrio con los ecosistemas y no ligado al consumo irracional, a la depredación ambiental y al extractivismo.
12. Se debe dejar claro que el camino para la CUS se logra a través de sistemas de salud públicos, universales y gratuitos
13. Está ausente el tema de Salud Ambiental y Salud Mental.
14. La participación con responsabilidad social del sector privado.
15. Si bien el Primer Nivel de Atención es importante para el desarrollo de la cobertura universal de salud y que por tanto su fortalecimiento es importante, se debe de tener presente que para un adecuado funcionamiento del sistema en RIISS se requiere además inversión en el sistema hospitalario, el cual debe de mejorar progresivamente y según las posibilidades financieras.

¿Cuáles son los elementos principales para una hoja de ruta para el avance hacia la cobertura universal de salud en el país?

1. Establecer un diálogo político y de amplia participación social.
2. La articulación entre los prestadores de servicios.
3. Definir el modelo de atención y el conjunto de prestaciones para los integrantes del Sistema de Salud.
4. Realizar análisis de las leyes relacionadas con el sistema nacional de salud, y plantear cuales pueden ser aquellos aspectos que deben reformarse para integrarlo.
5. Definir el modelo de financiamiento del Sistema Nacional de Salud con base en impuestos generales y sin cobros a los usuarios.

6. Fortalecer el papel rector del MINSAL para que las normativas incluyan a todos los actores del sistema como primer paso de integración de las intervenciones de salud y terminar con la fragmentación del sistema.
7. Legalizar los espacios de participación social en salud de la población democratizando las decisiones e intervenciones en salud, con contraloría social y rendición de cuentas.
8. Que el MINSAL retome un papel rector compartido con el Ministerio de Educación en la formación de los recursos humanos en salud.
9. Abogacía más notoria y protagónica en una reforma fiscal integral para dar sostenibilidad al proceso de reforma en salud.
10. Definir el marco legal el cual requiere un ACUERDO NACIONAL que permita la construcción participativa de los instrumentos técnicos jurídicos y la fundación legal de la Reforma de Salud que responda a una integración progresiva del Sistema Nacional de Salud.
11. Adecuación de la planificación estratégica de la Reforma de Salud al Programa de Gobierno y otras iniciativas legales, que se reflejen en la Política Nacional de Salud 2014-2019, tomando en cuenta los aspectos financieros, logísticos y prestación de servicios de salud, que permita englobar a todas las instituciones y la respuesta del financiamiento a largo plazo (30 años).
12. Conceptualización de una estrategia de cobertura nacional en salud para el país con la participación de diferentes actores.
13. Consulta amplia para el diseño de un anteproyecto de ley que propicie la creación de un sistema nacional de salud.
14. Generación de respaldo social y político al anteproyecto de ley para la creación de un sistema nacional de salud.
15. Fortalecer la línea estratégica dentro del plan de gobierno para el logro de la Cobertura Universal de Salud y fortalecer el eje de la intersectorialidad de la Reforma de Salud.
16. Mapeo de actores (prestadores de servicios de salud e instituciones relacionadas) relacionados con la determinación social de la salud.
17. Establecer un mecanismo de distribución de recursos de manera equitativa en base a población beneficiaria.
18. Desarrollar una estrategia de comunicación para promover la defensa pública de la reforma de salud a través de diferentes audiencias políticas como el foro económico social de la presidencia.

III. COMENTARIOS DE LAS MESAS SOBRE LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS

ESTRATEGIA 1: AMPLIAR EL ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD, INTEGRALES, DE CALIDAD, CENTRADOS EN LAS PERSONAS, Y LAS COMUNIDADES.

A. ¿PARA AVANZAR HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD, QUE IMPORTANCIA TIENEN LOS SIGUIENTES ASPECTOS?

Todas las preguntas fueron evaluadas como muy importantes.

1. Definir el conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles.

Es importante definir un conjunto de garantías de salud exigibles mínimas con enfoque de determinación social de la salud, orientado a la persona, familia y comunidad, que den una herramienta a la población para exigir sus derechos; que la definición sea producto de un consenso de amplia discusión que incluya a los diferentes sectores de la sociedad civil organizada, como de la población en general y prestadores de servicios, centrado en las necesidades de las personas según el curso de vida, con enfoque de género, derechos e inclusivo, altamente solidario y equitativo, considerando intervenciones costo-efectivas y eliminando el enfoque de paquetes de salud de acuerdo al poder adquisitivo de las personas.

La cobertura universal debe ser asumida por el estado/ gobierno y no solo depende de la distribución de los servicios de salud, sino también de la capacidad rectora de la estructura de salud, que permita establecer normativas para reducir gradualmente la fragmentación de la provisión y segmentación de la demanda.

2. Desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas, la familia y la comunidad.

En el desarrollo del modelo de atención se requiere que dentro de su definición, se incluya el enfoque de determinación social, género, derecho e inclusión, para garantizar el acceso a la salud integral, sin embargo, debe recordarse que el sistema de salud como parte del sistema de protección social, no garantiza el derecho a la salud, ya que el concepto de acceso a salud incluye el entorno ambiental y demás condiciones de desarrollo social (vivienda, ingreso, servicios básicos y otros) considerando el énfasis en la condición de vulnerabilidad y diversidad de las personas según sus necesidades y estructura familiar.

3. Aumento de la capacidad resolutive del primer nivel, articulado en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

Se deben incluir y mejorar la organización de la red, trabajando por incluir a todas las instituciones con una visión sistémica.

El fortalecimiento a la red en su conjunto debe incluir una distribución equitativa de inversión en capital y recursos humanos para aumentar su poder resolutive, así

también la red debe tener la libertad o cierto nivel de autonomía para promover salud en las comunidades.

De igual manera la experiencia ha demostrado que es necesario e indispensable fortalecer los diversos establecimientos de la RIISS, tanto las Unidades Comunitarias, como los Hospitales en sus diversos niveles de complejidad, para que el nivel de resolutivez de ésta sea efectiva.

4. Incrementar de inmediato la inversión en el primer nivel de atención a fin de aumentar la capacidad resolutivez.

Es importante rescatar que en el país, desde el 2009 se ha generado un aumento progresivo en el presupuesto de salud, que ha permitido generar procesos como la ampliación de la cobertura en las redes de salud, con un aumento significativo en recursos humanos, en infraestructura, medicamentos y vacunas, sin embargo se evidencia la necesidad de aumentar aún más la inversión, haciendo énfasis en el primer nivel para que pueda aumentar su poder resolutivez, lo anterior sin descuidar los otros niveles, ya que es fundamental garantizar la inversión equilibrada en todo el sistema, permitiendo garantizar la continuidad de la atención y la protección financiera de las personas independientemente de la complejidad de su necesidad de atención.

El primer nivel constituye un pilar importante en el Sistema de Salud, tomando en cuenta que este nivel resuelve cerca del 80% de los problemas de salud de la población, lo que justifica el fortalecimiento en recursos financieros, físicos y humanos, de igual manera la redefinición de las competencias requeridas del personal para estos nuevos roles y la mejora del ejercicio de la salud pública, especialmente para la Atención Primaria En Salud Integral, el trabajo intersectorial y la promoción de la salud.

