



**Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”
Instituto Nacional de Salud, El Salvador**

“Redes Integrales e Integradas de Salud en El Salvador: proceso de implementación e impacto 2010, 2014 y 2017”.

Autor: Dr. Salvador Enrique Macal Guerra.

Tutora: Dra. María Eugenia Toledo Romaní, DrC.

Tesis para optar al título de Máster en Epidemiología

2019

INDICE:

I.	Resumen.....	i
II.	Introducción.....	1
III.	Marco Teórico.....	4
IV.	Objetivos de la investigación.....	14
V.	Material y Métodos.....	15
VI.	Análisis y discusión de los resultados.....	24
VII.	Conclusiones.....	47
VIII.	Recomendaciones.....	48
IX.	Bibliografía.....	49

I. Resumen

Introducción: Las Redes Integrales e Integradas son un eje de la Reforma de Salud en El Salvador. **Objetivo:** Evaluar el proceso de implementación e impacto de las Redes Integrales e Integradas de Salud. **Material y métodos:** se realizó investigación en servicios y sistemas de salud con diseño de evaluación post intervención y mediciones repetidas (2010, 2014 y 2017). **Resultados:** Se constató avance del 71.4% de la cobertura de Ecos planificada; la cobertura de vacunación alcanzó el 95%; mejoró 10% la inscripción infantil precoz entre 2010 y 2017; para el mismo período mejoró 4% la inscripción prenatal precoz. Existieron dificultades en cumplimiento de normas para el funcionamiento de los consejos de gestión de redes, sobre todo en los consejos regionales; la cobertura del primer nivel de atención pasó de 377 Unidades de Salud en el 2009 a 751 en el 2017; existe un leve descenso en la cobertura de camas hospitalarias por habitante; la equidad se expresa en la Reforma de Salud pues las intervenciones prioritarias fueron en municipios de pobreza severa y alta, se redujo la mortalidad materna en 22 puntos entre 2010 y 2018, no así la mortalidad infantil que incrementó en dos puntos. En análisis FODA se encontró limitaciones financieras, de continuidad de la reforma por la alternancia política, así como oportunidades al contar con documentos técnicos jurídicos que norman las redes o la Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en discusión en la Asamblea Legislativa Nacional. **Conclusión:** existen avances en la mejora de cobertura de servicios de salud en los diferentes niveles de atención; se registran impactos en indicadores de salud, fundamentalmente de equidad, acceso a servicios de salud y calidad técnica; existen retos en la integración de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

II. Introducción

La última década del siglo XX en América Latina, está influenciada directamente por procesos de ajuste estructural, así como reformas de salud orientadas a la apertura, liberalización y globalización económica, cuyos enfoques de política pública tienen claras apuestas por reducir la participación del Estado en todos los ámbitos, sin exceptuar la salud, e introducen medidas que fomentan la participación de actores privados en la prestación de los servicios públicos¹.

En El Salvador desde finales del siglo XX y principios del siglo actual la principal intervención fue la puesta en marcha de programas de extensión de cobertura que llegaran a la población desprotegida por la vía de las organizaciones no gubernamentales y que ofertaran un paquete básico de servicios de salud fundamentalmente materno-infantiles, ya que eran consideradas intervenciones costo-efectivas.^{2,3}

Con la alternancia política en el año 2009, donde por primera vez en la historia del país llega un partido de izquierda al gobierno, el cual viene de ser guerrilla durante los años de la guerra (1980-1992), y que se convierte en partido política en 1992 posterior a la firma de los acuerdos de paz. En ese contexto se inicia el proceso de construcción de un camino propio hacia la Cobertura Universal de Salud, a partir del año 2010 se lleva a cabo la definición de un documento conceptual denominado “Reforma de Salud en El Salvador”. Sobre estas bases comienzan importantes saltos en materia de salud pública, acceso y cobertura a una atención integral de salud, organización y gestión de servicios en redes, desarrollo de recursos humanos, entre otros. Una de las primeras decisiones tomadas fue la ruptura de la barrera económica que constituía el pago directo en los establecimientos de salud por la prestación de servicios, eliminar esa barrera de acceso en el año 2009 permitió visibilizar lo que venía, es decir una verdadera transformación de la forma de hacer salud pública en El Salvador.⁴

Es imposible pensar que con la Reforma de Salud que se está llevando a cabo, se va a cambiar totalmente la situación de salud de El Salvador, pues existe conciencia

que varias medidas en pro de la salud de un país se encuentran más allá de los límites del sector sanitario e influyen directamente en la forma en que la población vive y muere. Algunos ejemplos imprescindibles son la educación, la vivienda, la alimentación, el empleo, entre otros que tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades, inequidades y el acceso a estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la salud de un país. Sin embargo, destacamos que desde el gobierno central se han promovido importantes mejoras en el cobertura y acceso a la educación, acciones como la alimentación escolar que han disminuido la desnutrición crónica en esa población, incremento al salario mínimo, mejora en el acceso a créditos para vivienda, entre otros, aunque no entraremos en detalle en ellos pues superan los objetivos del presente estudio, sin embargo es necesario destacar que desde el 2009 a la fecha se está priorizando la inversión en los diferentes componentes del área social.

Después de 9 años de funcionamiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), que fue una de las decisiones tomadas con la puesta en marcha de la Reforma de Salud en El Salvador, es necesario realizar una evaluación del proceso de implementación y del impacto que las mismas han tenido en algunos indicadores de salud de la población; fundamentalmente en aquellos relacionados con el acceso, la equidad y la calidad técnica. De igual forma se plantea la necesidad de realizar un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) con los tomadores de decisiones sobre el proceso de implementación de la reforma e identificar oportunidades de mejora continua de la calidad.

El planteamiento anterior se refuerza teniendo en cuenta diversas opiniones con respecto a los resultados. Por un lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁵ está destacando los logros del país en acceso y cobertura universal de salud, sin embargo por otro, en el propio país existen opiniones de asociaciones de profesionales y de sindicatos⁶ que se contraponen a la posición de OPS y que afirman que es muy poco lo logrado con la Reforma de Salud. En razón de ello, disponer de información fidedigna sobre el proceso de implementación de la reforma de salud permitirá conocer el avance en la planificación de las Redes Integrales e

Integradas de Salud, así mismo, sistematizar un FODA con los tomadores de decisiones serían elementos a tomar en cuenta para la adopción de medidas y para desarrollar nuevos temas de investigación, de igual forma medir el impacto en los indicadores de salud nos permitirá conocer los logros alcanzados al mismo tiempo proponer medidas para superar aquellos desafíos que aún persisten.

Dada la multiplicidad de opiniones que existe en relación a los logros alcanzados por la reforma de salud llevada a cabo desde el Ministerio de Salud es necesario contar con un estudio de base científica que nos permita realmente identificar los logros alcanzados por la reforma de salud, así como aquellos limitantes que todavía persisten, al mismo tiempo plantear opciones de mejora continua de la calidad en función de los hallazgos encontrados.

Existen dos versiones de un mismo proceso que es la Reforma de Salud en El Salvador, lo cual nos obliga a preguntarnos ¿cómo se ha desarrollado el proceso de Reforma de Salud? ¿Cuál ha sido el impacto en términos de acceso, equidad y calidad técnica? ¿cuáles son los facilitadores y limitantes que enfrenta la Reforma de Salud en El Salvador?

Los resultados encontrados nos permitirán disipar dudas sobre las opiniones encontradas, al mismo tiempo que nos facilitarán poner en firme aquellas intervenciones que están siendo efectivas para mejorar los indicadores de salud de El Salvador y realizar algunas propuestas de mejora sobre aquellos desafíos que persisten.

III. Marco Teórico

En 1978 se desarrolla la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, donde se reconoce a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades⁷.

Se define que la construcción de la salud exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud, contemplando que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas⁷. Esta conferencia es el punto de partida para un proceso de reformas de salud a nivel mundial.

Cualquier sistema de salud se plantea como fin la mejora de la salud de la población e incidir positivamente en un incremento de la esperanza de vida. Cada país es libre de decidir cómo organiza su sistema de salud de forma diferente para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, aunque todos coinciden en la búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención a la salud⁸.

Desde finales de la década de 1980, muchos países en América Latina inician reformas del sector social para mitigar la pobreza y reducir las desigualdades socioeconómicas, incluyendo las de la década de 1990 para fortalecer los sistemas de salud e introducir la cobertura universal de salud. Las reformas de salud de los países latinoamericanos están procurando la cobertura universal de salud sustentadas en los principios de equidad, solidaridad y acción colectiva para superar las desigualdades sociales. Esto último constituye, una característica distintiva de las experiencias en Latinoamérica⁸.

Un período de reformas macroeconómicas neoliberales, también se está desarrollando desde finales de la década de 1980 con un patrón común de las políticas consagradas en el llamado Consenso de Washington. Todas encaminadas a reducir los gastos del gobierno y a la imposición de una disciplina fiscal, a pesar

de que muchos países se resistieron a esas políticas porque promovían el achicamiento del Estado, las presiones se sienten en toda América Latina¹.

Desde las últimas dos décadas del siglo XX varios países están emprendiendo sus procesos de reforma de los sistemas de salud, Latinoamérica no se quedó atrás; los conceptos, modelos e interpretación de los procesos de reforma son diversos, por un lado, unas reformas fueron centradas en la definición de procesos igualitarios, es decir, todos los individuos deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades, por otro lado, existe otro enfoque de niveles mínimos donde se definen paquetes básicos de salud gratuitos para población en condición de vulnerabilidad¹.

En tal sentido, las reformas de salud de los años noventa en América Latina, de manera general, tienen un corte neoliberal, la mayoría de ellas están orientadas al fortalecimiento del mercado de la salud y al relegamiento del Estado como ente regulador, hacen ver a los sistemas de salud que funcionan antes de las reformas como inequitativos e ineficientes. Estas reformas tienen éxito en algunos aspectos como son la disminución de la mortalidad materna, la mortalidad infantil o las enfermedades infecciosas, sin embargo, también reflejan importantes deficiencias como son el problema de la pobre cobertura y accesibilidad a los servicios de salud⁹.

Queda mucho camino por recorrer en América Latina antes de que todos los latinoamericanos tengan acceso a servicios de salud de calidad. El primer esfuerzo que deben hacer los líderes políticos y sanitarios es incorporar el enfoque de derechos en las constituciones y comprender que la salud debe de ser integral, equitativa, bajo un modelo de construcción social de un producto positivo que es la salud en sí misma, el cual solo se logra a través de la instersectorialidad y con la participación comunitaria activa, es decir, retomando los principios y valores definidos desde la conferencia mundial de Alma Ata.

Ejemplos de reformas de salud en América Latina

Algunos modelos de reforma de salud en América Latina son ejemplares, los casos de Cuba y Costa Rica, aunque se ejecutan de diferente manera demuestran en el caso de Cuba, que es posible alcanzar la cobertura universal de salud cuando el Estado es el proveedor y financiador único del sistema, para el caso de Costa Rica están alcanzado niveles casi universales de servicios de salud a través del sistema de seguridad social, en relación directa con una parte del subsector privado que presta algunos servicios que posteriormente les son pagados o compensados por la seguridad social.^{10,11}

La reforma de salud en Colombia es de corte neoliberal. Fusiona varios sistemas de seguridad social con prestaciones diversas, incluyendo un sistema subsidiado por el Estado para las personas con menores ingresos y de mayores riesgos, a quienes únicamente se garantizan paquetes básicos de salud. Dicha reforma no logra alcanzar cobertura universal y es un sistema altamente inequitativo en razón de la capacidad de contribución.^{10,12}

Otro ejemplo de reforma es el caso de Guatemala, donde se da la imposición de paquetes básicos o canastas básicas de salud, con una baja cobertura de servicios de salud sobre todo en poblaciones indígenas, un sistema altamente fragmentado, segmentado e ineficiente. En su modelo se permite la participación de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) para la prestación de servicios de salud, quienes son subcontratadas por el Estado y se encargan de dar servicios a poblaciones específicas, fundamentalmente rurales con servicios básicamente materno-infantiles y con escaso impacto en la mejora del estado de salud de su población.^{10,11}

El Salvador antes del 2009 y la reforma de salud.

