

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO LATINOAMERICANO EN TRABAJO SOCIAL
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN EN
GESTION DEL DESARROLLO**



**TESIS DOCTORAL
EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL
SISTEMA DE SALUD NICARAGÜENSE
DÉCADAS: 70, 80 Y 90**

***Un estudio de caso que analiza la gestión de su
estabilidad, sus fortalezas y sus debilidades.***

**PRESENTADA POR:
ANA MARÍA SÁNCHEZ BARQUERO**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON
ORIENTACIÓN EN GESTIÓN DEL DESARROLLO**

**ASESORA:
DRA. MARTA CABRERA CRUZ**

Ciudad Universitaria, Noviembre 2002, Tegucigalpa Honduras

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTORA:

**DRA. ANA BELÉN CASTILLO DE
RODRÍGUEZ**

VICERECTOR:

DR. RAUL ANTONIO SANTOS

DIRECTORA DE DOCENCIA:

**LIC. TERESA DE JESÚS LARIOS DE
MONDRAGON**

**DIRECTORA DEL SISTEMA
DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO:**

**DRA. MARGARITA OSEGUERA DE
OCHOA**

**DIRECTORA DEL
POSTGRADO
LATINOAMERICANO
EN TRABAJO SOCIAL:**

DRA. ELSA LILY CABALLERO ZEITUN

**COORDINADOR ACADÉMICO
DEL DOCTORADO EN
GESTIÓN DEL DESARROLLO:**

DR. AUGUSTO SERRANO LÓPEZ

ASESORA DE TESIS:

DRA. MARTA CABRERA CRUZ

DEDICATORIA

A: Glorydelfa y Jaime Ernesto, fuerza emocional con la que he logrado mis mayores aspiraciones.

Mis nuevas hijas, Gloriana y Glorimar, que en un futuro menos injusto logren sus aspiraciones también.

AGRADECIMIENTO

La realización de este estudio fue posible gracias a la solidaridad y colaboración incondicional de las personalidades experimentadas en el campo de la salud de nuestro país, el testimonio de ellas autoriza la validez de su contenido. Mi gratitud permanente para:

Dr. Orontes Avilés Rueda, Médico Salubrista, autor del primer Plan Nacional de Salud en Nicaragua y de las propuestas de integración del Sistema de Salud nicaragüense, creador de la primera Dirección de Planificación del Ministerio de Salud, miembro del Comité Ejecutivo de la OMS (1970-1973), miembro del Comité Ejecutivo de la OPS Whashington (1973-1976), testimonio histórico de la década 60 y 70 .

Dr. Humberto Mendoza López, Abogado, especialista en Seguridad Social, Asesor Legal del Instituto de Seguridad Social de Nicaragua durante cuatro décadas 60,70,80 y 90 .

Msc. Dora María Téllez, historiadora, ex Ministra de Salud 1985-1990, presidenta de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, Asesora del Ministerio de Salud.

Dr. Julio Zapata Sobalvarro, Médico Salubrista, funcionario dirigente del Ministerio de Salud en las áreas de : Planificación, Territorialización de los Servicios de Salud, Municipalización de los Servicios a nivel de Programa durante las décadas 70,80 y 90.

Dr. René Argeñal Gómez, Médico Internista ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN Managua en los períodos 90-94 y 98- 2002, jefe de Enseñanza de Medicina Interna Hospital Manolo Morales hoy Dr. Roberto Calderón, tres décadas de ejercer la Medicina Privada.

Dr. Oscar Flores Mejía, Médico Ginecólogo, ex Director del Hospital Vélez Paiz, ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN Managua, jefe del Departamento de Atención a la Mujer en el Ministerio de Salud, tres décadas de ejercer la Medicina Privada.

Dra. Marta Cabrera Cruz, de quien recibí el apoyo fundamental en la tutoría del desarrollo de la presente investigación.

Msc. Valinda Sequeira Calero, Asesora solidaria en el aspecto metodológico de esta Tesis.

CONTENIDO

	PÁGINA.
CAPITULO I	
Diseño del Estudio :	
1. Idea del Estudio	1
2. El Interés	4
3. El Propósito	5
4. La Tesis	6
5. Teorías que la sustentan	6
6. Revisión del Pasado	14
7. El Camino Recorrido	20
 CAPITULO II	
Evolución Histórica del Sistema de Salud nicaragüense en las últimas tres décadas.	
Década: 70 – 79	
Introducción	26
1. Contexto Socioeconómico y Político	32
2. Determinantes de la Salud	33
3. Otros Indicadores de Salud	34
4. Infraestructura para la salud	34
5. Aspectos Sociodemográficos.....	35
6. Presupuesto destinado a la salud	36
7. La Cobertura de los Planes y Programas de la Década	37
8. Participación Social y/o Comunitaria	38
9. Planes Nacionales de Salud, década 70 – 79	39
10. Aspectos Relevantes encontrados en los Planes Nacionales	40
 Década: 80 – 89	
1. Contexto Socioeconómico y Político	45
2. Determinantes de la Salud	46
3. Otros Indicadores de Salud	50

4. Infraestructura para la salud	51
5. Aspecto Sociodemográfico.....	52
6. Presupuesto destinado a la salud	53
7. La Cobertura de los Planes y Programas de la Década	53
8. Participación Social y/o Comunitaria	55
9. Planes Nacionales de Salud, década 80 – 89	55
10. Aspectos Relevantes encontrados en los Planes Nacionales	56

Década: 90 – 2000

1. Contexto Socioeconómico y Político	73
2. Determinantes de la Salud	73
3. Otros Indicadores de Salud	75
4. Infraestructura para la salud	77
5. Aspectos Sociodemográfico.....	78
6. Presupuesto destinado a la salud	79
7. La Cobertura de los Planes y Programas de la Década	79
8. Participación Social y/o Comunitaria	80
9. Planes Nacionales de Salud, década 90 – 2.000	81
10. Aspectos Relevantes encontrados en los Planes Nacionales	82

CAPITULO III

Procesamiento y Análisis del Contenido de los Planes Nacionales y del

Testimonio de los Informantes Claves.

1. Década 70 – 79.....	86
2. Década 80 – 89.....	93
3. Década 90 – 2000	98

CAPITULO IV

1.- Matriz de los Hallazgos de los Planes Nacionales de Salud.

Década: 70 – 79	109
-----------------------	-----

- A.- Naturaleza de los Hallazgos
- B.- Contexto Socio económico
- C.-Tipo de Planificación
- D.-Decisiones Asumida
- E.-Aportes Heredados

Década: 80 – 89 112

- A.-Naturaleza de los Hallazgos
- B.-Contexto Socio económico
- C.-Tipo de Planificación
- D.-Decisiones Asumida
- E.-Aportes Heredados

Década : 90 – 2000 118

- A.-Naturaleza de los Planes Planes
- B.-Contexto Socioeconómico
- C.-Tipos de Planificación
- D.-Decisiones Asumidas
- E.-Aportes Heredados

2.- Hallazgos determinantes para la sostenibilidad del Sistema de Salud nicaragüense.

Primera década: 70 – 79) 119

Segunda década: 80 – 1989) 122

Tercera década: 90 – 2000124

CAPITULO V

1.- Diagrama de Venn 126

- A.- Concepciones: Semejanzas y Diferencias por cada década.
- B.- Políticas : Semejanzas y Diferencias por cada década.
- C.- Estrategias: Semejanzas y Diferencias por cada década.
- D.- Objetivos: Semejanzas y Diferencias por cada década.

2.- Posible Escenario del Sistema de Salud nicaragüense a partir del año 2000. 130 -

3.- ANEXOS.

INTRODUCCIÓN

Tres acontecimientos importantes de origen natural, como también de origen social, sucedidos en Nicaragua en las últimas tres décadas y que a su vez provocaron rupturas sociopolíticas; tales como el Terremoto de Managua en 1972, la Guerra Insurreccional para derrocar la Dictadura Somocista en 1979 y la derrota electoral del Gobierno Revolucionario en 1990, nos motivaron para iniciar este estudio que consideramos es un punto de partida en el análisis de la sostenibilidad del Sistema de Salud Nicaragüense en el contexto de las décadas 70, 80, 90; ya que a pesar de esas rupturas y tomando en cuenta las diferentes transformaciones sociales en que se ha visto involucrado este Sistema, aún permanece con una relativa estabilidad y presencia nacional frente a los problemas de salud que constantemente aquejan a la población nicaragüense.