5. Ampliar las opciones de empleo en el Primer Nivel de atención, con incentivos y condiciones laborales atractivas. Equipos multiprofesionales de salud con acceso a la información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina). Introducir nuevos perfiles profesionales y técnicos.

La situación de los incentivos y condiciones laborales ha sido un punto de amplia discusión desde los inicios de la implementación de la reforma, pero no fue factible su implementación, especialmente por los ajustes financieros. Existe el incentivo financiero del escalafón anual, que implica hasta un 8% de aumento salarial, la prestación de uniformes, el acceso a los programas de educación continua; no obstante, es importante dejar claro que los incentivos no deben ser únicamente económicos y que se deben tener estrategias que mejoren la motivación del personal, especialmente en las zonas rurales, por ejemplo: Alquiler de viviendas para que los RRHH residan en el lugar de trabajo, ya que actualmente esto causa migración y movilidad, especialmente de los especialistas por la condiciones en que viven. En otros países de Latinoamérica existen incentivos económicos, como becas, aumento salarial, capacitación en servicios en ambientes hospitalarios para el

desarrollo de competencias técnicas, para la mejora continua de la calidad en las dimensiones de la competencia técnica y la seguridad de las personas usuarias.

Es importante mencionar que a pesar de las limitantes financieras se ha tenido un aumento significativo de recursos humanos en el primer nivel de atención, que ha mejorado el acceso a 1.9 millones de personas, que antes del 2009 no se tenía, ampliando la oferta laboral a equipos multiprofesionales: además de médicos, enfermeras, se incluye odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, promotores de salud, educadores en salud, que antes no tenían presencia en el primer nivel de atención.

Los equipos multidisciplinarios se han puesto a disposición de la población incluyendo profesionales en el área de salud mental, por otra parte según las necesidades de fuerza laboral que requiere la reforma de salud, se debe de orientar la formación de nuevos profesionales en el pregrado y post-grado en las carreras que el sistema necesita, de acuerdo con la situación de salud y la demanda de la población.

El Ministerio también ha redefinido los perfiles de puestos de trabajo, actualizando sus funciones y resultados, así como sus requisitos de ingreso, alineando los puestos a los procesos de cambio generados por la Reforma de Salud.

6. Mejora sistemática y progresiva de la disponibilidad y el uso racional de los medicamentos y otras tecnologías de salud.

El uso racional de medicamentos y otras tecnologías es un aspecto importante y estratégico que debe adecuarse a las necesidades reales de la población y la situación económica del país, con protocolos y guías de atención, que a su vez requieren de mecanismos sistemáticos de control para la gestión de medicamentos y tecnologías, a fin de evitar duplicidad en el gasto por poli-consulta y uso ineficiente de los recursos. El Ministerio ha implementado guías clínicas por especialidad que están permitiendo avanzar hacia la estandarización del cuidado a la salud y optimización de los recursos tecnológicos.

Asimismo se ha instalado una red de comités de farmacovigilancia, especialmente en los hospitales y se han mejorado las listas oficiales de medicamentos. Además se han creado y fortalecido los comités de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos en la red de servicios, con el uso de información científica disponible para respaldar las decisiones de inclusión de nuevas tecnologías sanitarias basadas en un análisis costo-beneficio.

7. Implementar programas para el empoderamiento de las personas, incluyendo actividades de promoción, prevención y educación que permitan aumentar el conocimiento de su estado de salud, de sus derechos y obligaciones.

Es muy importante el desarrollo de estrategias de comunicación que permitan reconocer la salud como derecho humano fundamental en la población y los trabajadores de la salud y cambiar la concepción caritativa y filantrópica del servicio para redimensionar el trato digno a las personas sujetas de derecho y el deber constitucional de los servidores públicos.

En este aspecto es necesario agregar la creación de espacios para la población, con el objeto que esta pueda ejercer contraloría social y exigir rendición de cuentas a los prestadores de servicios (Todos los miembros del SNS) para democratizar las decisiones e intervenciones en salud, empoderando a las personas como sujetas de derecho y cualificarlas para poder ejercerlos.

B. ¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS, EN EL PAÍS, QUE DEBERÍAN IMPULSARSE PARA AMPLIAR EL ACCESO EQUITATIVO Y EFECTIVO A SERVICIOS DE CALIDAD, PARTICULARMENTE PARA LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD COMO: LOS JÓVENES, LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA, LOS POBRES, LOS MIGRANTES, LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS O PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD, LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES, TRANS E INTERSEXUALES (LGBTI), ENTRE OTROS?

El modelo debe garantizar la capacidad resolutive de los prestadores incluyendo fortalecimiento en las competencias para poder dar respuesta a las necesidades de cada una de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad; además debe fortalecerse el sistema de seguimiento y supervisión institucional y de contraloría social que garantice el cumplimiento de las normativas creadas para el abordaje bioético de la salud pública según condición de vulnerabilidad de la población con un trato humanizado garante de derechos por parte de los funcionarios públicos.

C. ¿CUÁLES HAN SIDO LAS EXPERIENCIAS Y LECCIONES APRENDIDAS EN EL ÁMBITO DE LA MEJORA DEL ACCESO A LA ATENCIÓN?

1. Uno de las experiencias más importantes para el incremento del acceso a los servicios de salud ha sido la abolición de las cuotas de recuperación de costos directo a las personas, evitando así la barreras económicas, además se ha implementado la estrategia de equipos comunitarios de salud familias en los municipios más pobres, eliminando así la barrera geográfica y económica, lo cual ha permitido un incremento en la cobertura y la reducción del gasto de bolsillo en el punto de provisión del servicio, bajo el reconocimiento del costo beneficio por parte de la población.
2. Otro aspecto es el fortalecimiento de la participación social en salud, creando canales adecuados que permiten a la población el empoderamiento para el ejercicio de sus derechos, denunciando así las violaciones a estos, aumentando los procesos de contraloría y rendición de cuentas.
3. Incremento de la inversión en la infraestructura y tecnología sanitaria en la redes de servicios que han mejorado la calidad de la atención a las personas.
4. En la mejora de competencias técnicas de los recursos humanos, tanto en los niveles estratégicos de dirección como en los mandos medios y operativos, también se ha avanzado en la articulación con las Universidades, para la distribución de los estudiantes egresado en servicio social, en áreas geopoblacionales de mayor necesidad identificadas por el MINSAL.

5. Formación y funcionamiento de los consejos de gestión de las RISS.
6. Se ha mejorado el marco regulatorio con la elaboración de políticas de promoción a la salud y protección social como la de lactancia materna y medicamentos que llegaron a ser Leyes como parte de las políticas de Estado, incluyendo la inclusión del FNS como eje de la reforma de salud.
7. No obstante los avances descritos, se requiere una mayor difusión del proceso de reforma para conocer los alcances y beneficios de esta y acelerar los procesos hacia la cobertura universal de salud.