El Salvador viene de 20 años de gobierno de un mismo partido que finalizan con la alternancia política en el 2009, en esa época se produjeron una serie de

transformaciones económicas, políticas, sociales y de la infraestructura del gobierno caracterizados por un modelo patrimonialista-neoliberal.¹³

Los últimos 20 años de gobierno en El Salvador se caracterizaron por un pobre crecimiento económico, el cual se intensificó aún más con la crisis financiera del 2008, consecuencia de la burbuja inmobiliaria de Estados Unidos¹⁴, una escasa integración social, un país con capacidad disminuida de producir y redistribuir riqueza, con un modelo que favorece, y a veces obliga, a la migración, con pobre producción de bienes y servicios, con una economía que se sustenta sobre la base de las remesas familiares y el endeudamiento creciente del gobierno. Adicionalmente el sistema político-institucional fue incapaz de reformarse a tiempo para profundizar y consolidar la democracia, así como la institucionalidad, e impulsar el desarrollo.^{13,15}

La violencia es considerada el principal problema con implicaciones políticas, sociales y económicas, presentando diferentes formas de expresarse en los individuos, familias, comunidades y sociedad en general, de alguna manera están relacionadas con las inequidades sociales, la falta de oportunidades especialmente para la juventud, la relativamente fácil disponibilidad de armas de fuego, la violencia en los medios de comunicación, la posición social de la mujer, concentración de pobreza, aislamiento social, la debilidad y el tráfico ilegal de drogas, entre otros factores. Situación que incide negativamente en las posibilidades de inversión, el desarrollo humano, el crecimiento económico y la salud pública.^{15,16}

Los gobiernos entre 1994-2009 introdujeron en el sistema público de salud salvadoreño, modalidades privatizadoras tales como el cobro directo por la prestación servicios, la tercerización de algunas prestaciones médicas, terapéuticas y de servicios de apoyo. También redujeron el gasto público en salud significativamente, cargando el peso de esa necesidad directamente sobre los hogares salvadoreños.¹⁷

Las intervenciones en salud que comenzaron a mediados de los 90's, se desarrollaron de forma lenta e inconstante, sin un rumbo bien definido. Pese a los diferentes esfuerzos gubernamentales y de organismos no gubernamentales, el

sistema de salud continúa teniendo serios problemas de cobertura, calidad, centralismo, eficiencia y eficacia en las actuaciones y en el uso de los recursos económicos, materiales y humanos, y aún no ha logrado resolver las crecientes necesidades y demandas planteadas por la población salvadoreña. Los grandes problemas del Sistema de Salud persistían, alta incidencia de enfermedades infecciosas, creciente prevalencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones, el envejecimiento de la población comienza a vislumbrarse, al mismo tiempo que se presentan problemas con la satisfacción ciudadana, calidad de los servicios, eficiencia, dificultades con el acceso a medicamentos, entre otros. ^{17,18}

La reforma de Salud en El Salvador.

En el año 2009 en El Salvador, por primera vez en su historia, se sucede alternancia política en el gobierno, el cual busca, entre otras cosas, disminuir la concentración de la riqueza y promover su redistribución, la promoción de la participación ciudadana y avanzar en la construcción de un Estado más democrático.⁴

Con la alternancia en el gobierno se construye un documento de política pública de salud denominado “Construyendo la Esperanza, estrategias y recomendaciones en salud” que guía el trabajo del Ministerio de Salud durante la gestión 2009-2014. En esa misma gestión se elabora el documento “La Reforma de Salud en El Salvador”, el cual proyecta al país hacia la cobertura universal, el acceso a la atención integral y la equidad en salud.¹⁹ El documento conceptual contiene y define 8 ejes estratégicos:

- Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud**
- Medicamentos y Vacunas
- Sistema de Emergencias Médicas
- Instituto Nacional de Salud
- Participación Social y Foro Nacional de Salud

- Trabajo inter e intrasectorial
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Sistema Único de Información en Salud.

** Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud cambian su nombre a partir de la “Política Nacional de Salud 2015-2019”, la cual denomina el Eje: Redes Integrales e Integradas de Salud. La política está publicada en el Diario Oficial No.182, Tomo No.413 del 03-10-2016.²⁰

Las Redes Integrales e Integradas de Salud²¹, se basan en el documento conceptual de OPS Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. De acuerdo al documento, las Redes Integradas de Servicios de Salud son una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. Dichos conceptos fueron retomados por El Salvador, se desarrollaron y planificaron en el documento de Reforma de Salud en El Salvador.

En el documento la Reforma de Salud en El Salvador, se plantea que las Redes Integrales e Integradas de Salud se desarrollan en torno a la comunidad, las familias y las personas, renovando y transformando la cultura organizacional hacia la lucha contra la determinación social de la salud; a través del desarrollo y puesta en práctica de programas integrales centrado en la persona, la familia y la comunidad, no como se había hecho antes en problemas de salud o enfermedades¹⁹.

Para llevar a cabo esos cambios necesarios en la red de servicios de salud se plantea fortalecer el primer nivel de atención, con una transformación del modelo de atención, para la cual se conforman los Equipos Comunitarios de Salud Familiares (Ecos Familiares) y los Equipos Comunitarios de Salud Familiares Especializados (Ecos Especializados) que, en su conjunto, son la puerta de entrada a la red de servicios de salud del Ministerio de Salud de El Salvador.¹⁹

Los Ecos familiares se conforman por un médico(a), un(a) enfermero(a), un(a) auxiliar de enfermería, promotores de salud y un polivalente (recurso de apoyo multitarea para el equipo de salud), cada Ecos familiar tendrá un promedio de 600 familias (aproximadamente 3,000 habitantes) en el área rural y 1,800 familias en el área urbana (aproximadamente 9,000 habitantes), estos Ecos familiares tienen como sede el establecimiento de salud más cercano a su población de responsabilidad el cual se denomina Unidad Comunitaria de Salud Familia (UCSF).¹⁹

Los Ecos familiares tienen como apoyo a los Ecos especializados los cuales se conforman por: médicos(as): pediatra, gineco-obstetra, internista (o especialista en salud familiar), otro personal de salud: fisioterapeuta, educador para la salud, nutricionista, psicólogo, un(a) enfermero(a), un(a) auxiliar de enfermería, dos laboratoristas clínicos, tres odontólogos en el área rural y cuatro en el área urbana. Los Ecos especializados tienen un promedio de 30 mil habitantes de responsabilidad en el área rural (10 Ecos familiares que articulan su trabajo con cada Ecos especializado) y 42 mil habitantes en el área urbana (6 Ecos familiares que articulan su trabajo con el Ecos especializado). Para desarrollar completamente este nuevo modelo de atención se necesitan en el país 1,598 Ecos familiares y 142 Ecos especializados.¹⁹

Los Ecos familiares se encargan de la identificación de la población y área geográfica de responsabilidad, adscriben a las familias a la ficha familiar, sistematizan la información realizan su análisis de situación de salud, su mapa sanitario y su plan de intervención a través del diagnóstico comunitario participativo.¹⁹

El segundo y tercer nivel de atención se encuentra conformado por 30 hospitales nacionales, 3 de ellos son de referencia nacional y constituyen el tercer nivel de atención, se ubican en la capital (San Salvador). Los restantes 27 están distribuidos en los 14 departamentos y son el segundo nivel de atención. Este último se subdivide en dos hospitales regionales, uno en el oriente y otro en el occidente del

país, 12 hospitales departamentales y 13 hospitales municipales de menor complejidad.¹⁹

El nuevo modelo de Redes Integrales e Integradas de Salud plantea definir el conjunto de prestaciones de cada hospital, de acuerdo al perfil epidemiológico de su área geográfica de influencia y de acuerdo a él la construcción del cuadro básico de medicamentos. Adicionalmente dado el déficit de recursos humanos en estos hospitales, en función de la capacidad económica, se irán contratando recursos humanos para su fortalecimiento, de igual forma se invertirá en la adquisición de equipo biomédico e industrial, pues de acuerdo a cálculos iniciales se considera que el 60% de este equipo ya tiene vencida su vida útil y no es posible repararlos.¹⁹

Se busca mejorar la capacidad resolutoria del segundo nivel de atención y desconcentrar de ellos los problemas de salud que puedan ser resueltos en el primer nivel con el fortalecimiento del mismo, al mismo tiempo, se desconcentra la patología de baja complejidad que se está manejando en el tercer nivel de atención para que estos puedan dedicarse a la solución de aquellos problemas de mayor complejidad y que requieren mayor nivel de especialización.¹⁹

Las posiciones sobre la reforma de salud en El Salvador

Por una parte algunas asociaciones sindicales como el Sindicato de Médicos del Hospital Rosales, que es el hospital de tercer nivel de referencia para adultos y cuyo prestigio es considerable, plantean que: “el modelo de Ecos fracasó”, de igual forma, la postura del colegio médico, asociación de profesionales en medicina del país, cuyo prestigio también es considerable, quienes plantean: “el objetivo del modelo era beneficiar a la población que tiene menos acceso, desde ese punto de vista se ha logrado algo, pero lo ideal hubiera sido que se cumpliera con el plan”⁶

Por el otro lado, la Dra. Carrissa Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, institución que ha venido acompañando el proceso de reforma de El Salvador y para quien nuestro país ha sido destacado por su

avance en el modelo de atención y en la mejora de la cobertura, la Directora planteó durante su visita a El Salvador en el año 2014 “El Salvador ya viene aplicando los principios de acceso universal y cobertura universal de salud desde la implantación de su reforma de salud, y son evidentes, notables, los avances en el acceso, cobertura y equidad (en materia de servicios sanitarios)”.⁵

De esta manera puede visibilizarse la diversidad de opiniones que existe sobre el desarrollo de la reforma de Salud en El Salvador, lo que refuerza la necesidad de contar un estudio al respecto.

Investigación en Sistema y Servicios de Salud

Conceptualmente la investigación en salud se concibe como todo proceso investigativo del campo de las ciencias de la salud que está direccionado al estudio de los problemas de salud que afectan al individuo, a las comunidades y a la sociedad en general.²²

Las investigaciones en sistemas y servicios de salud son parte de la salud pública, por tanto, tienen un carácter poblacional y se dirigen a como se organizan los sistemas para prestar servicios de salud o a la investigación de las políticas de salud. Dicho de otra manera, las investigaciones en sistemas y servicios de salud constituyen el estudio científico de la respuesta social organizada para hacer frente a las condiciones de salud-enfermedad de las poblaciones.^{22,23}

La investigación en sistema y servicios de salud constituyen una herramienta para mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión en salud, es decir, son elementos que auxilian a los gestores de salud en la toma de decisiones al seleccionar estrategias de intervención y evaluar los resultados de las mismas.^{22,23}

Las evaluaciones en la línea de tiempo de procesos de larga data, como suelen ser las reformas institucionales o sectoriales, requieren frecuentemente series de datos que van más allá de un período de gobierno para alcanzar a ver algunos resultados. La evaluación se constituye en una herramienta que permite a quien va a conocer un proceso, aprender más rápido y de forma ordenada acerca de lo que ha sido un

proceso y para dónde debería ir, aprovechar las lecciones derivadas de su implementación y así, reducir los riesgos de caer en las mismas situaciones o de cometer los mismos errores y perder tiempo de gestión. Eso nos confirma que en el momento que vive El Salvador, en un período de transición gubernamental es un momento oportuno para llevar a cabo este tipo de estudios, al identificar las debilidades y obstáculos enfrentados previamente también se puede acelerar el ritmo del cambio y cosechar sus frutos más rápido. Al mismo tiempo una evaluación constituye un instrumento de rendición de cuentas a la población respecto a la realizado en determinada gestión gubernamental.^{22,23}

IV. Objetivos de la investigación

a. General

Evaluar del proceso de implementación y el impacto de las Redes Integrales e Integradas de Salud en El Salvador 2010, 2014 y 2017.

b. Específicos

1. Describir el proceso de implementación de las RIIS en El Salvador, en los años 2010, 2014 y 2017.
2. Evaluar el cumplimiento de los estándares establecidos para las RIIS en El Salvador en términos de acceso, equidad y calidad técnica.
3. Explorar los facilitadores y limitantes para la mejora de las RIIS.

V. Material y métodos

a. Tipo de estudio y diseño general

Se realizó una investigación en servicios y sistemas de salud, con diseño de evaluación post intervención, basado en mediciones repetidas (2010, 2014 y 2017) donde se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas.

Se definieron las mediciones en los años 2010, 2014 y 2017 para comparar el año del inicio de las RIIS que fue el 2010, con un año intermedio que fue el 2014 y el último año que se tienen datos completos que es el 2017. Se seleccionaron estos años por facilidad de acceso a la información. En algunos casos se gestionaron datos del 2018 (mortalidad materna e infantil) con el fin tener un parámetro más reciente de comparación. Para el caso de la adherencia a estándares en cumplimiento de normativas no se tomó en cuenta el año 2010 pues el documento normativo era del 2013, por tanto, no era posible contemplarlo.

b. Universo de estudio:

El 80% de la población salvadoreña, que se estima de acuerdo a la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) para el año 2017 en 6,581,940 habitantes.

c. Definición operacional de las variables.