De cara a este planteamiento surgieron las interrogantes siguientes: *El Sistema de Salud nicaragüense ha sido sostenible en las últimas décadas?. Cómo han incidido las rupturas sociopolíticas que en su respectivo contexto se ha visto involucrado este Sistema?. Que elementos del Sistema han sido determinantes para la sostenibilidad del mismo?. La primera respuesta que obtuvimos desde la fase exploratoria de nuestro estudio se refiere al origen y organización de dicho Sistema que data desde 1960 y cuya evolución histórica aún no ha sido sistematizada ni estudiada de manera objetiva no encontrándose un estudio similar en el país al que hemos logrado en esta Tesis.*

Es por ello que nuestra investigación fue avalada y aplaudida por los informantes claves debidamente seleccionados que son el mejor testimonio histórico pertenecientes a la sociedad nicaragüense en el ámbito de la salud, igualmente fue reconocida por funcionarios del Ministerio de Salud de Nicaragua y respaldada por autoridades académicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN Managua; por ello consideramos que nuestro aporte se verá realizado en la medida en que los involucrados e involucradas tomen en cuenta los hallazgos aquí analizados como recursos estratégicos en la gestión, planificación y promoción de la salud en el nuevo milenio.

La caracterización de Estudio de Caso fue decidida por las particularidades políticas que ha presentado Nicaragua en las últimas tres décadas respecto al resto de países de la región centroamericana y más aún que en la década de los 80 se organiza el Sistema Nacional Unico de Salud, excepcional en su género para la historia de la salud nicaragüense y de toda la región.

Las tres últimas décadas delimitadas para el análisis longitudinal, además de evidenciar un significado trascendental en la historia sociopolítica de Nicaragua por los contextos que determinaron el rol del Estado frente a las Concepciones y Políticas de Salud a lo interno de este Sistema, también fueron escenario de acontecimientos decisivos para la consolidación del mismo, tales como la elaboración del Primer Plan Nacional de Salud para un

decenio 1965-1974, y la realización de los dos últimos censos nacionales el de 1971 y el de 1995.

Durante el desarrollo analítico de la evolución histórica del Sistema de Salud nicaragüense, encontramos que en cada una de las décadas estudiadas había una presencia sistemática de Planes Nacionales de Salud tanto regulares como emergentes para situaciones normales como para las anormales o críticas según el comportamiento nacional del país, esto nos llevó a construir la Tesis que sustentamos: "La presencia sistemática de Planes Nacionales regulares y emergentes en las últimas tres décadas han significado un elemento determinante para la sostenibilidad del Sistema de Salud nicaragüense".

En el marco de los Planes Nacionales que metodológicamente se convirtieron en nuestra Unidad de Análisis, nos dimos a la tarea de describirlos por cada una de las décadas en su contenido con el fin de identificar los elementos fundamentales que fueron determinantes en el proceso de consolidación del Sistema y analizarlos en los ejes siguientes: Concepciones, Políticas, Estrategias y Objetivos, destacando semejanzas y diferencias así como la constante que estuvo presente durante las tres décadas. Aquí aplicamos el Diagrama de VENN para ilustrar de forma didáctica las convergencias y las divergencias de los ejes de análisis en las tres décadas incluidas en nuestro estudio.

Un aspecto que cruza transversalmente el contenido de las Políticas, Estrategias y Objetivos de los Planes de las tres décadas son la Cobertura, la Educación en Salud y la Participación Social como garantes de la efectividad y eficiencia de la planificación y la gestión en salud. El concepto de planificación lo analizamos desde un ámbito social debido al proceso interno que ha experimentado este Sistema desde su nacimiento. Arlette Pichardc (Evaluación del Impacto Social 1989) nos dice: "Planificación es un método de trabajo para orientar el proceso de toma de decisiones que antecede a la acción. Esto significa que planificar es algo más que escribir un documento o detallar actividades, el proceso mediante el cual se planifica incluye cinco componentes básicos; promoción, investigación, programación, organización y evaluación". Por ello nosotros consideramos que el proceso de planificación vivido por el Sistema de Salud nicaragüense es sinónimo al proceso de Gestión para la salud. Y más aún cuando a lo interno de la planificación se considera imprescindible la educación en salud para la participación social o participación organizada de la población. Esta opción de considerar que la participación social es el pilar fundamental de la producción de salud siendo sujeto de transformación del Sistema, validando el trabajo de la sociedad civil para generar salud, planteándolo en otros términos queremos decir que la población cuando participa organizadamente es cuando ha tomado conciencia de sus capacidades y potencialidades para convertirse en actora social no solamente como usuaria sino también como sujeto de su propio desarrollo.

Tomando en cuenta que en este nuevo milenio y como resultado de importantes estudios se ha llegado a la conclusión de que la salud es la base

fundamental para todo desarrollo; la nutrición y la salud son a su vez, desde ya, condiciones de base para el desenvolvimiento del capital humano. A su vez la salud no solo ha demostrado su capacidad de influir en los componentes económicos, sociales y políticos del desarrollo humano examinados por separados, sino también en el desarrollo humano en general. Durante los últimos 15 años la **Reforma** a la cual se han visto abocados los Estados Latinoamericanos denominada **“Modernización del Estado”** se ha hecho bajo la consigna de hacer un Estado más pequeño, más eficaz, capaz de manejar sus escasos recursos en forma más eficiente, privilegiando los bienes de beneficio colectivo y focalizando los subsidios individuales hacia la población más pobre. En torno a estos objetivos se han implementado dos grandes líneas: la descentralización y la privatización.

Con la descentralización se ha pretendido transferir competencias y recursos a las entidades territoriales locales (Municipios y Comarcas) o (Departamentos, Provincias y/o ciudades) al tiempo que se busca incorporar las comunidades de usuarios en los procesos de planificación selección de proveedores y fiscalización de los servicios públicos y sociales dentro de una estrategia participativa y de libre elección. Aplaudimos esta postura puesto que en nuestro análisis hemos resaltado que en la década de los 80 en el marco de la Revolución Sandinista el Estado expresó su voluntad política para educar y organizar a la población para ser sujeto activo en la implementación de los Planes Nacionales de Salud facilitando así espacios sociales a las ciudadanas y ciudadanos para ejercer sus derechos en la gestión de su propia salud y la de su comunidad.

Consideramos necesario también resaltar que el enfoque que hemos adoptado en el concepto de sostenibilidad para hacer nuestro análisis no será el de la duración en el tiempo, sino el de la respuesta social por tener en cuenta dimensiones de compatibilidad y de respeto con las generaciones futuras, igualmente de su inclusión con las mayorías vulnerables, la cobertura poblacional y su relación con la planificación en salud en los diferentes contextos sociopolíticos en que le tocó funcionar al Sistema de Salud nicaragüense. Según Serrano Augusto y Trputec Zoran “Hacia un concepto de desarrollo sostenible” Revista Paraninfo #12 Tegucigalpa 1999). **La sostenibilidad de un sistema carece de sentido si al referirnos a él excluimos a los seres humanos del centro de la cuestión o del horizonte de sentido.**

Frente a este planteamiento y con base a los resultados de nuestro análisis podemos concluir que el Sistema de Salud nicaragüense ha sido estable desde el punto de vista formal por el proceso de planificación sistemático que ha conservado desde su origen y organización sin embargo, desde el enfoque de respuesta social a la población demandante ya visualizamos un deterioro del mismo a partir de 1997 debido a una subestimación de la participación social de la población, reflejada en: la ausencia de programas de educación en salud, discontinuidad de la capacitación a brigadistas de salud formados en la década de los 80 y un decaimiento de las organizaciones comunitarias.

Finalmente creemos que nuestro estudio puede dar pautas para futuros análisis respecto al establecimiento de la relación entre: Planificación en Salud y Gestión, Planificación en Salud y Rupturas Sociopolíticas, Planificación en Salud, Participación Social y Gestión en Salud. Al mismo tiempo que los interesados e interesadas en el campo de la salud podrán encontrar los aciertos y desaciertos desde las decisiones tomadas en cada una de las tres décadas para futuras decisiones en cuanto a Concepciones, Políticas, Estrategias y Objetivos en el campo de la Salud.