D. ¿CÓMO PUEDE LA OPS APOYAR AL PAÍS EN ESE PROCESO?

Por medio de asistencia técnica y financiera, apoyando a la definición de ese conjunto de prestaciones, fortalecimiento marco regulatorio y de rectoría del MINSAL, apoyo al sistema informático. Los temas de calidad, la gestión del tiempo y la demanda, articulación entre proveedores de servicios y funcionamiento en RISS, normativa conjunta, el modelo de salud urbano, Intercambio de experiencias. Asistencia Técnica de acuerdo a las prioridades y necesidades que diagnóstica y establece el país. Continuar con el costeo en RED. Continuar con la sistematización de experiencia, implementación de las resoluciones del consejo directivo respetando la autonomía de cada país, nos parece importante que OPS denuncie el poco apoyo financiero a esta y a la región por parte de las agencias de Naciones Unidas.

ESTRATEGIA 2: FORTALECER LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA

A. ¿QUÉ RELEVANCIA DEBE DARSE, EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL A LOS SIGUIENTES TÓPICOS?

1. Establecer mecanismos formales para la participación, el diálogo y la rendición de cuentas.

La Reforma de Salud impulsa los procesos de empoderamiento de la ciudadanía por medio de participación social amplia e intersectorial, que se expresa en formulación de políticas, evaluación en incidencia y contraloría social. El rol protagónico de la ciudadanía permite romper con relaciones verticales, promoviendo la democracia participativa en la elaboración de Políticas Públicas y en el monitoreo de su ejecución, la rendición de cuentas y la corresponsabilidad ciudadana.

El desafío es que el ente rector, debe garantizar la continuidad de los procesos, con mecanismos claros y democráticos, con amplia participación, que permitan la construcción de una ciudadanía capaz de demandar y exigir eficiencia en los servicios, buscando además el ejercicio de los principios constitucionales de la participación ciudadana como forma de co-gobierno.

2. Políticas y planes con objetivos y metas nacionales definidas que se monitoreen y evalúen.

El Salvador, construyó **con amplia participación social** la Política Nacional de Salud 2009-2014 y estableció ocho prioridades en el proceso de reforma de salud y que serán profundizadas en este quinquenio. Se ha definido en su programa de Gobierno, 2014-2019, el marco estratégico del buen vivir y el desarrollo, incluyendo en el tema de salud la estrategia 14: **“Caminar hacia una Sociedad saludable”**.

Es de suma importancia en su implementación el tema de calidad y calidez, con metas acorde a la realidad de cada territorio, para determinar su nivel de cumplimiento, estableciendo la importancia de la contraloría ciudadana para el monitoreo y seguimiento de las metas establecidas.

Un desafío del personal de salud es contar con las competencias para contribuir a la rectoría, vinculado a las políticas, planes y metas, para armonizar las acciones con otras instituciones del Estado, que también fortalezca la intersectorialidad en salud.

Para fortalecer la rectoría, es importante la fiscalización y regulación (monitoreo) de la implementación de las Políticas Públicas incluyentes con el sector privado.

3. Definir e implementar una serie de intervenciones para fortalecer la rectoría en el sector salud, asegurando las funciones esenciales de salud pública, con énfasis en la gestión y liderazgo de las autoridades de salud.

La Ley del Sistema Nacional de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector, siendo el mayor desafío la integración de los diferentes actores del sector, con claridad en sus roles para la articulación sinérgica de los diversos actores en las RIIS, y las diferentes instancias intersectoriales para lograr un mayor impacto en la salud, lo cual implica un importante esfuerzo en el fortalecimiento de la gestión estratégica del MINSAL como ente rector que incida en la inclusión de la salud en las políticas sectoriales.

Particularmente relevante resulta el liderazgo del sector salud para acompañar a la organización comunitaria en la movilización de la sociedad para la formulación conjunta de políticas que trasciendan el ámbito de los servicios e impidan el deterioro del entorno y conduzcan a generar enfermedades y muerte en la población, tal es el caso de las Políticas y Leyes regulatorias de los productos agroquímicos particularmente los plaguicidas en relación con la enfermedad renal crónica o las repercusiones de la explotación minera a cielo abierto por la contaminación del suelo y los mantos acuíferos o la seguridad alimentaria vulnerada por los alimentos transgénicos.

4. Marco legal y regulatorio;

Durante los años 2009-2014, se ha avanzado en cambios sustanciales que aún no tienen soporte jurídico legal, por lo que deben proponerse cambios y ajustes jurídicos necesarios que le den sustentabilidad a los avances de la reforma y a la integración del sistema nacional de salud.

Se ha avanzado en la aprobación de las siguientes Leyes Nacionales: Medicamentos, Vacunas, Tabaco y Lactancia Materna, sin embargo es necesario fundamentarse en los estándares internacionales de protección de los derechos

humanos que garantice el Derecho Humano a la Salud, con una rectoría clara y fuerte. El Estado debe garantizar los mecanismos de armonización de las leyes y su debida actualización para que sean congruentes con la dinámica de la realidad.

5. Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo

En el quinquenio 2009-2014, se ha creado el Sistema Único de información en Salud, como una herramienta de gestión estratégica para la toma de decisiones, para la mejora continua, y la sistematización y retroalimentación de la implementación de la Reforma de Salud.

El sistema de información debe permitir que la población tenga acceso a información, desagregada por áreas geográficas, grupos de edad, género, tipos de discapacidad entre otros; también debe estar vinculado al componente de rectoría, como aspecto prioritario para la optimización de los recursos, para el desarrollo de la agenda de investigación, el diálogo político técnico intersectorial que favorezca el liderazgo, la sostenibilidad de la gestión del conocimiento de los Recursos humanos en Salud.

6. Evaluar el progreso hacia la cobertura universal de salud. Elaboración de una agenda de investigación y una mejor gestión del conocimiento.

Se creó en el 2011 el Instituto Nacional de Salud, posicionando a través de los resultados de la investigación, temas de salud relevantes como la enfermedad renal crónica; se ha construido una agenda nacional de investigación basada en los problemas de la realidad nacional, con un proceso de participación amplia multidisciplinaria.

B. EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS QUE DEBEN FORTALECERSE, EN EL PAÍS, PARA MEJORAR LA GOBERNANZA Y LA RECTORÍA EN EL SECTOR SALUD?

1. Fortalecer la rectoría del MINSAL a través de la reforma del marco legal
2. Abordaje Intersectorial de la salud.
3. Reconocimiento de la participación social en salud que favorezca el empoderamiento de las comunidades.
4. Fortalecer la institucionalidad con procesos de contraloría ciudadana sobre la toma de decisiones e implementación de las mismas.
5. Garantizar mayor asignación presupuestaria y mecanismos concretos de su ejecución
6. Generación de un sistema de información integrado desde el nivel local, partiendo del reconocimiento de la importancia de la recopilación y uso real de los datos para la toma de decisiones a todo nivel.
7. Fortalecimiento del trabajo en RIISS

C. ¿CUÁLES HAN SIDO LAS EXPERIENCIAS Y/O APRENDIZAJES EN EL ÁMBITO DEL FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNANZA Y RECTORÍA?