Variable	Indicador	Tipo	Escala	Fuente	Técnica
Implementación de las RIIS Cobertura	Municipios con cobertura de Ecos versus planificación inicial.	Cuantitativo	Nacional	Informes de labores MINSAL	Revisión bibliográfica

				La reforma de salud en El Salvador	
Implementación de las RIIS Cobertura	Porcentaje de cobertura de vacunación contra Sarampión Paperas y Rubeola, primera dosis aplicada al año.	Cuantitativo	Nacional	Informes de labores MINSAL	Revisión bibliográfica
Implementación de las RIIS Cobertura	Porcentaje de inscripción infantil precoz (antes de los 28 días)	Cuantitativo	Nacional	Informes de labores MINSAL	Revisión bibliográfica
Implementación de las RIIS Cobertura	Porcentaje de inscripción prenatal precoz (antes de las 12 semanas de gestación)	Cuantitativo	Nacional	Informes de labores MINSAL	Revisión bibliográfica
Evaluación de cumplimiento de estándares de impacto de las RIIS	Verificación de porcentaje de reuniones de consejo de gestión de RIIS regional y departamental cumplidas de acuerdo a norma.	Cuantitativo	Regional Departamental	Actas de reuniones	Revisión de actas
Impacto Acceso	Número de Establecimientos del primer nivel de atención	Cuantitativo	Departamental	Informes de labores MINSAL Base de datos primer	Revisión bibliográfica

				nivel de atención	
	Índice de camas hospitalarias por 1000 habitantes	Cuantitativo	Nacional	Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS)	Revisión bibliográfica
Impacto Equidad	Número de municipios con intervención completa según mapa de pobreza FISDL 2005.	Cuantitativo	Severa y Alta Moderada Baja	Informes de labores, Mapa de pobreza FISDL 2005	Revisión bibliográfica
	Número de municipios con intervención parcial según mapa de pobreza FISDL 2005.	Cuantitativo	Severa y Alta Moderada Baja	Informes de labores, Mapa de pobreza FISDL 2005	Revisión bibliográfica
	Número de municipios no intervenidos según mapa de pobreza FISDL 2005.	Cuantitativo	Severa y Alta Moderada Baja	Informes de labores, Mapa de pobreza FISDL 2005	Revisión bibliográfica
Impacto Calidad técnica	Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos	Cuantitativo	Nacional	Informes de labores MINSAL	Revisión bibliográfica
	Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	Cuantitativo	Nacional	Informes de labores MINSAL	Revisión bibliográfica

d. Criterios de elegibilidad para el uso de la información.

Priorizar fuentes de información que estén publicadas oficialmente por la institución, y en el caso que sean datos preliminares, utilizar la fuente generadora o validadora de los mismos para tomarlos.

En caso que existan datos que varíen en diferentes publicaciones, utilizar la fuente más reciente como la válida.

Tener en consideración que es probable que algunas actas de las reuniones de los Consejos de Gestión de las Redes Departamentales y Regionales podrían no encontrarse, en ese caso se hará el uso de la información recopilada y se excluirán los territorios cuya información no fue posible conseguir.

e. Procedimiento para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.

Para describir el proceso de implementación de la RIIS en El Salvador la información se obtuvo a través de la revisión bibliográfica de los informes de labores del Ministerio de Salud y el documento base denominado “La Reforma de Salud en El Salvador”, para establecer parámetros de comparación y analizar las tendencias.

Se revisó el documento conceptual de la reforma denominado “La Reforma de Salud en El Salvador” donde se define como se irá desarrollando la cobertura por cada año (planificación), lo cual se comparó con lo informado en cada una de los informes de labores (ejecutado) y se definió el porcentaje de ejecución de lo planificado.

Para el caso de las coberturas de vacunación contra sarampión, paperas y rubeola (SPR), la captación precoz del recién nacido y la captación precoz del embarazo se revisaron las series de datos publicados en los informes de labores, dado su fácil acceso pudo construirse la serie de años completa desde el 2010 hasta el 2017, luego se comparó su evaluación en el tiempo, si existe mejoría, si empeoró o se mantuvo constante.

Para la evaluación del cumplimiento de los estándares de las RIIS se solicitaron las actas de las reuniones de los consejos de gestión de RIIS regionales y de las departamentales, se digitalizaron a través de escáner, se compararon con lo establecido en el “Manual de Organización y Funciones de las RIIS”²⁴, para contrastar las reuniones que se realizaron en cada uno de los Consejos de Gestión de Red (Regional y Departamental) en los años 2014 y 2017 contra lo que plantea el Manual de organización y funciones y se obtuvieron porcentajes de cumplimiento. En este caso no se tomaron en cuenta las actas del año 2010 pues el manual fue publicado en el año 2013. De igual forma se revisó cuantas de las reuniones programadas cumplieron con el modelo y estructura de la forma contemplada en el Manual.

El acceso a servicios de salud, para el caso del primer nivel de atención, se evaluó en la serie de datos 2009, 2010, 2014 y 2017 para ello se revisaron los informes de labores y se hizo un conteo del total de Unidades Comunitarias de Salud Familiar por departamento para ver si en el tiempo estas han incrementado, se mantienen o han decrecido. Se incorporó el año anterior al inicio de la reforma de salud (2009) para tener como parámetro de comparación antes del inicio del proceso. Para el caso del índice de camas por 1000 habitantes se extrajeron el total de camas por hospital y se calcularon las tasas contra el 80% de la población de El Salvador que es la que tiene de responsabilidad el Ministerio de Salud, los datos de camas se extrajeron del Sistema Estadístico de

Producción de Servicios (parte del Sistema Único de Información en Salud del Ministerio de Salud, disponible en línea) y las proyecciones de población que se utilizaron como referencia fueron las publicadas por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) para ver si en el tiempo esta tasa se ha incrementado, se mantiene o ha decrecido. Se toma en cuenta el año 2009 en este acápite por su importancia como punto de comparación entre lo que existía antes del comienzo del proceso de reforma de Salud y lo que se ha venido trabajando en el marco de la Reforma, por lo cual consideramos importante contemplarlo.

Para el caso de la equidad se utilizó la clasificación contemplada en el mapa de pobreza de El Salvador elaborado en el año 2005 y se contrastó con los datos disponibles en la base de datos del Primer Nivel de Atención sobre cobertura de Ecos, donde se clasifican los municipios con cobertura total de Ecos (toda la población del municipio está adscrita a un Ecos Familiar), cobertura parcial (al menos algún porcentaje de la población está adscrita a Ecos) y sin cobertura de Ecos (no existe población adscrita a Ecos, pues no existen Ecos en ese municipio) luego se cruzaron los datos de cobertura de Ecos, contra los niveles de pobreza de los municipios y se evaluó donde han sido prioritarias las intervenciones si en los municipios de mayores niveles de pobreza (severa y alta), como principio de equidad o en otros municipios con menores niveles de pobreza (moderada o baja).

Las escalas de pobreza extrema severa; pobreza extrema alta; pobreza extrema moderada y pobreza extrema baja, son escalas que se utilizan dentro del mapa de pobreza en El Salvador (2005) el cual posibilita la identificación de los municipios más pobres de un país para facilitar la creación y focalización de políticas sociales con el propósito de la erradicación de la pobreza. En el mapa los municipios se agrupan de acuerdo a dos variables: tasa de pobreza por ingresos de los hogares y tasa de retardo en talla de los niños que asisten a primer grado en cada

municipio. De esa forma los 262 municipios del país se dividieron en 4 grupos según el tipo de características que presentan: pobreza extrema severa (32 municipios), pobreza extrema alta (68 municipios), pobreza extrema media (82 municipios) y pobreza extrema baja (80 municipios).

Finalmente se revisaron como indicadores de impacto el comportamiento de la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos y de la tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos de acuerdo a lo reportado en los informes de labores. Para este caso se construyó toda la serie desde el año 2010 hasta el 2017 y se consultaron con la Unidad responsable del componente Materno-Infantil en el Ministerio de Salud (Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescentes) para incorporar los datos preliminares del 2018, evaluando si ambos indicadores han mejorado, empeorado o se mantienen iguales en el tiempo. Fue importante consignar el dato del 2018 aunque supere el horizonte temporal establecido para el estudio, con el fin de verificar la tendencia del último año y su comportamiento.

Para explorar facilitadores (Fortalezas y oportunidades) y limitantes (Debilidades y amenazas) que permitieran la mejora continua del proceso de implementación de las RIIS, se realizó un taller FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) durante una de las reuniones del Consejo de Gestión de RIIS Nacional, la cual fue conducida por el Viceministro de Servicios de Salud tal como lo dicta la norma, contó con la participación de la Sra. Ministra de salud y participaron las máximas autoridades de los diferentes niveles de atención (directores nacionales, directores regionales, directores de hospitales, coordinadores de Sistemas Básicos de Salud –SIBASI-). En esa reunión se presentaron de manera resumida los resultados que se han obtenido de las revisiones bibliográficas y en los datos preliminares del 2018 sobre mortalidad materna e infantil y se solicitaron aportes sobre cada uno de los aspectos de interés. Los principales resultados se sintetizan en una matriz.

Para todos los casos (con excepción del FODA) los datos fueron descargados en hojas de cálculo a partir de los cuales se construyeron las tablas y los gráficos de salida.

Las limitantes para el análisis de los datos están relacionadas con la disponibilidad de información. En los casos que la información no se logró recopilar completa el análisis se realizó con los datos disponibles y se excluyeron aquellos que no fue posible recopilar.

f. Aspectos éticos de la investigación.

El protocolo de investigación se presentó al comité de ética del Instituto Nacional de Salud, para lo cual se revisó y se tomó en cuenta lo contemplado en el “Manual de procedimientos de Investigación en Salud”²⁵, publicado por el Instituto Nacional de Salud.

De acuerdo al Manual mencionado que hace referencia a la clasificación de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos que se hace en función del riesgo en adultos, esta investigación puede ser considerada una investigación sin riesgo pues el estudio se basa fundamentalmente en la revisión documental retrospectiva.

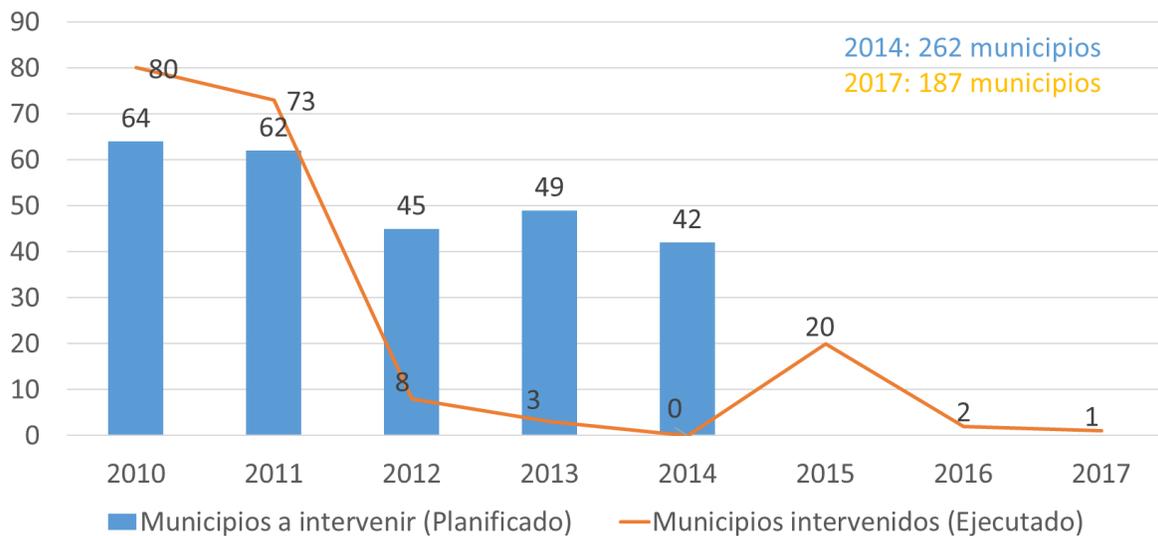
Para el Caso del Análisis FODA que se realizó con actores claves que participan de la reunión del Consejo de Gestión de Red Nacional programada para el mes de enero de 2019 se les explicaron los objetivos del estudio, se les presentaron los principales resultados de la mortalidad materna e infantil y se les consultó su voluntad de participar de forma colectiva en el análisis, para lo cual se les tomó lista de asistencia con firma de cada uno de los participantes que estuvo de acuerdo en formar parte del análisis.