Este estudio único en su género logra ordenar de manera sistemática todos y cada uno de los Planes Nacionales de Salud, tanto regulares como emergentes y los analiza con el fin de encontrar en ellos los elementos fundamentales que contribuyeron a la construcción de un Sistema estable y que a pesar de las rupturas que acontecieron en el contexto sociopolítico del mismo, éste ha logrado sobrevivir. Por ello es importante haber sistematizado el comportamiento de este Sistema desde sus orígenes, para conocer de sus aciertos y desaciertos en su evolución histórica.

Capítulo I

DISEÑO DEL ESTUDIO

1.- La Idea, 2.- El Interés 3.- El Propósito 4.- La Hipótesis 5.- Teorías que la sustentan 6.- Revisión del pasado 7.-El Camino recorrido.

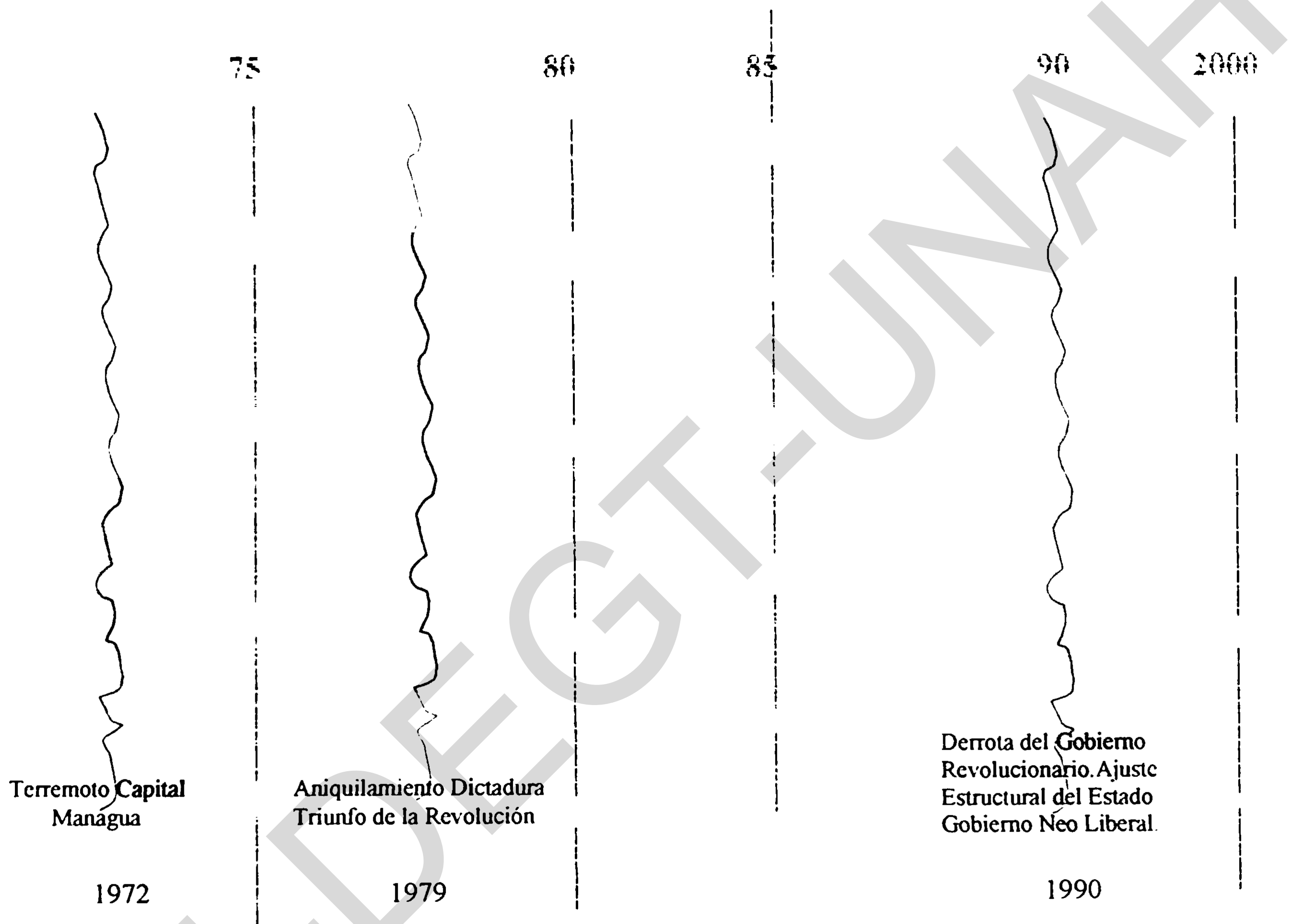
1. La Idea :

Tres acontecimientos importantes de origen natural, como también de origen social, sucedidos en Nicaragua en las últimas décadas y que a su vez provocaron rupturas sociopolíticas; tales como el Terremoto de Managua 1972, la Guerra Insurreccional para derrocar la Dictadura Somocista en 1979 y la derrota electoral del Gobierno Revolucionario en 1990 son los que nos han motivado la idea de iniciar un estudio basado en el análisis de la construcción del Sistema de Salud Nicaragüense en las décadas 70, 80, 90; el cual a pesar de estas rupturas y tomando en cuenta los diferentes contextos en que se ha visto involucrado este sistema, aún permanece con presencia nacional y con funcionamiento beligerante frente a los problemas de salud que constantemente aquejan a la población nicaragüense.

Debido a que en la fase exploratoria del estudio nos encontramos que este Sistema desde sus esfuerzos por constituirse como tal aparece interesado de manera sistemática en la tarea de elaborar Planes Nacionales de Atención a la Salud de la población decidimos centrar nuestros objetivos en la revisión exhaustiva del recorrido en la gestión de dichos Planes a lo largo de las décadas en estudio. Se tomaron en cuenta el total del universo de Planes regulares como emergentes para conocer su naturaleza, sus concepciones, políticas, estrategias y objetivos y así poder identificar elementos fundamentales que han coadyuvado a la consolidación del Sistema de Salud Nicaragüense.

Una vez concluida nuestra fase exploratoria pudimos comprobar que dicho Sistema ha venido implementando en su funcionamiento Planes Nacionales tanto emergentes como regulares, por ello decidimos que el enfoque metodológico de nuestro estudio debía orientarse hacia un Análisis Fenomenológico con un enfoque cualitativo y longitudinal; esto con el fin de conocer objetivamente su evolución y el proceso de consolidación que ha recorrido. Ingresamos en el tema de estudio a través del escenario de los acontecimientos para conocer el presente, constatando sus hechos y a partir de ello recuperamos el pasado que es lo que nos dio la mejor explicación de su naturaleza. Consideramos de gran importancia también, contextualizar cada una de las décadas aquí señaladas para así establecer la relación que existe entre la realidad y los elementos fundamentales que caracterizaron los Planes Nacionales, así como también la incidencia de las rupturas sociopolíticas en el proceso de la Planificación del Sistema.

Análisis Fenomenológico Retrospectivo de Rupturas Históricas en Nicaragua Décadas 70, 80 y 90.



Las rupturas socio políticas que han sido parte de la Historia de Nicaragua, las ubicamos a lo largo de las tres décadas en estudio y están marcadas por curvilíneas irregulares. El sistema de salud sin duda fue afectado por dichas Rupturas; sin embargo analizaremos que pasó con el proceso de planificación en salud en cada momento de ruptura. Las líneas continuas representan las décadas en estudio, abarcando desde el primer Plan Nacional hasta cerrar la década de los 90 en el año 2.000 .

Para obtener la información escrita recurrimos a la documentación existente respecto a estudios e informes del Sistema de Salud nicaragüense, en el Ministerio de Salud, Centros de Documentación de la ONU y OPS presentes en el País y en el Centro de Investigación y Estudios de la Salud CIES, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – Managua, al igual que la Base de Datos relacionada con la temática; también incluye análisis de entrevistas en las que recuperamos lo guardado en la memoria de los y las informantes claves del presente y pasado que han estado involucrados/as directamente con la temática en las últimas tres décadas; nuestros/as informantes claves fueron seleccionados a partir de dos criterios: a).- grado de involucramiento con el Sistema de Salud nicaragüense en más de una década y b).- cargo de responsabilidad en planificación, organización y ejecución de Planes Nacionales de salud en el País.