1. El reconocimiento de la CISALUD, como elemento de abordaje intersectorial de la determinación social de la salud incluyendo la existencia de leyes como el Sistema Nacional de Protección Civil, NNA, LM, atención a la discapacidad y otras de relevancia nacional que demandan el accionar coordinado de los diferentes sectores sociales.
2. Desde la gestión de la salud ambiental se ha participado en procesos de planificación relacionados con la adaptación al cambio climático, el abordaje de las enfermedades vectoriales, la ERC, seguridad vial y la prevención de accidentes, y otras.
3. En el abordaje de epidemias, emergencias y desastres, se ha tenido la conducción por parte de la Sub Comisión Técnica Sectorial de Salud del Sistema Nacional de Protección Civil que ha permitido un abordaje eficiente de las intervenciones por parte de los diferentes sectores involucrados.
4. Coordinación de comisiones nacionales como CONASIDA, CONASAN, FOSALUD y otras instancias interinstitucionales.
5. Promoción de alianzas estratégicas para el abordaje de la mortalidad materna y perinatal, protección de la niñez y la adolescencia, comisiones intersectoriales en el ámbito nacional para el desarrollo de recursos humanos, salud bucal, problemas renales entre otros.
6. Gestión financiera que ha mejorado el presupuesto, la inversión en medicamentos, insumos, infraestructura, entre otros.

D. ¿CÓMO PUEDE LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS APOYAR EN ESTA ÁREA?

1. Fortalecer las capacidades para el desarrollo de las funciones de la rectoría y las funciones esenciales de la salud pública, así como la formulación de políticas basadas en evidencia.
2. Asistencia técnica para el diálogo social sobre la Reforma de Salud a partir del reconocimiento de la salud como derecho, el acompañamiento a los Acuerdos Internacionales o Foros de discusión internacional,
3. Apoyo técnico para sistematizar y la difusión permanente de las buenas prácticas, que fundamente la Política Pública Nacional,
4. Asistencia técnica para el cumplimiento de los compromisos emanados del Consejo Directivo de Ministros de Salud ,
5. Facilitación para la formulación del marco jurídico legal y la armonización con los estándares internacionales de protección de derechos humanos,
6. Acompañar procesos de diálogo entre diversos actores para el establecimiento de acuerdos nacionales en la búsqueda del fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema.

7. Apoyar la instalación de capacidades técnicas a nivel nacional, regional y local para la generación del sistema de información integrado.

ESTRATEGIA 3: AUMENTAR Y MEJORAR EL FINANCIAMIENTO CON EQUIDAD Y EFICIENCIA, ELIMINANDO EL GASTO DE BOLSILLO.

A. ¿QUE ELEMENTOS DEBEN CONSIDERARSE PARA ABORDAR LOS SIGUIENTES TEMAS?

1. Aumento del financiamiento público en salud.

Actualmente, en El Salvador el MINSAL es responsable de la cobertura del 80% de la población con un gasto que representa el 2.4% del PIB lo cual determina la alta importancia que en el corto plazo se incremente la inversión en salud por la vía de los impuestos, mientras se reforma el marco legal para mejorar la situación de la articulación de las diferentes fuentes financieras del sector con una visión compartida de protección social universal.

Agregando el gasto ejecutado de las instituciones públicas del sector (MINSAL, ISSS, ISBM, SM, CSSP, DNM, entre otras), se invierte cerca del 4.6% del PIB, el cual representa para 2013 más del 60% del gasto nacional en salud con marcadas inequidades en el gasto per cápita. Por lo anterior, el financiamiento disponible, aún es insuficiente para avanzar hacia una cobertura universal de salud. De ahí que se hace necesario incrementar los recursos dirigidos al sector salud dentro de la protección social universal, con énfasis en el MINSAL y, a su vez, ampliar la base de cotizantes activos de los esquemas de aseguramiento público (ISSS, ISBM, SM).

Para avanzar a una cobertura universal de salud es importante incrementar la inversión en salud al 6% del PIB en el presupuesto del MINSAL, dado que es la Institución que atiende a la mayor parte de la población.

2. Gasto de bolsillo

En el caso del sector público, la introducción de mecanismos para evitar copagos en los servicios de salud a partir de 2009, mejoró el acceso de la población al MINSAL. Sin embargo el GBDHS (gasto de bolsillo directo de los hogares en salud), tiene una fuerte asociación también con los niveles de abastecimiento de insumos y medicamentos en las redes de servicios. Por lo tanto, para eliminar o minimizar el GBDHS, se requiere garantizar, en el sector público, un abastecimiento adecuado con financiamiento derivado de los impuestos generales, lo que implica, entre otras cosas, hacer una reforma fiscal para lograr incrementar el presupuesto del MINSAL. Lo relativo a la mancomunación de recursos debe someterse a un proceso de reformas jurídico legales en el mediano plazo.

3. Mejorar la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud.

Todavía persiste un problema de fragmentación en los servicios de salud del país y se hace necesario eficientizar el uso de los recursos. En el país persiste un sistema

de salud, segmentando y fragmentado, que genera duplicaciones de esfuerzos, inequidad en el gasto per cápita institucional en salud, subsidios cruzados del MINSAL hacia el resto de entidades públicas; y, aumento del costo de los servicios. Situación que impacta en la eficiencia en el uso de los recursos. Por lo mismo, se vuelve urgente replantear la organización del sistema de salud actual y su esquema de financiamiento.

B. ¿CUÁLES SON LOS DESAFÍOS EN SU PAÍS PARA LA APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PROPUESTAS EN ESTA LÍNEA ESTRATÉGICA (AUMENTAR EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO A LA SALUD Y LA ELIMINACIÓN DEL PAGO DIRECTO EN EL MOMENTO DE RECIBIR LA ATENCIÓN) ¿CÓMO LOS ABORDARÍA?

1. Incrementar el Gasto Público en Salud del 4.6% del PIB en 2013, al 6% del PIB al 2019. Para lograr este desafío se propone:

- a. Incrementar el presupuesto asignado al MINSAL, pasando de 2.4% (2013), a por lo menos 3.5% del PIB en 2019, considerando las proyecciones de crecimiento económico y la política fiscal que incluye el control de la elusión y evasión así como el incremento de la recaudación para la inversión en salud.
- b. Ampliar la base actual de cotizantes al ISSS, mediante la formalización del sector laboral;
- c. Incrementar el empleo formal para mejorar los ingresos del ISSS; y el techo actual de cotización al seguro social (\$685 aproximadamente) así como modificar las tasas de cotización actuales de los seguros de salud públicos (ISSS, ISBM, Sanidad Militar), de manera de que los que tienen mayores ingresos, aporten más recursos a la seguridad social;
- d. Revisar los actuales esquemas de incentivos salariales del sector salud;
- e. Revisar la ley del FONAT y los impuestos específicos actuales dirigidos al sector salud;
- f. Implementar medidas en el corto plazo para recuperar la mora patronal que se le adeuda al ISSS por parte del sector privado;
- g. revisión de los actuales convenios de prestación de servicios entre el MINSAL y el ISSS;
- h. Revisar y ajustar la ley del ISSS y los otros esquemas de aseguramiento público e impulsar una reforma fiscal.
- i. Implementar una Reforma fiscal que permita una estructura tributaria progresiva que le inyecte más recursos al sector salud, con énfasis en el MINSAL;
- j. Fortalecer FOSALUD ampliando impuestos específicos hacia sectores que afectan en forma directa la salud de la población (agroquímicos, alimentos chatarras, bebidas carbonatadas, etc.), garantizando que una parte importante de los mismos se incorporen al presupuesto del sector público; y transformar el rol proveedor en financiador de la entidad.