Los datos recopilados en el presente estudio están siendo conservados en formato digital y almacenados por el Investigador al menos por un año posterior a la defensa del estudio.

Siempre en atención a los aspectos éticos de la investigación, se cuenta con una carta de autorización para la realización del estudio de la máxima autoridad del Ministerio de Salud, con el compromiso de hacer uso responsable y ético de la información, utilizarla con fines formativos, socializar los resultados con la máxima autoridad y solo podrán ser revelados en caso que ésta se encuentre de acuerdo.

VI. Análisis y Discusión de los resultados.

Debido a la complejidad del proceso evaluado, es importante destacar que no es posible pensar que en nueve años se superen los déficits históricos de salud de un país, sobre todo cuando son de enorme envergadura y menos aun cuando muchas de las condiciones que les dieron origen siguen presentes. Lo que sí es factible y necesario, es situar el análisis del actual proceso de Reforma de Salud en el contexto de una sociedad que ha vivido fuertes transformaciones sobre todo en la última década a partir de la alternancia política en el poder generada con el cambio de partido de gobierno en el año 2009.



FUENTE: La reforma de Salud en El Salvador. Informe de labores, Ministerio de Salud 2010-2011²⁶, 2011-2012²⁷, 2012-2013²⁸, 2013-2014²⁹, 2014-2015³⁰, 2015-2016³¹, 2016-2017³², 2017-2018³³.

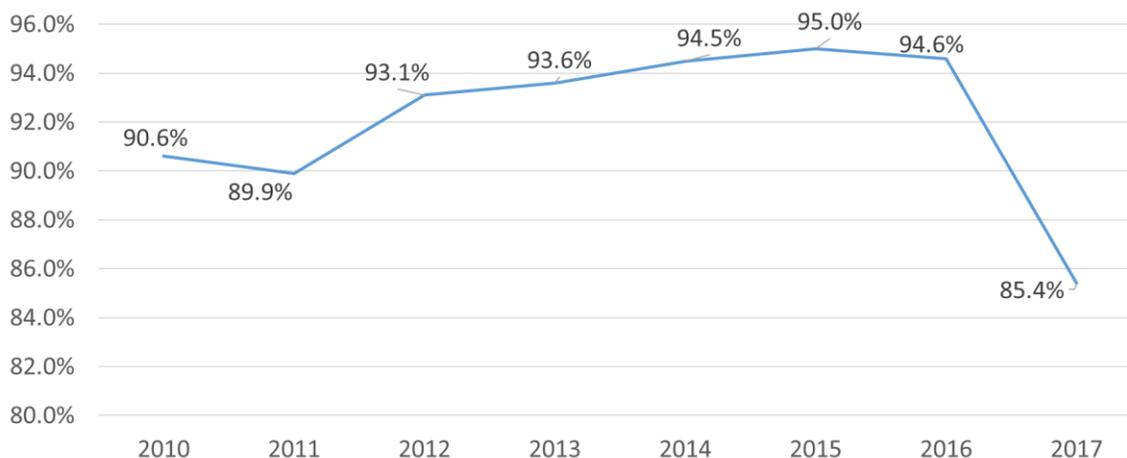
Figura 1: Municipios de El Salvador con cobertura de Ecos Familiares, planificado versus ejecutado. Ministerio de Salud 2010-2017.

El Ministerio de Salud en el documento “La reforma de salud en El Salvador”¹⁹ planteó que del 2010 al 2014 los 262 municipios del país contarían con Ecos familiares, planificando intervenir 64 municipios el 2010, 62 municipios el 2011, 45 municipios el 2012, 49 municipios el 2013 y los restantes 42 en el 2014. La meta no

ha sido alcanzada, de hecho, al 2017 solo se habían logrado llevar Ecos familiares a 187 municipios, es decir el 71.4% del total de municipios del país.

En ese mismo documento ya se planteaban algunos requisitos para poder alcanzar esas metas, precisamente el financiamiento estaba contemplado, sin embargo a pesar de mejorar el financiamiento para el Ministerio de salud en ese período (pasó de \$486.4 millones en 2010 a \$664.8 millones en 2017), de acuerdo al documento el presupuesto anual mínimo para alcanzar la cobertura total era de \$780.3 millones anuales, lo cual evidentemente no fue alcanzado y actualmente es necesario tener en cuenta que fue ese presupuesto fue calculado en el año 2010 y que probablemente la devaluación del dólar lo afecte.

La decisión tomada por el gobierno de El Salvador al fortalecer el primer nivel de atención y basar la prestación de servicios de salud en la atención primaria de salud integral contrasta con lo planteado en la conferencia de Alma Ata de 1978⁷ donde se planteaba “La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. Adicionalmente en el documento a 40 años de Alma Ata “Proyecto de declaración segunda conferencia internacional sobre atención primaria en salud: hacia la cobertura universal de salud y los objetivos de desarrollo sostenible”³⁴, se reafirma que la atención primaria de salud es esencial para lograr la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, planteando que: “Como movimiento, afirmamos que la necesidad de fortalecer la atención primaria de salud, incluidos los servicios basados en la comunidad y en las instalaciones de salud, es relevante para todos los países”, lo que ratifica lo atinado de la decisión tomada por el Ministerio de Salud de El Salvador y su forma de reorganizar y repensar el Sistema Nacional de Salud y la forma de prestar y organizar sus servicios de salud.



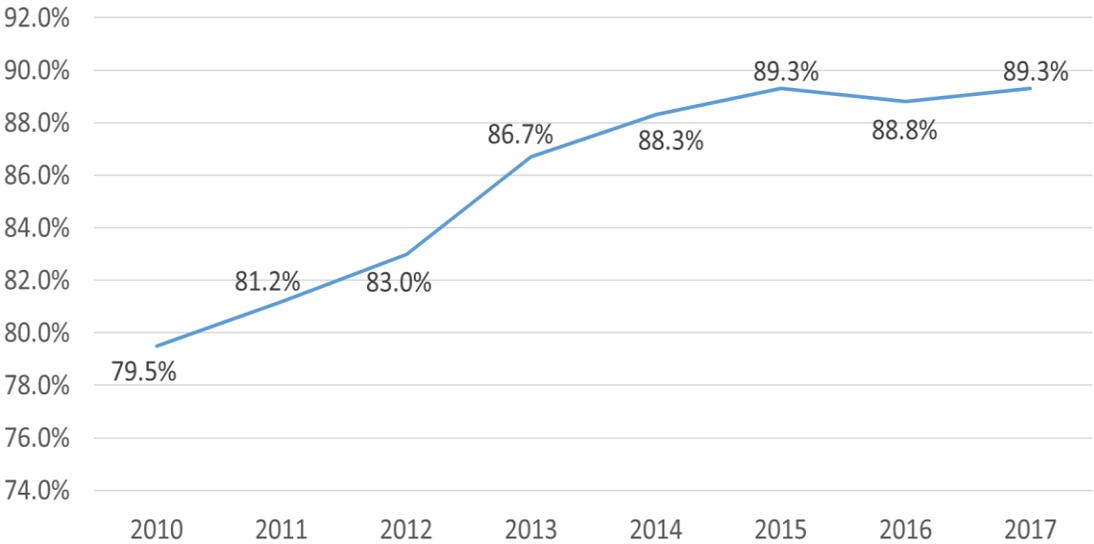
Fuente: Informe de labores, Ministerio de Salud 2013-2014²⁹ y 2017-2018³³.

Figura 2: Cobertura de vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubeola (SPR), primera dosis al año de edad. Ministerio de Salud, El Salvador 2010-2017.

Es evidente como la mejora de la cobertura de servicios de salud en El Salvador también impactó de manera positiva en la cobertura de vacunación en el país; alcanzando prácticamente coberturas útiles del 95% en el año 2016, tal como se observa en la Figura 2. Sin embargo, se registra una caída brusca de la cobertura para el año 2017. En este sentido, se revisó el presupuesto de vacunas del Ministerio de Salud y se evidenció un incremento del mismo que alcanzó \$15.9 millones para el año 2014. En el año 2017 se registró una caída del financiamiento hasta \$7.28 millones. El año 2017 se caracterizó en El Salvador por una crisis financiera y problemas económicos del gobierno para mantener su presupuesto. De acuerdo a la revista el Economista, en su artículo El Salvador, las finanzas públicas mantienen un frágil equilibrio³⁵, “durante 2017, El Salvador se tambaleó entre caer en impago y hacer recortes en salud y educación, hasta lograr un leve respiro por medio de una reforma al sistema previsional, una medida que impactó de forma positiva en la parte contable, pero no en el bienestar social de los pensionados”.

En la 160 sesión del comité ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud del 2017, se definió el Plan de Acción Sobre Inmunización: examen de mitad de período³⁶ tal como se hizo en El Salvador de acuerdo a la gráfica anteriormente

mostrada, el plan plantea que “Los países están trabajando para aprovechar el impulso hacia la cobertura universal de salud con el fin de obtener mejor cobertura vacunal y fortalecer los sistemas de salud como vehículo para aumentar la cobertura vacunal”. Adicionalmente plantea que “con el objetivo de aumentar la cobertura en todos los niveles, los programas de inmunización deben trabajar con los sistemas de salud para extender los servicios a las personas que actualmente no están cubiertas y aprovechar los enfoques integrados con otras intervenciones en el nivel de atención primaria”. Precisamente este es el enfoque que se ha venido desarrollando en El Salvador, pues la vacunación es una intervención costo-efectiva que se lleva a cabo fundamentalmente en el primer nivel de atención gracias al enfoque de Atención Primaria de Salud Integral adoptado por la Reforma de Salud en El Salvador.



Fuente: Informe de labores, Ministerio de Salud 2013-2014²⁹ y 2017-2018³³.

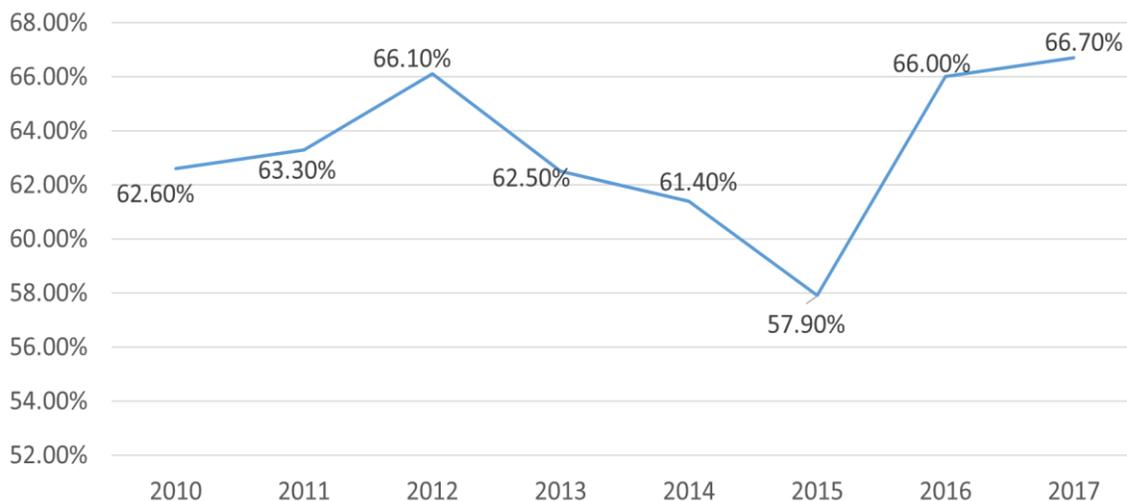
Figura 3: Porcentaje de inscripción infantil precoz (antes de los 28 días). Ministerio de salud 2010-2017.

La inscripción infantil precoz la define el Ministerio de Salud como la captación del recién nacido egresado del hospital que se realiza en su casa de habitación o en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y que se lleva a cabo antes de que el recién

nacido cumpla los 28 días. Tal como puede apreciarse en la figura 3, la inscripción infantil precoz ha experimentado una importante mejora desde el año 2010 al año 2017, incrementando en cerca de 10 puntos porcentuales para el período (pasando de 79.5% en el 2010, a 89.3% en el 2017).