En un primer sondeo de la bibliografía sobre dicha temática encontramos que Los Sistemas Nacionales de Salud promovidos por la OPS en los años 60 y 70 dentro del marco del denominado Estado del Bienestar se caracterizaron por el manejo centralizado no solo de las funciones de rectoría y control, sino también de las funciones administrativas y operativas de los servicios públicos y sociales y en ellos los de salud. Y es así como el Sistema de Salud en Nicaragua no ha estado ajeno a estas transformaciones sino que por el contrario ha participado activamente en la definición de los lineamientos de cada una de las épocas en que suscitaron. En la actualidad el gobierno ha definido un nuevo modelo de atención en el contexto de: La Modernización y Reforma del Sector Salud. Al respecto se han desarrollado diferentes alternativas y experiencias, entre las que se destaca: a) La presentación ante la Asamblea Nacional de un proyecto de ley general de salud. b) La participación del sector salud en La Estrategia Reforzada de Reducción de la Pobreza, proyecto importante para orientar al país hacia la superación de la pobreza extrema que agobia a la población nicaragüense.

Respecto a la decisión del tema a estudiar, procedimos a revisar los temas que ya fueron estudiados en Salud Pública en el país, para ello revisamos la Base de Datos del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, del Centro de Documentación de la OPS presente en Nicaragua y el de Honduras, la Biblioteca central de la UNAN Managua, y la Biblioteca del Ministerio de Salud en Nicaragua. Una conclusión preliminar de esta exploración es que no encontramos un estudio similar en nuestro país.

La tres décadas delimitadas (1970-1979), (1980-1989), (1990-2.000) para este estudio fueron debidamente consultadas y consensuadas en la primera etapa exploratoria de esta investigación, con los informantes claves que fueron debidamente seleccionados bajo criterio de involucramiento histórico y grado de responsabilidad en el Sector Salud en todas y cada una de las décadas en mención; lográndose así el enriquecimiento y la ampliación de los argumentos que sustentan la importancia sociopolítica de dichos periodos.

2.- El Interés.

El Sistema de Salud nicaragüense desde la década de los 60, según el Dr. Orontes Avilés Rueda¹, ha venido experimentando un proceso de planificación tanto de carácter regular como de carácter emergente debido a causas de origen natural como también de origen social; que de alguna manera han influido en su estabilidad y durante ese tiempo se elaboraron esbozos y anteproyectos orientados a conformar y organizar el Sistema de Salud actualmente vigente en nuestro país.

Al no existir estudios anteriores sobre esta temática pensamos que las críticas y opiniones señaladas resulten caprichosas y faltas de fundamentos. Igualmente nos interesa encontrar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿El Sistema de Salud nicaragüense ha sido estableble en las últimas tres décadas?. En estas tres décadas han habido rupturas históricas en el país; entonces cómo han incidido las mismas en la estabilidad del Sistema de Salud? En este marco cabe hacernos la siguiente interrogante: ¿Qué elementos han sido determinantes para la estabilidad del sistema?. Los elementos que en la fase exploratoria de esta investigación aparecen con una presencia constante en el proceso de construcción para dicho sistema son los siguientes: a) Planes Nacionales de salud, b) Cobertura esperada en el desarrollo de los programas y c) La participación social como gestora del cumplimiento en la ejecución de las políticas nacionales de salud.

Es importante también señalar aquí las razones por las cuales elegimos estas tres décadas para nuestro estudio: en Primer lugar, el primer Plan Nacional aprobado y ejecutado en Salud se da en la primera década que estudiaremos; en Segundo lugar, durante estas tres décadas el país experimentó una serie de acontecimientos históricos de origen natural y social que transformaron gran parte de las estructuras del Estado nicaragüense y estructuras socio políticas en nuestra sociedad que provocaron cambios de regimenes con particularidades ideológicas; y en Tercer lugar se realizan los dos últimos Censos Nacionales en la historia del país el de 1971 y el de 1995 con un intervalo de 24 años.

De toda esta experiencia a lo interno del Sistema de Salud no encontramos hasta el momento un estudio que haya sistematizado estos momentos vividos por el Sector Salud que ha sido de una trayectoria determinante para su estabilidad en las condiciones de vida de la población nicaragüense. De aquí surge el interés de iniciar un Estudio Fenomenológico Longitudinal con un enfoque cualitativo sobre las últimas tres décadas del Sistema de Salud en Nicaragua desde sus Planes Nacionales para conocer de su estabilidad y analizar sus fortalezas y debilidades como también la tendencia, y así sentar las bases para toda crítica posterior.

Otro elemento que justifica nuestro tema de estudio es el hecho de dar pautas para la producción de un documento histórico y didáctico que contendrá la información respectiva del proceso de estabilidad del Sistema de Salud nicaragüense, desde sus Planes Nacionales, con énfasis en su cobertura y participación social durante las tres últimas décadas (1970-2.000), que será de gran utilidad para Profesionales de la Salud y estudiantes de esta importante disciplina.

¹ Avilés Rueda. Funcionario del Ministerio de Salud (1959-1980) actualmente jubilado; informante clave de nuestro estudio.

Este estudio También puede dar origen a futuros análisis respecto al establecimiento de la relación entre: Palnificación en Salud y Gestión, Palnificación en Salud y Rupturas Sociopolíticas, Gestión en Salud y Participación Social en Nicaragua; debido al análisis fenomenológico que lo caracteriza.

3.- El Propósito.

Una vez determinada la importancia de nuestro estudio y el interés que nos provoca por aportar resultados que vengán a contribuir al Sistema de Salud nicargüense; nos proponemos como Objetivo General:

Desarrollar un estudio del proceso de consolidación del Sistema de Salud nicaragüense que lo ha llevado a la estabilidad; a través de un Análisis Fenomenológico y Longitudinal a lo interno de sus rupturas sociopolíticas en las tres últimas décadas (70,80 y 90) desde la perspectiva de sus Planes Nacionales; destacando los elementos fundamentales que han contribuido en la definición de su identidad como en la gestión de su estabilidad.

Para cumplir con dicho objetivo nos planteamos avanzar en nuestro estudio realizando los siguientes Objetivos Específicos:

- 1.- Iniciar un estudio exploratorio de la evolución histórica que ha experimentado el Sistema de Salud nicaragüense desde la perspectiva de sus Planes Nacionales contextualizando a la vez las rupturas sociopolíticas correspondientes a cada una de las décadas definidas.*
- 2.- Describir metodológicamente todos y cada uno de los Planes Nacionales tanto regulares como emergentes que el Sistema de Salud nicaragüense ha venido implementando en las últimas tres décadas a fin de identificar los elementos fundamentales determinantes en su proceso de consolidación, como también las fortalezas y debilidades.*
- 3.- Establecer comparación entre los elementos fundamentales: concepciones, políticas, estrategias y objetivos presentes en cada uno de dichos Planes destacando semejanzas y diferencias, así como la constante que los ha caracterizado en su proceso de gestión.*
- 4.- Dar pautas para la producción de un documento didáctico de consulta sobre “El Sistema de Salud en Nicaragua y la Evolución Histórica de su Estabilidad, visto desde sus Planes Nacionales durante la tres últimas décadas (70, 80 y 90)”.*

4.- La tesis.

La presencia sistemática de Planes Nacionales de Salud, regulares y emergentes en las últimas tres décadas han significado un elemento determinante para la estabilidad del Sistema de Salud nicaragüense.

5.- Teorías que la sustentan.

En este nuevo milenio y como resultado de importantes estudios se ha llegado a concluir que: La salud es la base fundamental para todo desarrollo. La nutrición y la salud son a su vez, desde ya, condiciones de base para el desenvolvimiento del capital humano. El mejoramiento general del estado de salud de la población presenta diferencia entre los países y entre los distintos grupos de población dentro de un país. A su vez la salud no solo ha demostrado su capacidad de influir en los componentes económicos, sociales y político del desarrollo humano examinados por separado sino también en el desarrollo humano en general. La condición de salud medida por las tendencias de la mortalidad y la esperanza de vida siguen mejorando en el conjunto de la Región pero las brechas entre países y entre grupos poblacionales definidos por ubicación geográfica, sexo, ingreso, educación o etnia son constantes y tienden a aumentar. Si comparamos la esperanza de vida entre países latinoamericanos encontramos que en Costa Rica es de 76.3 años, en Haití solo llega a 56.6 y en Bolivia 75.1, en Brasil a 57.7 y en Perú a 55.5 en cambio para Nicaragua según el último informe del PNUD: El Desarrollo Humano en Nicaragua 2.000 pág 2; la esperanza de vida para las mujeres es de 71.3 y para los hombres de 66.5 años.