- k. Evitar y/o minimizar los subsidios cruzados entre las instituciones del sector salud, generando en caso de que existan mecanismos de compensación entre ellas;
 - l. Instaurar el registro del sistema único de información en salud para controlar el uso de los recursos (poli consultas, sobre medicación, etc.);
 - m. Generar indicadores de medición de costos, desempeño y calidad para contar con evidencias en la evaluación económica de los servicios y mejorar la eficiencia del gasto;
 - n. Revisar y ajustar la ley del FONAT, incrementando los recursos asignados al MINSAL;
 - o. Revisar los actuales esquemas de incentivos laborales del sector salud en su componente público (escalafón, bonos, etc.);
 - p. Hacer eficientes los procesos de compras, revisando la ley LACAP e introducir mecanismos de economías de escala (compras conjuntas, de largo plazo, etc.)
- 2. Reducir la inequidad en la distribución del gasto per cápita en salud debido a la segmentación del sistema de salud. Para lograr este desafío se sugiere:**
- a. Minimizar o controlar los subsidios cruzados entre las instituciones públicas de salud e introducir un sistema de reconocimiento de costos entre las partes.
 - b. Ampliar las coberturas de servicios de salud (oferta de servicios) a los hijos hasta los 18 años de edad de los cotizantes activos del ISSS.
 - c. Revisar y actualizar las tarifas actuales establecidas por convenios con terceros, todo ello como mecanismos para avanzar hacia la mancomunación solidaria de fondos y mejorar la protección financiera en salud.
- 3. Eliminación del pago directo de bolsillo en los servicios de salud de las instituciones públicas, a través de:**
- a. Mejorar el abastecimiento de la red de servicios de salud, en términos de medicamentos, insumos médico quirúrgicos y otros rubros críticos que impactan en el gasto de bolsillo de los hogares.
 - b. Garantizar la sostenibilidad de la gratuidad de los servicios de salud del MINSAL.
 - c. Profundizar la implementación de la ley de medicamentos (control de precios, de la prescripción en farmacias, etc.).
 - d. Identificar mecanismos de conformación de fondos mancomunados para minimizar el pago directo en salud de los usuarios.
 - e. Control de la automedicación de los usuarios.

C. ¿CUÁLES SON LAS EXPERIENCIAS Y LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE SU PAÍS?

1. Extender los servicios de salud a los municipios más pobres, mejorando la oferta de servicios para la población más vulnerable principalmente en infraestructura y equipamiento para el tratamiento de enfermedades catastróficas de alto impacto económico.
2. Alineamiento de la cooperación externa y armonización de las fuentes de financiamiento a fin de desarrollar y profundizar los ejes estratégicos del proceso de Reforma de Salud.
3. Mejoramiento de la red de laboratorios y del equipamiento hospitalario.
4. Aumentar la fuerza laboral y mejorar la distribución de los actuales RRHH de salud a nivel país, con énfasis en los territorios más vulnerables.
5. Incorporación de un sistema de abastecimiento de medicamentos a nivel nacional, para identificar los niveles reales de existencia.
6. Establecimiento de compras conjuntas de medicamentos para generar economías de escala.
7. El fortalecimiento de las RIIS para incrementar el acceso y la cobertura de la población más vulnerable.
8. Mejoramiento del financiamiento del primer y segundo nivel de atención, con diferentes fuentes.
9. Aumento de la inversión RRHH, equipamiento e infraestructura, lo que impactó en la reducción de las tasas de mortalidad (materna y perinatal) y letalidad hospitalaria (Enfermedades crónicas no transmisibles), así como en la protección financiera contra gastos catastróficos por lesiones de causa externa (fracturas), neurocirugía e insuficiencia renal crónica.
10. Cambio cualitativo en la orientación de FOSALUD como apoyo al MINSAL por medio del financiamiento de proyectos especiales (atención ginecobstétrica, cirugía ortopédica y otros)
11. Desarrollo del sistema único de Información en salud para fortalecer la toma de decisiones basadas en evidencias;
12. Articulación de los recursos intersectoriales por medio de la CISALUD en el nivel nacional y los Comités de Gestión Departamentales y locales en la RIIS;
13. Implementación de la cirugía ambulatoria y desconcentración de la cirugía ortopédica.
14. En el caso del ISSS: 1) entrega de medicamentos a nivel domiciliario; 2) uso del DUI para entrega de servicios de salud; 3) sistemas de reintegro de gastos en medicamentos seleccionados y/o de consultas derivadas al sector privado; 4) implementación de mecanismos de control interno, entre otros.
15. Neurocirugía por estereotaxia por parte del Hospital Rosales a pacientes del ISSS.

D. ¿CÓMO PUEDE LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS APOYAR EN ESTA ÁREA?

1. Asistencia técnica sobre sistemas únicos de información en las instituciones del sector salud.
2. Facilitar la formación continua en gerencia y en temas relacionados con economía y financiamiento en salud; (evaluación económica, formulación presupuestaria).
3. Apoyar el desarrollo de evaluaciones de calidad, planes de reingeniería y elaboración de diagnósticos.
4. Desarrollo de sistemas de costeo de los servicios de salud;
5. Fortalecimiento de la gestión basada en resultados evitando a la vez que esta modalidad derive en el fortalecimiento de programas verticales que obstaculizan la APS y particularmente la participación social.
6. Desarrollo del diseño de herramientas para mejorar las capacidades institucionales en el seguimiento y evaluación de la protección financiera en salud;
7. Diálogo social sobre las opciones existentes para financiar la salud;
8. Información técnica sobre los efectos en la estabilidad macroeconómica que podría tener la afluencia de capital externo para financiar la salud.
9. Asistencia técnica sobre métodos para evaluar la incidencia en los servicios de salud de los cambios en los sistemas de financiación a medida que éstos avanzan hacia la cobertura universal.