Desde el año 2008 la Organización Panamericana de Salud planteó en su documento denominado Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño³⁷, el cual es una recomendación del 48º Consejo Directivo realizado en Washington en el 2008. Dicho documento define como una estrategia fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención de la madre, del recién nacido y del niño, es decir aumentar el control infantil tal como lo está haciendo El Salvador y otras atenciones como el parto institucional, el apego temprano a la madre, la lactancia materna exclusiva son medidas costo efectivas de alto impacto y que se favorecen con la mejora en la cobertura de servicios de salud, y que son parte de la Atención Primaria de Salud Integral.

Por otro lado, el documento de OPS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), denominado Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación³⁸, plantea que una elevada cobertura de intervenciones antes, durante y después del embarazo podría salvar la vida de mujeres y recién nacidos. Entre los conjuntos de intervenciones más eficaces para poner fin a las muertes neonatales y fetales prevenibles se incluyen: la atención durante el trabajo de parto, el nacimiento y la primera semana de vida, y la atención de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño. Es decir, mejorar la cobertura del control neonatal precoz, como lo ha hecho El Salvador, es una intervención que salva vidas de neonatos y que solo es posible gracias a la mejora de la cobertura de servicios de salud en El Salvador, sobre todo a partir del primer nivel de atención.



Fuente: Informe de labores, Ministerio de Salud 2013-2014²⁹ y 2017-2018³³.

Figura 4: Porcentaje de inscripción prenatal precoz (antes de las 12 semanas de embarazo). Ministerio de salud 2010-2017.

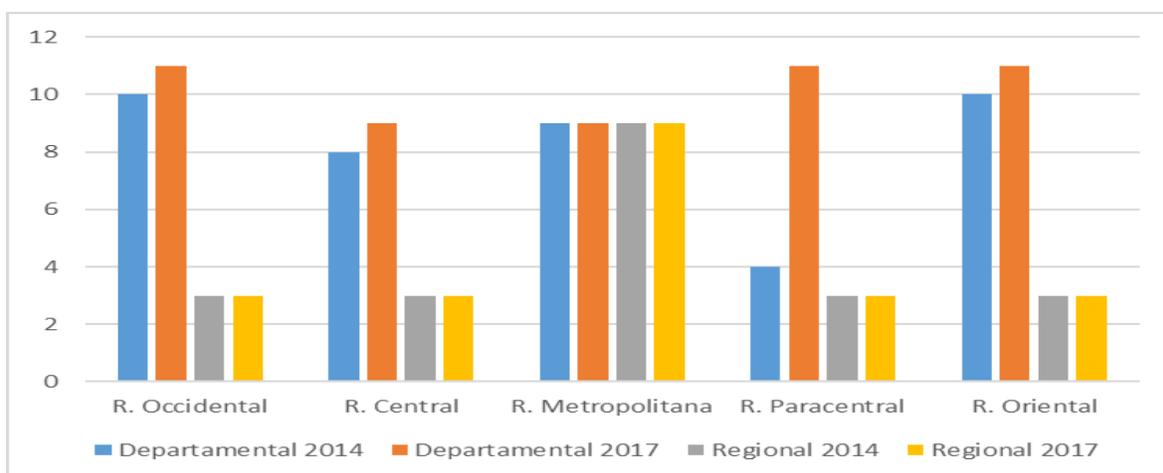
El porcentaje de inscripción prenatal precoz (antes de las 12 semanas) aunque ha tenido fluctuaciones entre 2010 y 2017, tal como se evidencia en la figura 4, ha incrementado en 4 puntos porcentuales para ese período, lo que significa una mejora en la cobertura, que tiene un doble impacto, sobre la salud de la madre y prevención de mortalidades maternas, pero además un adecuado control prenatal y el manejo adecuado del embarazo está demostrado que impacta de manera positiva en la prevención de morbilidades y mortalidad neonatal.

En la figura número 4 llama la atención la caída de la inscripción prenatal precoz en los años 2013, 2014 y 2015. El 2014 fue un año electoral en El Salvador, lo que significó algún grado de inestabilidad para los niveles de conducción en el Ministerio de Salud y se generaron cambios en algunos niveles jerárquicos, es probable que la curva de aprendizaje de dichos niveles pase factura a la gestión e impacte en algunos indicadores, como el caso de la inscripción prenatal precoz, que posteriormente retomó su cobertura e incluso superó la de años anteriores.

Héctor Sánchez et al. En su estudio impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal³⁹ concluye que el control prenatal adecuado (más de cinco controles y su inicio en el primer trimestre del embarazo) impacta en la prevención

del síndrome de insuficiencia respiratoria en el neonato, del bajo peso al nacimiento y de la prematurez, lo que se contrasta con la decisión de mejorar la cobertura de servicios de salud y de esa manera impactar en el incremento de la cobertura de la captación precoz del embarazo como una medida de protección al recién nacido.

Por otro lado, Pazmina de Osorio y Ney Guzmán, en su estudio Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia⁴⁰, plantean que existe poca evidencia en la literatura médica acerca del poder del control prenatal en la reducción de la mortalidad materna, los logros en este indicador pueden atribuirse a la eficacia y efectividad del mejoramiento de la calidad de la atención prenatal. Lo que nos orientaría que no es suficiente con mejorar la cobertura del control, sino que también es necesario incidir sobre la calidad de los mismos para poder impactar en la reducción de la mortalidad materna, es probable que la mejora en la cobertura del control de las embarazadas en El Salvador también se acompañe de una mejora de la calidad del mismo.



Fuente: Actas de reuniones de consejos de gestión de red departamental y regional, 2014 y 2017.

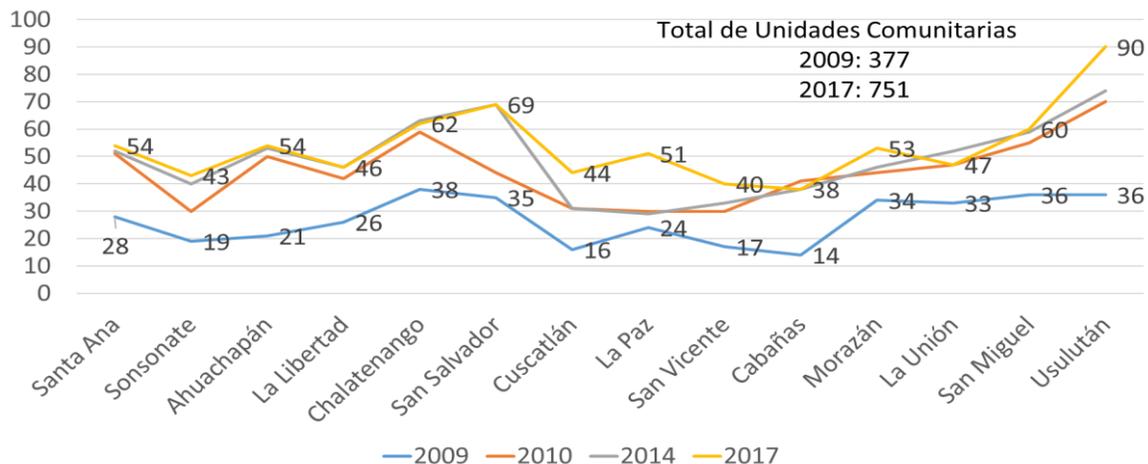
Figura 5: Cumplimiento de norma de reuniones de consejos de gestión de Red Regional y Departamental. Ministerio de Salud 2014 y 2017.

La adherencia en cuanto al cumplimiento de la norma, según el Manual de Organización y Funciones de las RIIS define que los consejos de gestión de red

departamental deben de realizarse de manera mensual. Sin embargo, puede observarse en la figura 5 que en la práctica se realizan entre 9, 10 y 11 reuniones anuales (75% de la norma, 83% de la norma y 92% de la norma), con similar comportamiento en todas las regiones de salud del país en los años 2014 y 2017. Solo existe el caso de la región paracentral que para el año 2014 únicamente realizaron 4 reuniones del consejo de gestión departamental (33% de la norma). Para el caso de los consejos de gestión regionales el manual de organización y funciones de las RIIS propone una periodicidad de reuniones bimensual, para este caso todas las regiones han realizado 3 reuniones en el año tanto en el 2014 como en el 2017 (alcanzando un 50% de la norma). Salvo el caso de la región metropolitana que ha superado la norma y realizó 9 reuniones del consejo de gestión regional, sobrecumpliendo la norma de 6 en el año.

Durante la revisión de las actas de los Consejos de Gestión de RIIS departamentales y regionales es importante destacar que todas cumplían con los requisitos de forma definidos en la norma.

Robles Guerrero, Luís, en su documento Importancia de la función normativa de la Autoridad de Salud Nacional para el control de problemas de salud pública⁴¹, plantea que Las normas emitidas por la Autoridad de Salud Nacional establecen las pautas formales y la posición oficial respecto a la manera de abordar un determinado problema de Salud Pública, la aplicación de la normatividad permite resolver dichos problemas. La norma no se aplica sola, por sí misma; es necesario que las personas y organizaciones involucradas cumplan con las responsabilidades que le correspondan. A la Autoridad de Salud Nacional le corresponde supervisar que se cumpla y verificar que los resultados de su aplicación sean coherentes con los objetivos y la finalidad de lo normado. Lo que ratifica que es necesario incrementar el control y supervisión del Ministerio de Salud de El Salvador para garantizar el cumplimiento del Manual de Organización y Funciones de las RIIS con el fin de incidir en la mejora del cumplimiento de esta norma.

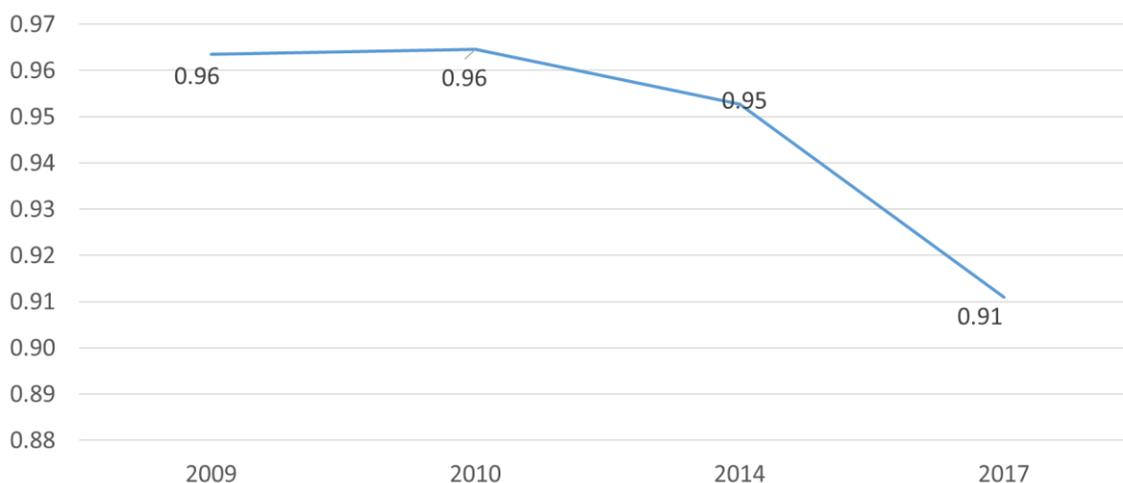


Fuente: Informe de labores, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2008-2009⁴², Informe de labores Ministerio de Salud 2010-2011²⁶, 2014-2015³⁰ y 2017-2018³³.

Figura 6: Número de Unidades Comunitarias de Salud Familiar por departamento. Ministerio de Salud 2009, 2010, 2014 y 2017.

El acceso a servicios de salud se ha mejorado de manera significativa en el Ministerio de Salud de El Salvador, el cual paso de tener 377 establecimientos del primer nivel de atención en el 2009, a contar con 751 en el 2017. Es decir, prácticamente se ha duplicado el número de establecimientos en el período informado. Adicionalmente es interesante observar como ese incremento se ha realizado en todos los departamentos y no solamente en las áreas urbanas como es la capital (San Salvador).

Knaul Felicia, et. Al. en su documento denominado hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México⁴³ plantea que una de las medidas tomadas durante la reforma de salud en México fue el fortalecimiento de la infraestructura de salud. Se construyeron centros de alta especialidad, así como hospitales y clínicas ambulatorias, al mismo tiempo que renovaron o equiparon unidades de salud. Esto resulta una medida similar a la que se tomara en El Salvador con el fortalecimiento del primer nivel de atención, que tal como ya lo hemos planteado viene siendo una de las recomendaciones desde la conferencia internacional de Alma Ata.