Los años potenciales de vida productiva perdidos por muertes prematuras o discapacidad plantean un gran desafío de salud pública y constituyen un obstáculo para mejorar la calidad de vida de una nación.

Es importante destacar que actualmente en Nicaragua se está dando un desarrollo progresivo de los ONGs con perfiles de salud, presentes en todos los Municipios del país, pero en el informe sobre Desarrollo Humano en Nicaragua 2.000 en pag.33 se lee: "Sin embargo al igual que en otros componentes del desarrollo humano, persisten aún brechas de equidad significativas en cuanto a la atención en salud. Las disparidades entre los grupos sociales del país son aún muy grandes y se expresan en la probabilidad de enfermar y morir por causas evitables, que afectan a la población en forma diferenciada según su ingreso y condiciones de vida".

La noción de salud reviste un carácter multidimensional según los contextos sociales y culturales y según otras características de los individuos particularmente su nivel socio-económico y su proximidad con el aparato sanitario².

La salud comunitario puede servir de concepto integrador para el planificador de la salud. La misma ha surgido de la salud pública añadiéndole algunos elementos nuevos podemos decir que la salud comunitaria ha sido reconocida de forma muy particular como una función integrada en los diferentes organismos de salud.

El método propuesto por la Salud Comunitaria corresponde a las funciones siguientes:

- Identificar los problemas de salud de la población y establecer un orden de prioridad.*
- Concebir y poner en marcha programas para responder a estos problemas.*
- Evaluar el impacto sobre la salud de la población.*

La etiqueta de Salud Comunitaria ha servido de base para un verdadero movimiento ideológico que invadió a Québec a principio de los años 70.

Un informe conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la CEPAL, 1998 señala que: "Se observa en casi todos los países de la región un incremento de enfermedades no transmisibles crónicas asociadas con alimentación y nutrición. A esto se suman las medidas de ajuste implementada por los países que han afectado la disponibilidad nacional de alimentos y han tenido repercusiones negativas sobre el poder de compra de los grupos más pobres amenazando la seguridad alimentaria ". A su vez la cobertura de salud es restringida para los sectores más incididos por esos factores de riesgo. La OPS ha estimado que 130 millones de latinoamericanos carecen de acceso consistente a servicios de salud.

En Nicaragua el Sistema de Salud nicaragüense históricamente ha estado en dependencia de Modelos Económicos y Políticos Mundiales que lo han determinado a lo interno de nuestra sociedad a excepción de la década de los 80 que tuvo sus particularidades por haber iniciado un modelo revolucionario con identidad nacional muy particular siendo este la organización del Sistema Unico de Salud (SNUS), que se distinguió por el énfasis en la cobertura nacional y la participación social; ejes fundamentales contemplados en el concepto de salud comunitaria y cuyo contenido se refiere a los siguientes aspectos:

- 1) Existe un conjunto de métodos e instrumentos para una planificación en que el punto de partida es asegurar una adecuación entre las necesidades de salud de una población y los recursos puestos a su disposición.*

² La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. Raynald Pineault. Los Editions Montreal. Esta edición segunda Enero 1989. Barcelona.

- 2) *El concepto de salud desborda el de morbilidad objetiva e integra elementos de la morbilidad sentida por los individuos. La medición de la salud no solo hace referencia a los indicadores epidemiológicos sino también psicosociales. En otros términos la participación de la población en la definición de la salud es indispensable.*
- 3) *La Salud Comunitaria quiere levantar la barrera que separa lo curativo de lo preventivo. En esta perspectiva la distinción entre lo preventivo y curativo es artificial.*

Durante los últimos 15 años la Reforma a la cual se han visto abocados los Estados latinoamericanos denominada Modernización del Estado se ha hecho bajo la consigna de hacer un Estado más pequeño, más eficaz, que sea capaz de manejar sus escasos recursos en forma más eficiente privilegiando los bienes de beneficio colectivo y focalizando los subsidios individuales hacia la población más pobre. En torno a estos objetivos se han implementado dos grandes líneas de reordenamiento interno: la descentralización y la privatización.

Con la descentralización se ha pretendido transferir competencias y recursos a las entidades territoriales locales (los municipios y comarcas) o intermedios (Estado, Departamentos, Provincias y/o Ciudades) al tiempo que se busca incorporar las comunidades de usuarios en los procesos de planificación, selección de proveedores y fiscalización de los servicios públicos y sociales dentro de una estrategia participativa y de libre elección.

Los Planes Nacionales de Salud sin duda alguna han vivido estos procesos a lo interno del Sistema de Salud nicaragüense, por ello es determinante revisar algunos conceptos de planificación desde el ámbito social .

Según Arlette Pichardo⁴ : Planificación es un método de trabajo para orientar el proceso de toma de decisiones que antecede a la acción. Esto significa que planificar es algo más que escribir un documento o detallar actividades. En tal sentido planificar implica:

- a) *Conocer la realidad en la que se desea planificar*
- b) *Identificar o definir los objetivos de desarrollo que le imprimen direccionalidad al proceso.*
- c) *Programar acciones a través de las cuales se puedan cumplir con los objetivos de desarrollo buscados.*
- d) *Ejecutar las acciones programadas.*
- e) *Evaluar de manera permanente y sistemática e integrar el curso de acción del proceso con el fin de identificar e introducir los ajustes que se consideren pertinentes.*

⁴ Arlette Pichardo Muñiz : Evaluación del Impacto Social Editorial Universidad de Costa Rica 1989.

Y concluye diciendo: El proceso mediante el cual se planifica incluye cinco componentes básicos; promoción, investigación, programación, organización y evaluación.

Otro concepto importante para nuestro estudio es el de Planificación visto desde el intento de organizar un proceso de acciones colectivas para realizar objetivos comunes. Según el Doctor Emiel Drooglever Fortui Jr, consultor de UNESCO la valorización de la realidad por parte del planificador es que:

- a) La sociedad no es perfecta.*
- b) La acción social organizada es necesaria para intervenir en la realidad y contribuir a la reconstrucción de una sociedad, organización o comunidad más deseable.*
- c) Para lograr fines, objetivos y metas individuales y colectivas es mejor pensar sobre posibilidades y alternativas antes de actuar, que vivir de día en día, dejándose guiar por las condiciones inmediatas que se presenten.*

El proceso de planificación según el mismo Drooglever: puede entenderse como “un proceso complejo de buscar y seleccionar estrategias generales y específicas para lograr un conjunto de objetivos sociales, fundamentado en concepciones de valores, intereses o motivaciones. Dentro de ese proceso, los criterios valorativos y cognoscitivos están estrechamente entrelazados. Por eso la actividad de planificar no es una cosa puramente técnica o intelectual, ni meramente política o gerencial sino una interacción de las dos, influyendo la una en la otra”.

La planificación en salud la define Reynald Pineault⁵ como: “Un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas, esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas conocidas actualmente o previsibles en el futuro”. Este autor aborda en primer lugar la planificación desde las necesidades de la población y maneja un concepto global e integrador de la salud. En segundo lugar el objetivo de proceso de planificación para él; es la definición de un programa de intervención y gestión sin prejuzgar si se trata de un programa asistencial, de promoción de la salud, puesto que se parte de una visión integral de la producción de salud.

Pineault estudioso de las teorías de Planificación en Salud nos dice:” Según diferentes autores los procesos de planificación en salud están fundamentados en los siguientes criterios”.

- El nivel o la extensión del proceso, se le califica también de normativa y de política; puede conducir incluso al cambio de valores o de ideología en el sentido de conseguir algunos grandes objetivos del sistema como por ejemplo la equidad o la igualdad.*
- La perspectiva organizacional o poblacional, es la planificación de las decisiones importantes que tendrán consecuencias a largo plazo, se trata de la planificación*

⁵ Reynald Pineault M.D, Ph.D FRCP. La Planificación Sanitaria , Conceptos Métodos ,Estrategias Edición Montreal. 1987.

estratégica, representa un plan de acción concreto para realizar los objetivos teniendo en cuenta los elementos internos de la organización afectada por la planificación así como los elementos externos es decir el entorno. La planificación estratégica tradicionalmente se ha asociado a una organización como el hospita, el centro de atención primaria etc.