ESTRATEGIA 4: FORTALECER LA ACCIÓN INTERSECTORIAL PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

A. ¿QUÉ RELEVANCIA POSEEN LOS SIGUIENTES TÓPICOS?

1. ***Fortalecer la capacidad de las autoridades de salud para influenciar otros sectores para abordar los determinantes sociales de la salud y establecer mecanismos intersectoriales de coordinación.***

Dado que abordar las causas de los problemas de salud va más allá del sector salud, es importante fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para promover la salud en las políticas sectoriales, lo cual tiene implicaciones en el fortalecimiento de los procesos de abogacía para incidir en las decisiones y el desarrollo de nuevas capacidades intersectoriales, así como los mecanismos de diálogos técnicos, políticos y la mejora de la calidad de las alianzas estratégicas. Se reconocen como ámbitos claves de intervención el gabinete de Gobierno, la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la Asamblea Legislativa, las Comisiones Técnicas de Protección Civil, Medios de Comunicación, gremiales y otras organizaciones de la Sociedad Civil (Foro Nacional de Salud, asociaciones de pacientes)

Es importante incidir en la población para la generación de una masa crítica que acompañe a la autoridad Sanitaria Nacional en su papel de rector con las organizaciones e instituciones nacionales; es un camino innovador para resolver problemáticas y el derecho del acceso a la salud de las personas, cuya potestad no es únicamente del sector salud.

2. Generar evidencia para sustentar acciones interinstitucionales, en particular, mediante la evaluación de las implicaciones para la salud de políticas, programas y proyectos de desarrollo.

Se valora con una importancia muy alta, debido a la incidencia técnica y política que tienen las evidencias sobre las buenas prácticas que realizan otras instituciones ajenas al sector salud, para abordar la determinación social de la salud. Esta evidencia que se genera es fundamental para la toma de decisiones, abogacía en salud y la puesta en práctica de estrategias innovadoras del nivel local y regional.

En los países la brecha tecnológica para generar evidencia, también es una determinante de la salud, al igual que la falta de reorientación de los servicios de salud en su enfoque de atención hacia la persona, familia y comunidad.

Se debe crear un repositorio nacional donde estén documentadas las evidencias de la aplicación del método científico en el análisis de las determinantes sociales de la salud, para compartir el conocimiento generado a través de una revista interinstitucional e intersectorial, ya que es importante sistematizar las experiencias del trabajo intersectorial que potencia los recursos de las instituciones y evitar la duplicidad de esfuerzos.

También es necesaria la creación de indicadores consensuados como un paso de calidad para mejorar lo que es medible, evitando los esfuerzos aislados y evaluar la capacidad de resolución de todas las instituciones de gobierno en función de los determinantes sociales de la salud (establecer primero una línea de base)

También es importante estudiar todos los determinantes de la salud, entre ellos la importación de agroquímicos, la calidad del agua, el acceso a la vivienda digna, entre otros, de tal manera que se midan las brechas como punto de partida para la definición de políticas públicas y poder devolver a la comunidad el conocimiento e ir construyendo una masa crítica en todos los niveles, para estos análisis se deben fortalecer los sistemas de información intersectoriales.

3. Promover la cobertura universal de salud en los programas de protección social. Fortalecer la participación de la autoridad nacional de salud en la definición de los componentes relacionados con la salud de los programas sociales, incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero, según corresponda;

El Salvador, cuenta con una Ley de Desarrollo y Protección Social, que establece “el marco legal para el desarrollo humano, protección e inclusión social, que promueve, protege y garantiza los derechos de las personas. El estado será el garante de su aplicación, con enfoque de derechos humanos, procurando que la población tenga acceso a los recursos básicos para la satisfacción y ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes. (Art.1:2014); esta ley incluye en su art 27, la definición de un Subsistema de Protección Social Universal que será la instancia de coordinación gubernamental de los programas de protección social, para otorgar seguridad a las personas frente a los riesgos y desafíos que se enfrentan en el ciclo de vida, particularmente para aquellas que carecen de seguridad social contributiva y

las que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad económica, social y ambiental; uno de los programas de este subsistema es el acceso y cobertura universal a la salud pública y gratuita.

Los programas de protección social requieren de un sistema sustentable en el largo plazo para garantizar la equidad y la universalidad de la salud integral de las personas, familias y comunidades; el sistema “no debe admitir transferencias condicionadas”, como formas de coerción y promover el desarrollo humano integral, a través de las inversiones sociales, por ello la autoridad sanitaria debe fortalecer su función rectora, para ejercer la gobernanza y promover la participación en todo el proceso, con el fin integrar las diferentes alianzas bajo el enfoque de la determinación social de la salud.

Se propone que el Ministerio de Salud, sea una autoridad intersectorial asesora, bajo el marco regulatorio vigente, observando el cumplimiento de las leyes vigentes tales como la de Protección Civil.

4. Fortalecer la articulación entre salud y comunidad, empoderar a las personas y las comunidades mediante la capacitación de líderes, mujeres, jóvenes y otros miembros de la comunidad, para el entendimiento de los determinantes de la salud y su participación activa en la promoción y protección de la salud.

Es importante transformar a las personas en actores de cambio y no solo como demandantes de servicios de salud ya que en la medida en que los ciudadanos se involucren en los diversos espacios de análisis de situación, hasta la toma de decisiones en la formulación de planes, ejecución y contraloría por medio del monitoreo y evaluación para la solución de los problemas, se van a poder resolver de manera más eficiente y sostenible. El empoderamiento por medio de la participación activa construye ciudadanía al crear los espacios necesarios para que cada quien ejerza su derecho a la salud integral y no solo a la prestación de los servicios de salud.

No se trata de un tema de articulación sino de corresponsabilidad consciente que debe ser generado desde el análisis crítico de la situación comunitaria como parte de la educación para la salud, considerando necesario para mejorar el acceso al derecho a la salud, elevar las capacidades y el empoderamiento a través del conocimiento y la información en salud integral para lograr una participación social efectiva.

Se destaca la importancia de la articulación de las políticas públicas y programas del gobierno central con los gobiernos locales organizados al servicio de la población, pues la resolución de los problemas de salud requiere de la simbiosis entre la participación de la comunidad y la institucionalidad del Estado.

B. ¿CUÁLES SON LAS BARRERAS PARA FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA AUTORIDAD NACIONAL DE SALUD PARA INFLUIR EN LA LEGISLACIÓN, LOS REGLAMENTOS E INTERVENCIONES MÁS ALLÁ DEL SECTOR SALUD QUE ABORDEN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD? ¿CÓMO ABORDARÍA ESTO?