Fuente: Sistema Estadístico de Producción de Servicios. Proyecciones de población Dirección General de Estadística y Censos, El Salvador (DIGESTYC).

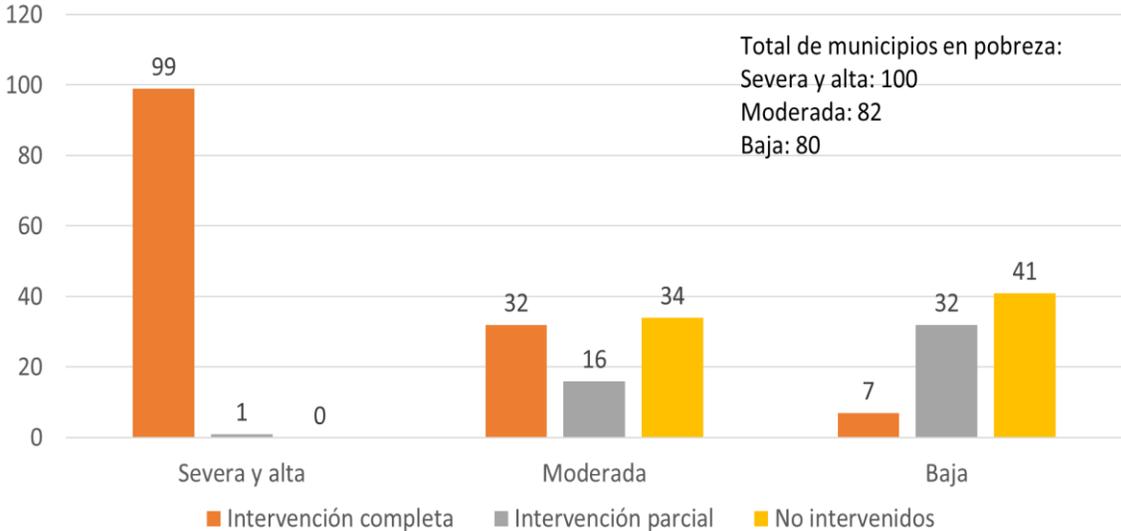
Figura 7: Índice de camas hospitalarias por 1,000 habitantes. Ministerio de Salud, El Salvador. 2009, 2010, 2014 y 2017.

La cobertura de camas hospitalarias por 1,000 habitantes en el Salvador no ha mejorado, al contrario, ha decrecido levemente, como puede observarse en la figura 7, sin embargo, es importante destacar que a lo largo de la Reforma de Salud el número de hospitales nacionales no ha cambiado (30 hospitales) y el número de camas se ha mantenido más o menos constante, sin embargo, el cálculo de este indicador se realiza con las proyecciones de población, las cuales aumentan año con año, es lo que causa el descenso en el número de camas por mil habitantes. De acuerdo al Informe sobre estadísticas sanitarias mundiales 2012⁴⁴ de la Organización Mundial de la Salud en la región de las Américas, el promedio de camas por 1,000 habitantes es de 2.6. El Salvador dista de ese promedio, de igual forma algunos autores manifiestan que un promedio aceptable es de al menos 2 camas por mil habitantes, el cual tampoco se ha alcanzado.

En el documento Reforma de Salud en El Salvador ya se describía que una importante parte del equipo y mobiliario hospitalario ya había caducado su vida útil. En los informes de labores se reporta que el Ministerio de Salud ha realizado importantes inversiones y la incorporación de nuevas tecnologías (Equipo para

radioterapia, Rasonancias Magnéticas Nucleares, Tomografías Axiales Computarizadas, laboratorios de cateterismo cardíacos, entre otros). Sin embargo, no se hace alusión al total de equipo que ha sido posible sustituir.

Adicionalmente, se reporta que 6 de los 30 hospitales nacionales han sido nuevas construcciones, y han sido fortalecidos con equipamiento y recursos humanos.



Fuente: Informe de labores. Ministerio de Salud 2017-2018. Mapa de pobreza en El Salvador.

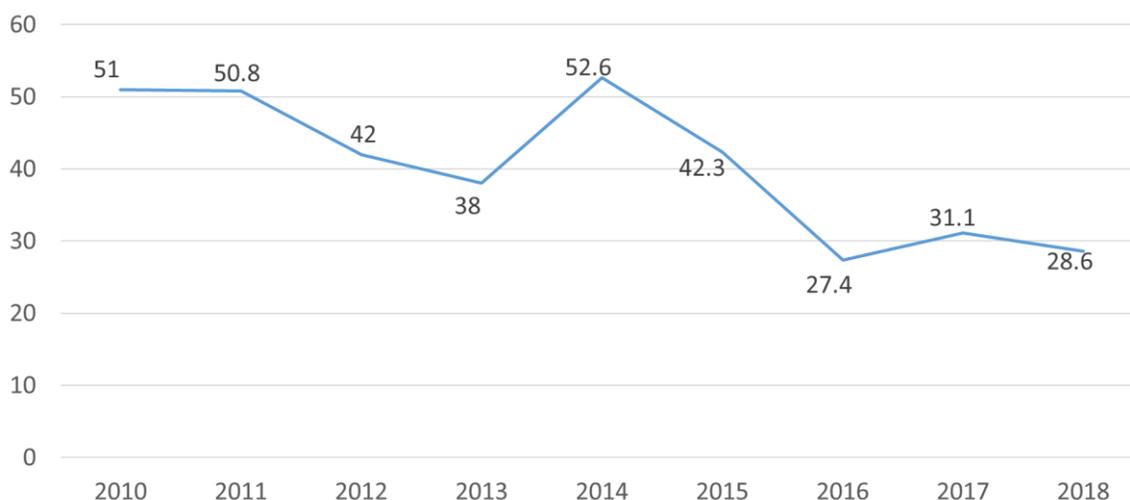
Figura 8: Municipios intervenidos con Ecos, de acuerdo al nivel de pobreza. Mapa de pobreza en El Salvador⁴⁵.

En relación a la equidad, el Ministerio de Salud planteó en el documento la Reforma de Salud en El Salvador que su prioridad serían los municipios con mayores niveles de pobreza. Al realizar el análisis, como se aprecia en la figura 8, podemos observar que los 100 municipios en mayores niveles de pobreza (severa y alta) tienen intervención de Ecos, 99 de ellos toda su población está cubierta por Ecos; para los 82 municipios de pobreza moderada, el 58% de los municipios (48) tienen intervención de Ecos ya sea completa (32 municipios) o parcial (16 municipios), es importante ver que esta relación se invierte en los 80 municipios con niveles de pobreza baja donde la mayoría, es decir el 51% (41 municipios), no cuentan con Ecos.

Desde la Conferencia de Alma Ata⁷ se planteaba que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable. Por tanto, debería ser motivo de preocupación común para todos los países, intervenir de manera prioritaria aquellos territorios con mayores niveles de pobreza. La Reforma de Salud en El Salvador es una franca apuesta por superar esas desigualdades a través de un enfoque de equidad.

El proyecto de declaración a 40 años de Alma Ata, de la segunda conferencia internacional sobre atención primaria de salud: hacia la cobertura universal y los objetivos de desarrollo sostenible³⁴, plantea que los sistemas de salud centrados en la atención primaria de salud de calidad mejoran la equidad en salud, la cobertura de los servicios, la costo-efectividad y eficiencia, y la experiencia de atención de las personas en comparación con aquellos que sobre enfatizan los cuidados especializados. Además, un enfoque de atención primaria de salud es esencial para mejorar equidad en la salud y no dejar a nadie atrás. Lo que coincide plenamente con el enfoque de la Reforma de Salud en El Salvador que se basa en la Atención Primaria de Salud Integral, y se refleja en la forma de intervenir el país con Ecos familiares, al hacerlo en base a la equidad, es decir, comenzando por aquellas personas en mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad.

La estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud⁴⁶ de la Organización Panamericana de la Salud define que la equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social, son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud. La Reforma de Salud en El Salvador tiene una clara apuesta para superar las inequidades, prioriza las intervenciones en la población más necesitada, acerca los servicios de salud para romper barreras geográficas y eliminó el cobro directo en los establecimientos de salud por la prestación de servicios con el fin de romper barreras económicas.



Fuente: Informe de labores, Ministerio de Salud 2013-2014²⁹ y 2017-2018³³.

Figura 9: Razón de Mortalidad Materna por 100,000 nacidos vivos, El Salvador 2010-2018.

La razón de mortalidad materna como un indicador de calidad de la atención es uno de los que más se ha impactado en El Salvador reduciéndose del 2010 al 2018 más de 22 puntos (de 51 muertes maternas x 10^5 nacidos vivos en 2010 a 28.6 muertes maternas x 10^5 nacidos vivos en 2018), como se evidencia en la figura 9. Son múltiples las intervenciones que inciden en la reducción de este indicador, la mejora de cobertura de establecimientos de salud y dotar al primer nivel de atención de especialistas en gineco-obstetricia; el seguimiento intensivo a la embarazada que favorece alcanzar el 99% de parto en establecimientos de salud; el fortalecimiento y seguimiento de la embarazada a través del programa materno infantil; la puesta en funcionamiento de hogares de espera materna; el fortalecimiento con personal calificado de los hospitales para la atención del parto, entre otras medidas.

Eduardo Lazcano y colaboradores en su documento Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna⁴⁷ afirman que la mejora en la cobertura del parto en sí no es suficiente para lograr una reducción de la mortalidad materna, se requiere garantizar que la atención sea calificada, lo cual requiere contar con personal de salud con los conocimientos y habilidades

necesarias, recursos e infraestructura que garanticen la atención obstétrica oportuna y de calidad en cualquier institución. La calidad de la atención en salud en general, y en salud materna en especial, implica, entre otros, la accesibilidad, es decir accesibilidad geográfica, económica y organizacional para utilizar en forma óptima y oportuna los servicios de atención obstétrica. Esto confirma que la mortalidad materna es considerada un indicador de calidad y como tal su reducción nos constata que además de la mejora en la cobertura de establecimientos de salud en El Salvador, se ha mejorado de forma paralela la calidad de la atención y el seguimiento a la mujer embarazada.



Fuente: Informe de labores, Ministerio de Salud 2013-2014²⁹ y 2017-2018³³.

Figura 10: Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos, El Salvador. 2009-2018.

La tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos ha sufrido un leve incremento en un poco más de dos puntos entre 2010 y 2018, tal como se aprecia en la figura 10. Se consigna en los informes del Ministerio de Salud de El Salvador que a partir del 2014 la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) del país realizó una actualización de las proyecciones de nacidos vivos, adicionalmente la institución ha realizado esfuerzos para mejorar las estadísticas sobre muertes infantiles y se han desarrollado programas para mejorar el control y las estadísticas sobre las malformaciones congénitas que representan una de las principales causas de mortalidad infantil, estos factores pueden estar relacionados con el incremento de la tasa en el país. De igual forma, es importante tomar en cuenta que El Salvador

es uno de los países que todavía tiene una prohibición absoluta del aborto, incluyendo el terapéutico, lo que también incide sobre este indicador.

De acuerdo al documento de Riverón Corteguera, Raúl y Azcuay Henríquez, Pedro denominado mortalidad infantil en Cuba 1959-1999⁴⁸, la mortalidad infantil que es reconocida como un indicador básico de las condiciones de salud de la población y el desarrollo de la salud pública de un país, algunos autores señalan que en los países industrializados, la reducción de la mortalidad infantil se vincula en gran parte a las mejoras alcanzadas en las condiciones generales de vida, más bien que a la atención médica. Se hace hincapié en la voluntad política que debe motivar a los gobiernos en llevar a cabo una disminución sustancial de la mortalidad infantil, que puede tener avances importantes antes que se logre el desarrollo económico. Es importante destacar que es necesario realizar esfuerzos dentro del Ministerio de Salud de El Salvador para incidir en este indicador, sin embargo, también existen condiciones de la determinación social de la salud que pueden estar afectando la reducción de este indicador.

Barreras y oportunidades de mejora para el desarrollo de las RIIS

La matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) se realiza mediante un proceso participativo con los actores involucrados, para identificar la situación “real” de la organización que se analiza, en este caso, la situación de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) en El Salvador y los productos de su implementación.