- *El enfoque racional o pragmático, este proceso corresponde a la planificación táctica o estructural que se ocupa de la disposición, la organización, y la incorporación de las actividades y los recursos, el producto de esta etapa es evidentemente el programa.*
- *El contexto sociopolítico o el entorno de la planificación, es llamada también planificación operativa, es decir las decisiones a más corto plazo, concierne al desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución, la gestión de los recursos*

La Planificación: “ es el intento de instituir y organizar un proceso social para preparar e implementar un conjunto de decisiones respecto al futuro, dirigido al logro de objetivos por medio de medidas más convenientes (para los planificadores) y más aceptables (para la gente que son su objeto)”. (Dror 1971: 106-108; Van Houten 1974).

Con respecto a la manera de seleccionar los objetivos en la Planificación se pueden distinguir los tipos siguientes: a) Extrapolante cuando en la Planificación los objetivos surgen de una extrapolación hacia el futuro, b) Elitista o Tecnócrata cuando los objetivos y estrategias del Plan están formulados por un grupo pequeño de profesionales planificadores o políticos, c) Democrática formal: cuando los objetivos y estrategias del Plan están legitimados por la población pero de manera pasiva y d) Participativa con una contribución activa de los ciudadanos en la formulación de las decisiones sobre los objetivos del plan”.- Dr Emiel Droogleever Fortuij⁶

En el documento sobre Política Nacional del Ministerio de Salud (28 de Octubre de 1993 página 55) en su novena política se refiere a la participación social considerándola: “como el pilar fundamental de la producción de salud siendo sujeto de transformación del sistema, validando el trabajo de la sociedad civil para generar salud, como instancia de participación en la toma de decisiones, ejecución y control de las acciones de salud se consolidará el Consejo Nacional de Salud, los consejos locales de salud, juntas directivas en hospitales, comisiones específicas de carácter nacional y otros; funcionarán como órganos de coordinación para el abordaje de los principales problemas de salud y la conducción de la gestión en el nivel correspondiente, fomentando la participación de la sociedad en la dirección de problemas y sus causas, la determinación de necesidades y la formulación de soluciones viables y a través de la promoción y apoyo a los procesos de movilización y participación social”.

La importancia de la participación social en el desarrollo y efectividad de todo programa tiene su asidero en el principio de Composibilidad; al respecto Augusto

⁶ Droogleever Fortuij: Opciones Estratégicas en la Planificación Educativa, Un Marco Teórico y Conceptual, Nicaragua Marzo de 1994.

Serrano⁷ afirma: “Ya a las puertas del nuevo milenio percibimos o creemos percibir que somos parte de una red por muy sacudidos o abandonados que nos sintamos. Si todo es racional si todo está en conexión con todo, si la limitación es consustancial a todo y si en las fronteras en los límites donde se da el conocimiento de lo que es y de lo que puede ser entonces lo posible es a fortiori posible, porque es posible con otros posibles. De ahí que la convivencia no sea un estado deseable por razones piadosas sino por que en el límite serán posibles de verdad, en el largo plazo, esto es, podrán supervivir con carácter de futuro solo aquellas formas que sean compositibles; lo compositible tiene en cuenta su repercusión sobre el resto de la sociedad y de la naturaleza de la que dependemos y vivimos”⁷.

El documento de trabajo # 13 sobre América Latina: Una región en riesgo pobreza, inequidad e institucionalidad social” y cuyos autores Bernardo Kliksberg y José Sulbrandt 1999, indicaron algunos rasgos relevantes del contexto actual que conviene resaltar: “la descentralización de los programas sociales aparece como una posibilidad muy concreta de acercarlos a la comunidad, tener contacto directo con sus necesidades, obligar a mayor transparencia, posibilitar el control ciudadano, desburocratizar, generar mayor agilidad, poder realizar un monitoreo sobre la marcha de su ejecución y otras ventajas organizacionales”.

La combinación ganadora parece surgir según la experiencia cuando se suman la descentralización y la participación genuina de la comunidad. Los procesos de descentralización son uno de los campos en donde la participación considerada actualmente una de las vías maestras para obtener mejor eficiencia en todo tipo de organizaciones públicas y privadas, tiene mayores virtualidades (1). Si la comunidad organizada cogestiona los programas sociales descentralizados, se ajustarán estrictamente a las demandas reales, habrá un “feed back” continuo sobre sus efectos que permitirá corregirlos sobre la marcha, habrá una presión por transparencia y pulcritud en el uso de recursos que erradicará la corrupción y limitará las prácticas clientelares, recibirán aportes permanentes de ideas para su mejora, y habrá un contrapeso efectivo a la posibilidad de cooptación por “elites” locales. Así mismo como la descentralización requiere de la participación, crea asimismo oportunidades importantes para esta última, y los círculos virtuosos que puede desencadenar una participación genuina son formidables. Las comunidades carenciadas tienen mucho que aportar a los programas sociales dirigidos a ellas. Los razonamientos que las desvalorizan, a partir de su misma pobreza, han resultado desmentidos por los hechos. Los programas sociales de mayor rendimiento comparado son aquellos en que se ha abierto posibilidades auténticas de participación.

El grupo asesor del Director de la OPS en la reunión de Washintong⁸ el 3 y 4 de abril de 1995 indicó un nuevo énfasis de la salud en el desarrollo humano:

⁷ Serrano Augusto. El Sujeto y la Red. Revista Paraninfo Año VIII Número 15. 1999 Tegucigalpa. Honduras.

⁸ Informe final, reunión del grupo asesor del Director de la OPS., Washington, D.C 3 y 4 de Abril de 1995 Oficina Regional de la OMS. Oficina de Análisis y Planificación Estratégica.

- *“Conciencia y reafirmación de la importancia de la articulación intersectorial para el logro de las metas de salud para todos.*
- *Preocupación central por la equidad y la justicia social.*
- *Especial consideración a la dimensión sociocultural de la salud, con énfasis en la diversidad y lo local.*
- *Importancia de la responsabilidad social e individual por la salud.*
- *El conocimiento y su transmisión como capacidad para provocar cambios sociales, y el significado relevante de su relación con la participación y la formulación de políticas de salud.*
- *Énfasis en la participación como proceso fundamentalmente local y político vinculado a la descentralización.*
- *Consideración creciente a los problemas de calidad de la atención y los servicios, y en consecuencia en la satisfacción del usuario.*

En la víspera del siglo XXI, los objetivos de la renovación de la estrategia: Salud para Todos se dirige a mejorar la expectativa de vida, la calidad de vida y su percepción global, la reducción de la morbilidad asociada al proceso de envejecimiento. Esta renovación implica que el sector salud asuma su función fundamental en la promoción de la salud y el desarrollo humano. Estas estrategias hacen hincapié en la necesidad de fortalecer los procesos de descentralización del sector salud y el desarrollo de políticas de promoción a la salud con el fin de acelerar la estratégica de espacios saludables y avanzar a un mejor desarrollo humano sostenible.

Los Estados miembros de la OPS han suscrito a través de la OMS y otros Foros Internacionales, diferentes compromisos mundiales que deberán cumplirse mediante la combinación de esfuerzos nacionales, regionales y mundiales. La asimilación de estos compromisos en la esfera nacional corresponde a la acción soberana de los estados miembros, mediante la definición de sus políticas y planes nacionales de desarrollo y de salud. Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (O.E.P) constituyen los lineamientos de políticas de la O.P.S en cada periodo cuatrienal. Son el resultado del análisis de las condiciones y necesidades de los países de la región de las Américas y están dirigidas a alcanzar la meta mundial de Salud para Todos (SPT), además representan la respuesta de la OPS a la nueva política mundial de: Salud para Todos en el siglo 21 (SPT 21) y al Programa General de Trabajo (PGT) de la Organización Mundial de la Salud. (OMS).⁹

En la V Declaración de Alma ATA del 12/09/78 dice textualmente:

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser, el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva. La atención primaria en salud es la clave

⁹ Orientaciones Estratégicas y Programáticas Cuatrienal OPS 1999-2000

para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”.