1. Una de las más fuertes barreras son los Intereses políticos, económicos, individuales y corporativos que limitan la resolución de las causas de los problemas y la formulación e implementación de las políticas públicas integrales. No hay claridad en los conceptos de Determinación Social de la Salud como herramientas teóricas para trascender la visión biologicista (medico- hospitalario) de la Salud.
2. Limitación de evidencias sobre determinantes sociales de la salud.
3. La rendición de cuentas es un proceso incipiente que requiere mejoras en los procesos democráticos participativos para la ciudadanía.
4. Existen "limitaciones" técnicas y jurídicas para promover la salud en las políticas y reformas legales que se debaten en las diferentes comisiones relacionadas con la protección social en el seno de la Asamblea Legislativa, donde hay muchos intereses que no necesariamente están en función de la población, ello significa muchas veces conflictos de intereses con los sectores industriales, comerciales y poderes facticos que protegen a la gran empresa privada.
5. Limitada formación en cultura política popular a través de la educación y organización comunitaria.
6. Capacidad para articular planes y políticas sectoriales en un Plan Nacional de Desarrollo, no se puede seguir ejerciendo gobernanza individual, dejando fuera a otros actores importantes para la resolución de los DSS.
7. Falta de reconocimiento de las demás instituciones de gobierno hacia la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.
8. Limitantes financieras para la asignación presupuestaria adecuada.
9. Insuficiente competencia técnica del personal de salud para responder a las diferentes necesidades que se generan para el abordaje intersectorial y comunitario.
10. Escasos mecanismos para generar las capacidades en la población que permitan exigir los cambios a los legisladores y otras instancias del Estado, así como en la para ejercer la gobernanza por el ente rector en salud.

C. ¿CUÁLES HAN SIDO LAS EXPERIENCIAS Y LECCIONES APRENDIDAS EN TRABAJAR CON OTROS SECTORES SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD?

1. Las características de las personas delegadas por las instituciones fuera del sector salud y dentro del mismo sector, han determinado la voluntad para poder operativizar los DSS, sin embargo es necesario institucionalizar mediante políticas e instrumentos jurídicos los procesos de coordinación intersectorial para incidir en los determinantes sociales de la salud.
2. Baja continuidad de los procesos de desarrollo local por los cambios de las autoridades locales.
3. El trabajo intersectorial ha movilizó a la toma de decisiones nacionales como la declaración de alertas por desechos sólidos, Dengue, Chikungunya lo cual ha permitido abordajes innovadores y fortalecidos, que han disminuido la letalidad por estas enfermedades.

4. La falta de vinculación orgánica entre gobiernos locales y el gobierno central para el tema de las sanciones e implementación de las normativas vigentes así como las políticas de protección social.
5. Son ejemplos de buenas experiencias: la CISALUD, CONASAN, relaciones de trabajo para la implementación de Escuelas y mercados saludables, manejo de las epidemias de dengue. Así como CISALUD, ha demostrado que la alianza en el trabajo entre salud, educación y las ONGs, produce mejores resultados en la resolución efectiva de problemas de salud y sus determinantes.
6. Una de las buenas experiencias ha sido la elaboración y consulta participativa de los instrumentos regulatorios en salud, especialmente las Políticas de Salud.
7. El ejercicio independiente del Foro Nacional de Salud, que articula a los comités locales en una estructura que les permite generar incidencia política en salud.
8. La participación social concebida como generadora de cambios y eje transversal de las políticas públicas.

D. ¿QUÉ ESPERARÍA DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS EN ESTA ÁREA?

1. Respaldo técnico y político en la consecución de la cobertura universal de salud adecuada al contexto nacional y en coherencia con la oferta programática de protección social “El Salvador adelante” 2014-2019, la política nacional y la reforma salud.
2. Apoyo a la rectoría de la autoridad nacional de salud, en temas que afectan directa e indirectamente la salud de la población.
3. Debe haber alineamiento de su rol técnico asesor, sobre los procesos que el país desea construir respetando la visión y enfoque nacional. Financiamiento y cooperación técnica para realizar proyectos de alto impacto.
4. Situar este tema en el más alto nivel de políticas públicas
5. Acompañamiento en el fortalecimiento de las capacidades técnicas a todo nivel
6. Fortalecer el tema de intersectorialidad con personal que maneje la determinación social de la salud.
7. Compartir experiencias exitosas de otros países
8. OPS debe apoyar en investigación y difusión de experiencias sobre la determinación social de la salud.
9. El enfoque de promoción de la salud debe ser fortalecido.

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
CONSULTA NACIONAL SOBRE ESTRATEGIA DE COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

PROGRAMA

FECHAS: 10 DE JULIO 2014.

8:00 – 8:15 am.

Inscripción.

8:15 – 8:35 am. Palabras de apertura.

Dr. Eduardo Espinoza

Viceministro de Políticas de Salud

8:35 – 9:00 am. Estrategia Regional para la Cobertura Universal de Salud.

Dr. José Ruales E.

Representante de la OPS/OMS

9:00 – 9:30 am. Presentación de Avances de la Reforma de Salud y desafíos hacia la Cobertura Universal en Salud.

Dr. Eduardo Espinoza

Viceministro de Políticas de Salud

9:30 – 9:45 am RECESO

9:45 – 10:00 am Explicación de la metodología de trabajo y distribución de los grupos.

Licda. María Ángela Elías Marroquín, MINSAL

10:00 – 12:30 am

Discusión en Grupos

Grupo 1: Acceso equitativo a servicios de salud con calidad y centrados en el paciente

Grupo 2: Rectoría y Gobernanza Sectorial

Grupo 3: Financiamiento en salud

Grupo 4: Intersectorialidad para incidir en los Determinantes Sociales de la Salud

12:30 – 1:15 pm. ALMUERZO

1:15 – 2:30 pm. Integración, elaboración de resumen y revisión de los trabajos en grupos

2:30 – 3:45 pm. Plenaria de presentación de los grupos y comentarios generales

3:45 – 4:00 pm. Palabras de agradecimiento y clausura.

Dra. Violeta Menjivar

Ministra de Salud

FACILITADORES DE LAS MESAS

MINSAL Y OPS

MESA 1 ACCESO: PATRICIA ALVAREZ Y GUADALUPE RAZEGUI

MESA 2 RECTORÍA Y GOBERNANZA: MAYRA DE HERNÁNDEZ Y MONICA PADILLA

MESA 3 FINANCIAMIENTO: MANUEL BEZA Y RODOLFO PEÑA

MESA 4 FORTALECER LA ACCIÓN INTERSECTORIAL: MARÍA ÁNGELA ELIAS M Y EDUARDO ORTIZ

PARTICIPANTES POR MESAS DE TRABAJO
REUNIÓN DEL DÍA 10 DE JULIO DE 2014

INTEGRANTES DE LA MESA # 1

“ ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y CENTRADOS EN LOS PACIENTES”

1. Patricia Melara (FOSALUD); patriciamelara@fosalud.gob.sv
2. Emma Cortez (MINSAL); ecortez@salud.gob.sv
3. Ma. Argelia Dubón (MINSAL); argeliadubon@gmail.com
4. Veronica Villalta (FOSALUD); veronicavillalta@fosalud.gob.sv
5. Carlos René Fernández (MINSAL- Hosp. San Bartolo); crfernandez@gmail.com
6. Luis Enrique Fuentes (MINSAL- DNH); fuentescirujanolap@yahoo.com
7. Jeannette Alvarado (MINSAL-DPNA); jach65@yahoo.com.mx
8. Miguel Angel Linares (MINSAL-Planificación); milanares@salud.gob.sv
9. Elba Marjorie Fortín (ISRI); crio@isri.gob.sv
10. Hernán Luque (OPS/OMS); luqueher@paho.org
11. Guadalupe de Razeghi (OPS/OMS); razeghig@paho.org