La intención en este caso es conocer la situación de las RIIS de cara a su continuidad, fortalecimiento y sostenibilidad. Esto implica formular un listado en cada una de las dimensiones de la matriz que se refieren a los factores internos de la RIIS Fortalezas y Debilidades, así como de los factores externos a la misma en términos de Oportunidades y Amenazas. El análisis toma en cuenta factores económicos, políticos, sociales y culturales que afectan tanto los aspectos internos a las RIIS (fortalezas y debilidades), así como los aspectos externos a las mismas (oportunidades y amenazas).

La continuidad después de la realización de los listados de cada una de las dimensiones del FODA, implica responder preguntas relacionadas con el producto actual de las RIIS ¿Qué hemos obtenido y qué podemos ofertar a través de las RIIS? ¿En qué forma o cómo podemos continuar, sostener y mejorar su desarrollo y desempeño? ¿Cómo pueden las RIIS responder a las necesidades cambiantes, de salud de la población? y ¿cómo podemos mejorar la ruta hacia la salud universal? Podríamos también responder a preguntas como ¿cuál ha sido el costo de la inversión en la implementación de las RIIS? y ¿cuáles son los costos actuales de su funcionamiento? Y, por último, ¿Cómo podemos mejorar su administración y gestión?

El producto de este trabajo evidencia la contribución de la implementación de las RIIS al proceso de más largo aliento por lograr la salud universal (acceso universal a la salud y cobertura universal de los servicios de salud). El cuadro 1 resume los principales aspectos, de un listado más exhaustivo, de cada una de las dimensiones de la matriz.

Cuadro 1: Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se estableció la gratuidad de los servicios lo que mejora el acceso al reducir la barrera económica 2. Se ha implementado un Modelo de Atención basado en Atención Primaria de Salud integral y un modelo de gestión en redes. 3. Se cuenta con instrumentos técnico jurídicos para el funcionamiento de las RIIS. 4. Se ha llevado a cabo una importante ampliación de cobertura de los servicios y mejora de la capacidad resolutive. 5. Se ha realizado un aumento progresivo de recursos humanos en los 3 niveles de atención. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento en la gobernanza y la rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante las reuniones de coordinación de las instituciones del SNS. 2. Disposición de las instancias políticas y de las instituciones del SNS de revisar el marco legal institucional de las mismas en función de la integración del SNS. 3. Presentación y discusión de la ley del “Sistema Nacional Integrado de Salud” en la Asamblea Legislativa. 4. Sistema de Información con Ficha Familiar georeferenciada.

<p>6. Sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta establecido en RIIS</p> <p>7. Participación intersectorial y social efectiva en la integración de la RIIS</p>	<p>5. Se ha lanzado el modelo de Salud Urbana, en función de realizar un abordaje intersectorial de la salud en las principales ciudades del país.</p>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. En general se tienen limitaciones presupuestarias para el logro de las intervenciones requeridas para lograr la salud universal 2. Falta integración completa de la RIIS a nivel institucional y a nivel del SNS (legales). 3. Falta completar el uso de la Ficha Familiar georeferenciada en todo el territorio nacional. 4. Falta la coordinación de acciones conjuntas intersectoriales para el abordaje de la determinación social de la salud. 5. Se han tenido dificultades para la atención a las comunidades, debido al fenómeno de violencia social. Esto ha repercutido también en la falta de acceso a la salud y a los servicios de salud por parte de la población. 6. Debilidades en la educación para la salud de la población para generar cambios culturales de la población tanto en el proceso de salud enfermedad, como del énfasis en el autocuidado, la prevención y promoción de la salud. 7. Pensum de las escuelas formadoras, deficientes en la adopción del modelo de la Reforma de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en las prioridades por parte del gobierno entrante que afecten la continuidad de la Reforma de Salud, la sostenibilidad de sus logros y la Integración del SNS. 2. Cambios en la asignación presupuestaria que limiten la ejecución de intervenciones sanitarias costo efectivas. 3. Cambios en las prioridades políticas de las instituciones del SNS que les impidan integrarse planamente al trabajo en RIIS y que faciliten la persistencia de la segmentación y fragmentación del SNS. 4. Persistencia del modelo de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, con un perfil de egreso medicalizado que no responde al requerido por la Reforma de Salud. 5. Desastres naturales que rebasen la capacidad de respuesta del SNS y del Sistema Nacional de Protección Civil.

Fuente: Consejo de Gestión de Red Integral e Integrada de Salud Nacional, 31 de enero de 2019.

El listado que identifica las fortalezas destaca, en primer lugar, la gratuidad de los servicios como una fortaleza para reducir la barrera económica. Para reducir la barrera geográfica, se amplió la red de establecimientos, se ha consolidado el modelo de atención familiar y comunitario y se han acercado no sólo los servicios si no las acciones de salud pública a la población a través de la ampliación de la red

de establecimientos y a través de los equipos comunitarios de salud familiar y especializados (Ecos familiares y Ecos especializados), lo que implica un incremento progresivo de recursos humanos en los tres niveles de atención, no sólo en el primer nivel, si no para las acciones requeridas en los tres niveles de atención que garantizan la funcionabilidad de las RIIS.

Así mismo, se cuenta, actualmente, con los instrumentos técnicos jurídicos para el adecuado funcionamiento y operación de la RIIS, que incluyen el manual de organización y funciones de las RIIS, los lineamientos de referencia, retorno e interconsulta, así como para la realización de las acciones intersectoriales, entre otros.

Para continuar con los factores referidos a lo interno de la RIIS, se identificaron las debilidades. Se consignaron limitaciones presupuestarias para la ejecución de las intervenciones requeridas para el logro de la salud universal (brecha importante en cuanto a la necesidad de incrementar el financiamiento de la salud). Por otra parte, es válido resaltar que falta integración completa de la RIIS, tanto al interior del Ministerio de Salud, como por la insuficiente integración de los otros actores institucionales del Sistema Nacional de Salud en las RIIS a nivel nacional, y esto se relaciona con la integración de actores y la participación social efectiva, incluyendo la contraloría social. Esto se suma a la aún débil coordinación para acciones conjuntas intersectoriales con el enfoque de la determinación social de la salud. Esta limitación incluye e influye en que aún no se haya completado a nivel nacional la implementación de la ficha familiar georeferenciada (si fuera entre todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud es probable que el avance en el levantamiento de la ficha familiar fuera mayor).

También se plantea como debilidad, las dificultades de atención resultantes de la situación de violencia que limita el acceso a la atención por parte de la población en zonas determinadas, o en su defecto de algún personal de salud que tiene dificultades de acceso en algunas zonas, aunque sucede menos.

Otro aspecto que, si bien puede parecer externo, se vuelve un problema interno cuando el personal formado en las instituciones académicas se integra al trabajo operativo en el Ministerio de Salud, en los profesionales se observan deficiencias en la adopción del modelo de gestión y de provisión definido por la Reforma de Salud. Se suma a una educación en salud insuficiente para motivar cambios culturales y conductuales en la población, tanto en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el autocuidado.

Con relación a los factores externos destacan oportunidades para mejorar la rectoría del Ministerio de salud y la gobernanza ya que existe voluntad política de las instituciones del sistema para coordinar acciones en las reuniones del comité directivo del Sistema Nacional de Salud. Así mismo, las instituciones del Sistema Nacional de Salud se muestran dispuestas a revisar su marco legal en función de la integración del Sistema. En ese mismo sentido, es una oportunidad la discusión del proyecto de la “Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud” el cual es un proyecto de ley que se presentó hace dos años a la Asamblea, que mejora el marco jurídico del Sistema Nacional de Salud y que se encuentre en una fase muy avanzada de discusión y revisión en la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, ya que la misma contiene los mecanismos que posibilitan la integración funcional del sistema. Además, el sistema de información con la ficha familiar georeferenciada es una importante oportunidad, tanto para mejorar el desempeño del personal de salud como para identificar necesidades familiares y riesgos comunitarios. Por otra parte, el lanzamiento del modelo de Salud urbana ha abierto posibilidades para el trabajo intersectorial en las principales ciudades del país.

Así como se identifican oportunidades también se han identificado las principales amenazas. El cambio de gobierno se considera una amenaza, sobre todo si cambian las prioridades en forma tal que afecten el desarrollo de la Reforma de Salud, la ampliación y la integración de las RIIS y la sostenibilidad de sus logros. El cambio en las asignaciones presupuestarias puede afectar la realización de las intervenciones más costo efectivas. Los cambios en las prioridades políticas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud también les pueden impedir integrarse

plenamente al trabajo de las RIIS y contribuir a la persistencia de la segmentación y fragmentación del Sistema. En coherencia con la debilidad en la formación de recursos humanos en función de la Reforma de Salud, la persistencia del modelo de formación de las instituciones académicas se considera una amenaza ya que se continuará con un perfil de egreso con un modelo biologicista medicalizado que no responde al requerido de Atención Primaria de Salud Integral.

Finalmente, los desastres naturales siempre constituyen una amenaza que pueden rebasar la capacidad de respuesta del Ministerio de Salud en particular y del Sistema Nacional de Salud, así como del sistema nacional de protección civil en general.

Como se mencionó anteriormente, la continuidad después de la realización de los listados de cada una de las dimensiones del FODA, implica responder preguntas relacionadas con el producto actual de las RIIS. El primer cruce se traduce en la formulación de estrategias o lineamientos, construidas con base a la identificación de aspectos en el primer par: fortalezas y oportunidades (FO) que se orienta a maximizar las fortalezas y aprovechar al máximo las oportunidades. El segundo par de cruce, fortalezas y amenazas, busca formular estrategias que maximicen las fortalezas y minimicen las amenazas. El tercer cruce, debilidades y oportunidades, busca elaborar estrategias o lineamientos para minimizar las debilidades y maximizar las oportunidades y el cuarto cruce, debilidades y amenazas, busca minimizar las debilidades y minimizar las amenazas.

La finalidad es contar en diferentes escenarios con estrategias o lineamientos de reorientación, adaptación o supervivencia, estrategias defensivas u ofensivas en el sentido de que deben garantizar el éxito de la continuidad.

El primer cruce de fortalezas y oportunidades (FO) se consideran las siguientes estrategias o lineamientos estratégicos para maximizar las fortalezas y maximizar las oportunidades:

1. Fortalecer el posicionamiento de la reforma de salud con relación a los acuerdos de política internacional y los compromisos de país referentes a la respuesta a los principales problemas de salud identificados a nivel regional y a los compromisos relacionados con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS).
2. Destacar los acuerdos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud orientadas a la integración y al establecimiento de una hoja de ruta hacia la salud universal.
3. Fortalecer la actuación de las RIIS, con base a las leyes y normativas vigentes que sustentan su funcionamiento y que motiven a consolidar el marco legal en discusión o revisión, en la Asamblea Legislativa, para su mayor integración y mejor desempeño.
4. Maximizar los esfuerzos participativos de los diferentes actores en el desarrollo de un sistema de información que permita una interfase de conexión para el intercambio de información efectivo y de calidad que garantice la continuidad de la atención en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
5. Completar las acciones para el efectivo uso del expediente electrónico único, el uso del Documento Único de Identidad (DUI) para la identificación de la población usuaria del Sistema Nacional de Salud y garantizar la continuidad de la atención y la información requerida como respuesta de país por los ODS.

Como resultado del segundo cruce debilidades y oportunidades, para minimizar las debilidades y maximizar las oportunidades (DO) se consideran las siguientes estrategias o lineamientos estratégicos:

1. Impulsar la aplicación de la ficha familiar georeferenciada, el expediente clínico informatizado y la de otros instrumentos normativos e interfases para el intercambio de información de buenas prácticas para la mejora de la calidad de atención y la capacidad resolutoria de los servicios y de acciones integradas de salud en las RIIS.
2. Definición de los objetivos de salud con base a una planificación sanitaria conjunta entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las instituciones

formadoras. El Plan Nacional de Salud es un instrumento clave para las directrices a largo plazo, en relación a las necesidades de salud, configurando una red de compromisos de los diferentes actores comunitarios e institucionales.

3. Impulsar estrategias de abordaje integral a la determinación social de las Enfermedades No Transmisibles, aprovechando el modelo de Salud urbana para la realización de acciones intersectoriales que favorezcan la efectividad de la promoción de la salud, la prevención y la atención a las personas, familias y comunidades.

Por otra parte el cruce de fortalezas y amenazas, para maximizar las fortalezas y enfrentar y minimizar las amenazas (FA) se genera los siguientes planteamientos estratégicos:

1. Definir un plan de abogacía para el incremento sostenido del presupuesto público para la salud basado en el funcionamiento integrado del Sistema Nacional de Salud y en economías de escala para una gestión más eficiente de la salud.
2. Completar la informatización de todos los establecimientos de salud, incluyendo la conexión telemática con el nivel hospitalario y favorecer el acceso de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar a las pruebas relevantes que se hayan realizado en cualquier ámbito del sistema para reducir la burocracia, tiempos de espera y facilitar las actividades de mejora de la calidad asistencial, docencia e investigación.