En muchos países del mundo la situación de salud ha mejorado notablemente a pesar del proceso de explosión demográfica que ha venido experimentando el planeta, este mejoramiento se debe a factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, así como de una mayor disponibilidad de servicios de atención y programas de salud pública.

En las últimas décadas Nicaragua ha seguido esta tendencia mundial; la atención en salud ha progresado en calidad y grado de cobertura incidiendo en un descenso de los índices de: a) Mortalidad Infantil, b) Mortalidad General y c) un aumento en la Esperanza de vida al nacer para ambos sexos. Estos logros se deben a: 1) Desempeño de los servicios públicos, 2) Participación ciudadana y 3) Experiencia comunitaria.

En los años recién pasados los estados latinoamericanos han estado involucrados en el desarrollo de una dinámica denominada muy frecuentemente modernización sectorial o modernización del Estado. Esta dinámica está encaminada generalmente a convertir el Estado en un ente más pequeño y eficiente que genere capacidades de manejar sus escasos recursos con eficiencia y equidad. En este contexto, Nicaragua ha experimentado en las últimas tres décadas diversos cambios, tanto en lo político – económico, como en lo social. Estos cambios se han efectuado por lo general de una forma acelerada y con profunda trascendencia social

El concepto de Salud que actualmente ha asumido la OPS tiene una connotación de bienestar y una estrecha relación con la vida misma y lo define como:” La capacidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del funcionamiento como garantía de una sobrevivencia digna que implica como mínimo a) la satisfacción de necesidades básicas b) la garantía de realización de las potencialidades y c) acceso a las oportunidades”.

Serrano y Trputec¹⁰ afirman: “ La sostenibilidad tiene que ver con la posibilidad pero no primaria ni exclusivamente con la posibilidad de las cosas o de la naturaleza sino con la posibilidad de la acción humana, de los proyectos humanos, se refiere por tanto no a situaciones de hecho sino a lo que se puede hacer y a lo que se puede ser. Sin esta referencia mínima la sostenibilidad solamente sería una entelequia; la sostenibilidad de un sistema carece de sentido si al referirnos a él excluimos a los seres humanos del centro de la cuestión o del horizonte de sentido; entonces si queremos hablar de sostenibilidad de un sistema tenemos que incorporar decisivamente cuatro momentos de la relación compleja: persona, sociedad, naturaleza y mediación tecnológica”.

El concepto de estabilidad enfocado en la presente investigación no será tomado en cuenta desde el punto de vista de su duración sino en función de su respuesta social por tener en cuenta dimensiones de compatibilidad y de respeto con las generaciones futuras igualmente de su inclusión con las mayorías vulnerables, la cobertura poblacional y su

¹⁰ Serrano Augusto y Trputec Zoran. “Hacia un concepto de Desarrollo Sostenible” Revista Parainfo Año VI # 12 1999 Tegucigalpa Honduras.

relación con la planificación en salud en los diferentes contextos sociopolíticos en que le tocó funcionar al Sistema de Salud Nicaragüense.

En la actualidad la idea de sostenibilidad que se le ha agregado a la de desarrollo humano también ha sufrido cambios hasta venir a significar lo que hoy se usa como tal. Está lejos de ser una idea precisa al punto que por imprecisa se puede pensar en muchas y diferentes modelos de sostenibilidad por lo que quizás no estaríamos de acuerdo; cuando la sostenibilidad haga referencia solo a la duración, la idea de que un proceso dure, que aguante las embestidas del tiempo cabe imaginar muy diferentes escenarios del proceso sostenible, sino con carácter de eternidad al menos sostenible en largo plazo, para efectos una dimensión de nuestro estudio en el concepto de estabilidad la dimensión del tiempo es solamente dimensión, pero es necesario añadir otras determinaciones como la de: consciente, participativo, consecuente y legítimo.

Ello nos llevaría a concebir la estabilidad del Sistema de Salud desde lo consciente o sea cómo se educa, quienes están involucrados e involucradas para que sepan lo que les espera cuando se actúa de manera pensante, consciente y como parte de una red. Hay una relación esencial entre la vida y la salud, la salud se contextualiza en los espacios en los que acontece la vida; no en los hospitales. Hay también una relación esencial entre la salud, la enfermedad y el desarrollo o el no desarrollo: la salud y la enfermedad son productos sociales, es decir son resultados de los complejos procesos de producción, distribución, consumo y reproducción en una sociedad determinada.

La Salud Pública ha sido tradicionalmente entendida como un quehacer íntimamente ligado a la acción del Estado, desde su propia constitución en cuanto acción institucionalizada brazo de normatización del Estado absolutista, agente social del Estado benefactor, apoyo al saneamiento para el Estado colonizador.

En caso de los países centroamericanos, la Salud Pública históricamente se ha transformado en un medio necesario para cumplir un fin, que es diseñado por las fuerzas que dominan el Estado: acumulación de riqueza y de esa forma la Salud Pública pierde su esencia y se transforma en un ente funcional al poder, asumiéndose que la fuerza de la técnica es suficiente para tener poblaciones sanas, no comprendiéndose que la salud y la enfermedad se generan y se reproducen socialmente, en el mundo de la vida, en donde el Estado debería de asumir un papel protagónico – no exclusivo- en la promoción y protección de la salud. El estado deja de asumir su papel protagónico de atender la salud de la población dado el debilitamiento que ocasionan los organismos de financiamiento internacional como agentes dinamizadores de la globalización en ese contexto; la salud como aspecto esencial del desarrollo se convierte en un privilegio para los que tienen una mejor posición en el mercado, como regulador de la sociedad capitalista.

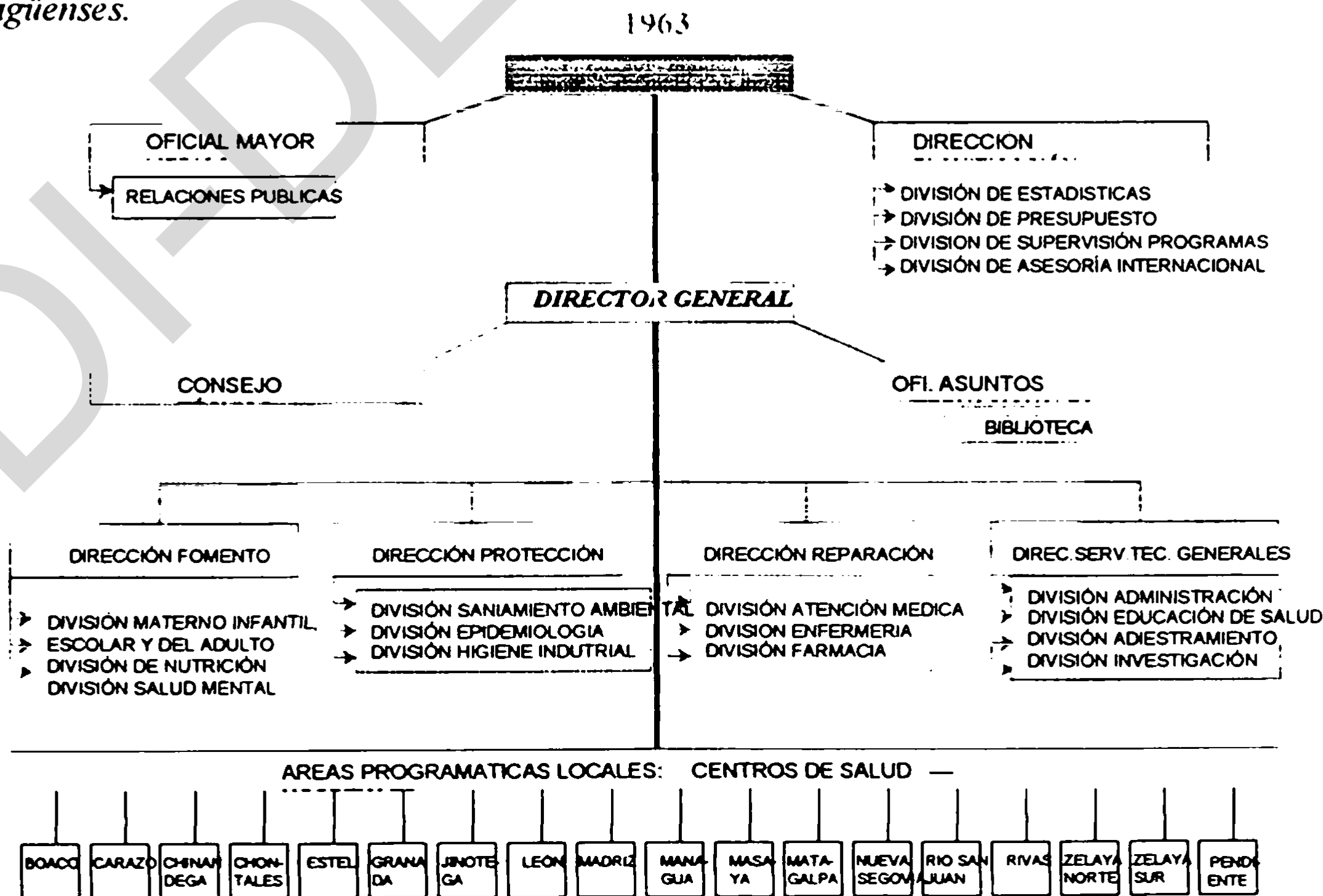
Si la salud y la enfermedad son componentes esenciales del proceso de producción-distribución-consumo-reproducción, el acceso o no al consumo de los bienes sociales de salud condicionan que el individuo o el colectivo presenten mayor, menor o ausencia de riesgos para enfermar y morir, lo que se expresa en perfiles diferenciados de salud enfermedad. La salud personal, social y ambiental es riqueza social, por tanto el no disfrute de ella es pobreza, es exclusión, es no participación.