INTEGRANTES DE LA MESA # 2

“RECTORIA Y GOBERNANZA SECTORIAL”

1. Beatriz Elizabeth de Doratt (DNM); beatriz.clara@medicamentos.gob.sv
2. Mercedes Cruz Cruz (Ministerio de Trabajo); mercruzacruz@yahoo.com
3. Monica Padilla (OPS/OMS); padillamo@paho.org
4. Miguel Aragón (OPS/OMS); aragonm@paho.org
5. Eliette Valladares (COMISCA); evalladares.nic@gmail.com
6. Ma. Victoria Durán (MINSAL); vickiduranr@hotmail.com
7. Roxana Iris Torres Almendares (ISSS); roxana.deiraheta@iss.gob.sv
8. Dora Margarita Hernández (MINSAL-Reg Ote); regionoriental2014@yahoo.com
9. Blanca Romero (MINSAL-Hosp. Suchitoto); blancaromero96@yahoo.com
10. Gianira Chávez de Benítez (OPS/OMS); chavezgi@paho.org
11. Victor Rivera (MINSAL- Regulación); vrivera@salud.gob.sv
12. Renzo Castillo (MINSAL Reg. Paracentral); recastillo@salud.gob.sv
13. Mayra Saenz de Hernandez (MINSAL); msaenz@salud.gob.sv

INTEGRANTES DE LA MESA # 3
FINANCIAMIENTO EN SALUD

1. Gloria Miriam Rubio (MINSAL); glorimiriamrubio1@gmail.com
2. Gloria E. Larios (Ministerio Hacienda); gloria.larios@mh.gob.sv
3. Mario González (DNM); mario.gonzalez@medicamentos.gob.sv
4. Rubenia Castro (Ministerio de Hacienda); rubenia.castro@mh.gob.sv
5. Rodolfo Peña (OPS/OMS); penarodo@paho.org
6. Mario Carbajal (MINSAL);
7. Rigoberto González; (OPS/OMS); gonzalezri@paho.org
8. Manuel Beza (MINSAL); manuel.beza@gmail.com
9. Rudy Armando Bonilla (ISSS); rudy.bonilla@iss.gob.sv
10. Ricardo Amaya (ISSS); ricardo.amaya@iss.gob.sv

INTEGRANTES DE LA MESA # 4
INTERSECTORIALIDAD PARA INCIDIR EN LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. Nadia Rodriguez Villalta (MINSAL); nvillalta@salud.gob.sv
2. Alejandro José Santos Molina (ANDA); alejandro.santos@anda.gob.sv
3. Melvin Arturo Gómez (MINSAL Hosp.Soyapango); melvingomez90@yahoo.es
4. Ma. Angela Elias (MINSAL); melias@salud.gob.sv
5. Karina Elias Abrego (Ministerio de Gobernación); karina.elias@gobernación.gob.sv
6. Dora Maria Vega (MINSAL); dmvega65@yahoo.com
7. Francisco Merino (MAG); francisco.merino@mag.gob.sv
8. Arnoldo Rafael Cruz (MINSAL); arcruz@salud.gob.sv
9. Rolando Masis (MINSAL); rolando_masis@hotmail.com
10. Juan Carlos Meléndez (OPS/OMS); melendezj@paho.org

PARTICIPANTES POR MESAS DE TRABAJO
REUNIÓN DEL DÍA 11 DE JULIO DE 2014

INTEGRANTES DE LA MESA # 1

“ ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y CENTRADOS EN LOS PACIENTES”

1. Alexander Arnoldo Matus (MINSAL/SIGESAL); amatus@salud.gob.sv
2. Ma. Esperanza Alvarenga de Aparicio (UNFPA); alvarengadeaparicio@unfpa.org
3. Evelyn Velasco Palma (ANES); evelynvelascopalma@hotmail.com
4. Carlos Roberto Casco (ANPSES); cascocharlosroberto@yahoo.es
5. Cecilia Jiménez (CONAIPD); cecilia_conaipd@yahoo.com
6. Mirna Pérez (OPS/OMS); meperez@paho.org
7. José Alexander Corea; (Mov. de Profesionales de la Salud); joalexanderco@gmail.com
8. José Luis Calderón (CEMUJER); CEMUJER@CEMUJER.COM
9. Emma Patricia Cortez Alfaro (MINSAL); ecortez@salud.gob.sv
10. Guadalupe de Razeghi (OPS/OMS); razeghig@paho.org
11. Patricia Alvarez Ramírez (MINSAL); palvarez@salud.gob.sv

INTEGRANTES DE LA MESA # 2

“RECTORIA Y GOBERNANZA SECTORIAL”

1. Roxana María Rodríguez (FOROSAN/ACCPS); roxanamariarodriguez@gmail.com
2. Ana Carolina Paz Narváez (UCA); acpaz@uca.edu.sv
3. Ana Guadalupe Argueta (OPS/OMS); arguetaa@paho.org
4. Georgina Salvador (ONUMUJERES); georgina.salvador@onumujer.org
5. Shinjiro Kawagoc (UNICEF); skawagoc@unicef.org
6. Cecilia Edith Jiménez (CONAIPD); cecilia_conaipd@yahoo.com
7. Cándida Irene Chévez (MINSAL); irene.chevez@opamss.org.sv
8. Mayra Saéz de Hernández (MINSAL); msaenz@salud.gob.sv

INTEGRANTES DE LA MESA # 3
FINANCIAMIENTO EN SALUD

1. Ma. Elena de Hernández (CONASIDA); melena@salud.gob.sv
2. Humberto Alcides Urbina (UEES); humberto.urbina@uees.edu.sv
3. Gloria Miriam Rubio (MINSAL); gloriamiriamrubio1@gmail.com
4. Rodolfo Peña (OPS/OMS); penarodo@paho.org
5. Daniel Soriano (INTERVIDA); daniel.soriano@intervida.org
6. Marta Alicia de Magaña (MCP-ES); marta.alicia.magana@undp.org
7. Margarita Posada (FOROSAN); margaritaposada2003@yahoo.es
8. Oscar Parada (DNESUAD); paradafortis@gmail.com
9. Gilberto Ayala (FOROSAN); gilayala20@gmail.com

INTEGRANTES DE LA MESA # 4
INTERSECTORIALIDAD PARA INCIDIR EN LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. Juan Carlos Meléndez (OPS/OMS); melendezj@paho.org
2. María Elva González (FOROSAN); -----
3. Zoila María de Guadrón (IEPROES); dirgeneral@ieproes.edu.sv
4. Rodolfo A Peñate(Mov. Salvador Allende), rpenate15@yahoo.es
5. Isabel Montoya Durán (FOROSAN); isa_montoya68@yahoo.es
6. Esmeralda Victoria Zaldaña (CRS); chemitrizd@gmail.com
7. Hugo Ramos Castillo (Visión Mundial); ugo_ramos@wvi.org
8. Eduardo Ortíz (OPS/OMS); ortizedu@paho.org
9. Ma. Angela Elías (MINSAL); melias@salud.gob.sv