Y al cruzar debilidades con amenazas que busca minimizar debilidades y amenazas (DA) se plantean las siguientes:

1. Priorizar un Plan de reducción a la vulnerabilidad y mitigación de riesgos frente a emergencias y desastres, a nivel generalizado en las RIIS coordinado, con el sistema de protección civil a nivel nacional
2. Formular propuestas de abordaje integral e intersectorial en comunidades con alto riesgo social (Violencia) para el desarrollo más efectivo y eficiente de las

intervenciones tomando en cuenta la protección del personal de salud, la mejora de la salud y la integración social.

3. Potenciar y financiar programas permanentes de formación continuada, investigación y actividad docente en los ECOS (Familiares y Especializados) compatibilizando objetivos institucionales, demandas formativas de los profesionales y necesidades de salud de la población.

VII. Conclusiones

- ✓ Avances sustanciales en el proceso de implementación de las RISS, en el medio de una crisis financiera en El Salvador, son atribuibles al incremento de la cobertura de servicios de salud en los diferentes niveles de atención.

- ✓ Existen impactos demostrables en los indicadores de salud, fundamentalmente en la mejora del acceso a servicios del primer nivel de atención; la mejora de la equidad en municipios con mayores niveles de pobreza; y la calidad técnica demostrable en la reducción de la mortalidad materna.

- ✓ Existen barreras en relación a la integración de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud para aplicar en todo el sistema el modelo de gestión y de provisión, por tanto, para la mejora continua de las RISS deberían realizarse esfuerzos para superar la fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud; así como incorporar a las escuelas formadoras de recursos humanos para que respondan a las necesidades del sistema.

VIII. Recomendaciones

Para la investigación:

- ✓ Realizar estudios analíticos que comparen los impactos en salud de los municipios que tienen intervención total por Ecos con aquellos municipios que no cuentan con cobertura de Ecos para corroborar el impacto que estos están teniendo sobre la salud de la población.

Para la divulgación de resultados:

- ✓ Divulgar los resultados de la reforma de salud en El Salvador en revistas científicas y documentos programáticos.

Para la toma de decisiones:

- ✓ Realizar abogacía con los logros alcanzados de la reforma a fin de que este proceso pueda tener continuidad, de igual forma aprovechar las oportunidades de mejora para que puedan ser retomadas por un nuevo gobierno.
- ✓ Identificar fuentes y estrategias para garantizar la sostenibilidad financiera de la Reforma de Salud y continuar la mejora en la cobertura de salud de la población son temas prioritarios y que deben de llevarse al más alto nivel con el fin de conseguir compromisos políticos que garanticen el compromiso de la continuidad del proceso de reforma de salud en El Salvador.

IX. Bibliografía

1. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Fren P, et al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. MEDDICC Rev. 2015; 17. Consultado: 14/12/18. Disponible en: <http://mediccc.org/mediccreview/uhc-atun.php>
2. Barillas, Edgar. Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá. Capítulo desafío de la equidad social. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2002. Consultado: 14/12/18. Disponible en: https://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/centroamerica/002/Salud_Edgar_Barillas.pdf
3. Bitrán, Ricardo. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica. CEPAL, GTZ. Santiago de Chile, 2006. Consultado: 14/12/18. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5150/1/S0600416_es.pdf
4. Rodríguez, María Isabel. “El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud” Organización Panamericana de la Salud, OPS 1ª. ed.-San Salvador, El Salv. OPS, 2014. Consultado: 14/12/18. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1482-el-salvador-en-el-camino-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-logros-y-desafios&category_slug=documentos-estrategicos&Itemid=364
5. Byron Sosa. OPS ve avances tras reforma de Salud. La Prensa Gráfica. El Salvador. 20 de Octubre de 2014. Disponible en: <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/OPS-ve--avances-tras-reforma-de-salud-20141020-0071.html>
6. Yamileth Cáceres. El Diario de Hoy. San Salvador, 18 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.elsalvador.com/noticias/nacional/127414/la-reforma-de-salud-se-queda-a-medias/>

7. OMS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS “Declaración de Alma Ata”. Septiembre 1978. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en
8. Vargas I, Vásquez ML & Jané E. Equidad y las reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):927-937, jul-ago, 2002. Fecha de consulta: 30/01/19. Disponibles en: https://www.researchgate.net/publication/26359827_Equidad_y_reformas_de_los_sistemas_de_salud_en_Latinoamerica/download.
9. Lechuga M, Vyeira W. Las reformas de salud en América Latina. Entreciencias: Diálogos en la sociedad del conocimiento. Ago. 2014;151-162. Fecha de Consulta: 01/02/2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457645126003>
10. Mesa-Lago, Carmelo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). “Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe”. Naciones Unidas. Diciembre 2015. Fecha de Consulta: 01/02/2019. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf
11. Homedes, Nuria; Ugalde Antonio. “Las reformas de salud en América Latina ¿éxito o fracaso?”. SITUA. Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Perú. Marzo-Agosto 2001, año 9, No. 18. Fecha de Consulta: 01/02/2019. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/Reform_salud.htm
12. Laurell, Asa Cristina. “Las Reformas de Salud en América: procesos y resultados. Revista Científica Complutense, Cuadernos de Relaciones Laborales. Vol.34 no. 2, 2016. Fecha de Consulta: 01/02/2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53458>.

13. Arene, Alberto. La crisis y el agotamiento histórico de El Salvador. Segunda Vuelta 2016. Consultado: 01/02/2019. Disponible en: <https://segundavueltasv.wordpress.com/2016/09/22/la-crisis-y-el-agotamiento-historico-de-el-salvador-de-alberto-arene/>
14. Hernández Palenciano, Álvaro. Análisis de la crisis financiera del 2008 en Estados Unidos desde las finanzas conductuales. Universidad Pontificia de Madrid, 2015. Consultada 01/02/2019. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/6829/retrieve>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington D.C. OPS 2006. Consultado: 01/02/2019. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-El_Salvador_2006.pdf
16. Matamoros de Guerrero, Odilia. Condiciones de equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en El Salvador, 2001. Maestría en Salud Pública, Universidad de El Salvador, 2010. Consultado: 01/02/2010. Disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/616/1/10136211.pdf>
17. Banco Interamericano de Desarrollo. Evaluación de las redes integradas e integrales de salud 2010-2012. BID. 2013. Consultado 01/02/2019. Archivo de la Dirección del Primer Nivel de Atención del MINSAL.
18. Bossert, Thomas, Hill, Esther. Análisis de la política pública de salud para El Salvador. FUSADES, departamento de estudios económicos y sociales. El Salvador 2013. Consultado el: 01/02/2019. Disponible en: http://fusades.org/sites/default/files/investigaciones/analisis_de_politica_publica_de_salud2_1.pdf
19. Rodríguez, María Isabel., Ministerio de Salud El Salvador. La reforma de Salud en El Salvador. 2010. Disponible en:

http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1047-reforma-de-salud-1&Itemid=364

20. Menjívar, Violeta. Política de Salud 2015-2019. Ministerio de Salud. San Salvador. 2015. Disponible en: http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/politicas/politica_nacional_de_salud_215_2019.pdf
21. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington D.C. OPS 2010. Consultado: 28/01/2019. Disponible: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307.
22. Martínez Trujillo Nelcy. Antecedentes conceptuales para las investigaciones en sistemas y servicios de salud en enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2013 Sep [citado 2019 Mar 14] ; 29(3): 210-222. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300007&lng=es.
23. Gonzalez Longoria, Maria, et. Al. Investigaciones en sistemas y servicios de salud. Red de Estomatología Social. Consultado: 28/01/19. Disponible en: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Investigacion%20en%20sistemas%20y%20servicios%20de%20salud.pdf>
24. Rodríguez, María Isabel. "Manual de organización y Funciones de las RIIS". Ministerio de Salud. San Salvador: El Salvador, 2013. Consultado: 16/12/18. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/Manual_de_organizacion_y_Funciones_de_las_RIIS.pdf

25. Menjívar, Violeta. “Manual de Procedimientos de Investigación en Salud”. Instituto Nacional de Salud. San Salvador: El Salvador, 2017. Consultado: 16/12/18. Disponible en: http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/02/Manual_Procedimientos_investigaciones_salud_2017.pdf
26. Rodríguez, María Isabel. Informe de labores, Ministerio de Salud 2010-2011. Ministerio de Salud. El Salvador, 2011. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>
27. Rodríguez, María Isabel. Informe de labores, Ministerio de Salud 2011-2012. Ministerio de Salud. El Salvador, 2012. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>
28. Rodríguez, María Isabel. Informe de labores, Ministerio de Salud 2012-2013. Ministerio de Salud. El Salvador, 2013. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>
29. Rodríguez, María Isabel. Informe de labores, Ministerio de Salud 2013-2014. Ministerio de Salud. El Salvador, 2014. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>
30. Menjívar, Violeta. Informe de labores, Ministerio de Salud 2014-2015. Ministerio de Salud. El Salvador, 2015. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>
31. Menjívar, Violeta. Informe de labores, Ministerio de Salud 2015-2016. Ministerio de Salud. El Salvador, 2016. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>

32. Menjívar, Violeta. Informe de labores, Ministerio de Salud 2016-2017. Ministerio de Salud. El Salvador, 2017. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>
33. Menjívar, Violeta. Informe de labores, Ministerio de Salud 2017-2018. Ministerio de Salud. El Salvador, 2018. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>
34. Organización Mundial de la Salud. A 40 años de Alma Ata, proyecto de declaración segunda conferencia internacional sobre atención primaria en salud: hacia la cobertura universal de salud y los objetivos de desarrollo sostenible. Astaná, Kazajstán, 2018. Consultado: 10 de marzo de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=712-borrador-proyecto-de-declaracion-alma-ata-40-espanol&category_slug=documentos-2018&Itemid=599.
35. Saavedra, María José. El Salvador: las finanzas públicas mantienen un frágil equilibrio. El Economista. Octubre 2018. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <https://www.economista.net/economia/El-Salvador-las-finanzas-publicas-mantienen-un-fragil-equilibrio-20181008-0032.html>.
36. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Sobre Inmunización: examen de mitad de período. 160^o sesión del comité ejecutivo. Washington D.C. Junio 2017. Consultado: 10/03/19. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34220/CE160-INF-8-F-s.pdf?sequence=20&isAllowed=y>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. 48^o consejo directivo, Washington 2008. Consultado: 10 de marzo de 2019. Disponible en:

http://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/MatNeoNat-Estrategia_plan_accion_salud_recien_nacido-2008.pdf?ua=1.

38. OMS, UNICEF. 2014. Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Consultado el 10/03/19. Disponible en: https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-SPANISH_updated_July2014.pdf.
39. Sánchez-Nuncio, Héctor Rafael et al. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2005. Consultado 11/03/19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>.
40. De Osorio, Sonia Pazmiño, Guzmán-Gómez, Ney. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No. 1 • 2009. Consultado: 11/03/19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1952/195214329004/>.
41. Robles-Guerrero Luis Ricardo. Importancia de la función normativa de la Autoridad de Salud Nacional para el control de problemas de salud pública. An. Fac. med. Perú, 2011. Consultado 13/03/19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000400010&lng=es.
42. Maza, Guillermo. Informe de Labores 2008-2009. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador 2009. Consultado: 13/03/19. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores>

43. Knaul, Felicia et. Al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud pública de México, Vol. 55. 2013. Consultado el 11/03/19. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2/207-235/#ModalArticles>.
44. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2012. Consultado: 11/03/19. Disponible en: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
45. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Mapa de pobreza en El Salvador. El Salvador, 2005. Consultado 11/03/19. Disponible en: <http://www.fisd.l.gob.sv/temas-543/mapa-de-pobreza>
46. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53^o Consejo Directivo. Washington 2014. Consultado: 11/03/19. Disponible en: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
47. Lazcano-Ponce Eduardo, et al. Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013. Consultado: 12 de marzo de 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800019&lng=es.
48. Riverón Corteguera Raúl, Azcuy Henríquez Pedro. Mortalidad infantil en Cuba 1959-1999. Rev Cubana Pediatr. 2001. Consultado 12/03/19 ; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000300001&lng=es.