La cohesión social de una sociedad que facilita los contactos interpersonales es, afirman Kawachi, Kennedy y Lochner (1997) un factor fundamental de salud pública. Miden estadísticamente las correlaciones entre capital social representado por confianza y mortalidad en 39 estados de E.E.U.U

6.- Revisión del Pasado.

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL) ha sido la Institución rectora de la Política Nacional de Salud y el principal proveedor de los Servicios de Salud hacia la población del país, llegando a convertirse en un Sistema relativamente estable por la demanda de atención a la población que le ha tocado vivir a lo largo de casi cuatro décadas. Desde 1965 esta Institución llamada en ese entonces Ministerio de Salubridad Pública ha venido organizándose, planificándose, y proyectándose a través de sus Planes Nacionales de Atención en salud a la población. Desde 1960 este Ministerio ha venido trabajando con base a Planes Nacionales tanto de carácter regular como también de carácter emergentes lo que ha sido ratificado por testimonio del Dr. Orontes Avilés Rueda, autor del Primer Plan Nacional de Salud y de la creación de la primera Dirección de Planificación en Salud que tuvo este Sistema.

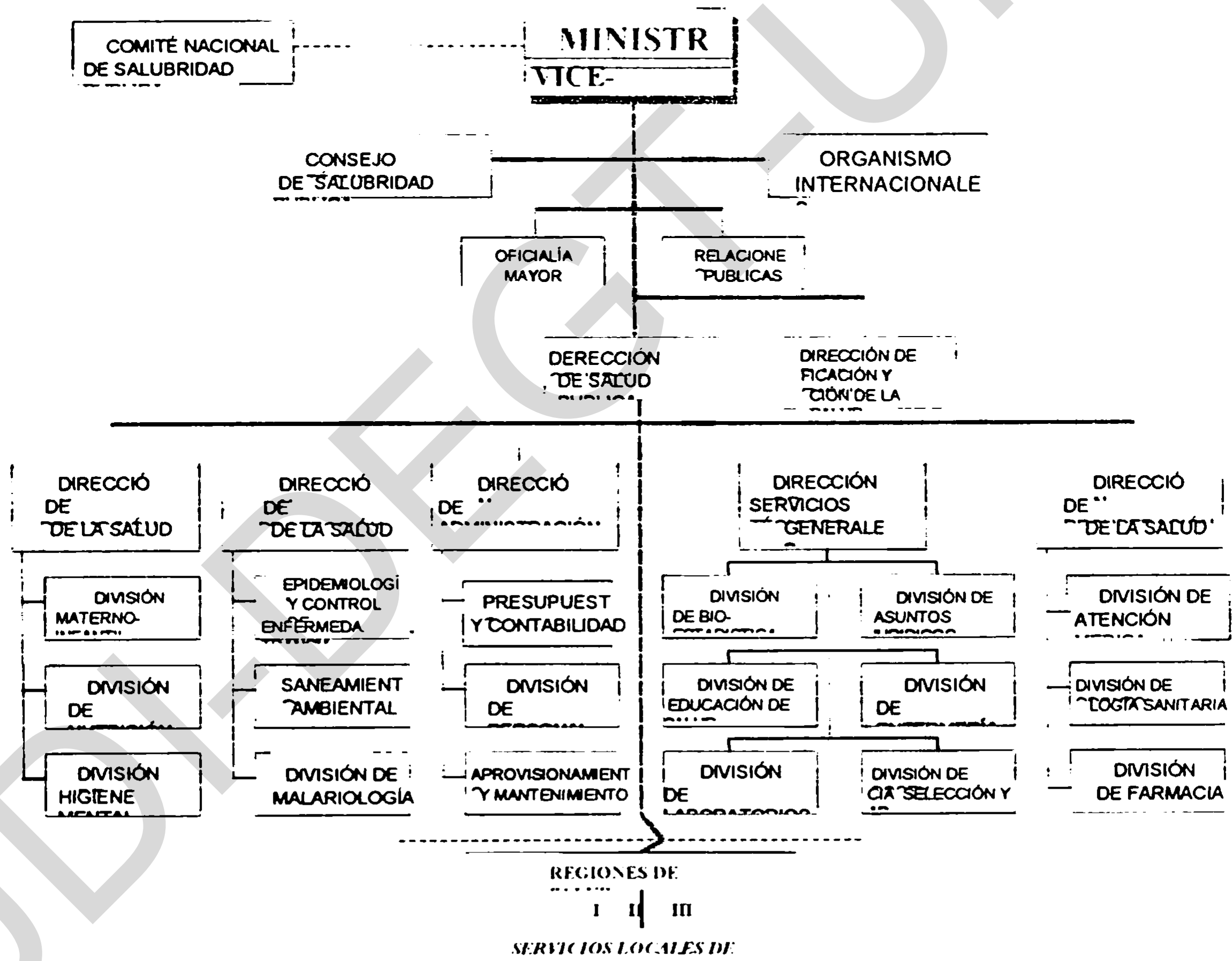
Los cambios económicos y políticos que han afectado periódicamente nuestro país, han incidido sin duda alguna en la evolución del Sistema de Salud. Es un hecho que la organización del sistema de salud refleja las tendencias generales de la organización del Estado desde la constitución del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) y su regionalización en la década de los 80, hasta la organización de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) en los 90, y ha sido evidente que las autoridades sanitarias nicaragüenses han buscado las formas organizativas que les permitan cumplir con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud de todos los nicaragüenses.



Si se trata de hablar del origen del Sistema de Salud en Nicaragua, según el Dr. Oronte Avilés Rueda, tendríamos que empezar hablando de la realidad de la Salud en Nicaragua de cómo estaba organizada en década de los 60 cuando se inicia un ordenamiento de todas las Instituciones encargadas de atender y proteger la salud de los nicaraguenses. Pues bien estaba subdividida en varias Instituciones: Ministerio de Salud, Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, (JNAPS) Instituto de Seguridad Social, Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS), los servicios Municipales de agua, alcanterillado y letrinas, El Instituto de la Vivienda (INVI), y los Servicios Médicos de la Guardia Nacional; esto a criterio del Dr. Avilés representaba una duplicación de funciones, una burocracia, una falta de planificación, y un mal aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.

ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUBRIDAD PÚBLICA

1965



Propuesta hecha por el Dr. Orontes Avilés para el 1er. Plan Nacional de Salud(1965 - 1974)

Hasta 1963 no había existido un Plan Nacional de Salud; la Medicina Preventiva y curativa funcionaban separadamente, en ese entonces existían 26 hospitales para todo el País con 3.000 camas en total cuyo promedio era de 2 camas por 1.000 habitantes y cuya relación debería haber sido 10 camas por 1.000 habitantes El país contaba con 600 Médicos a razón de 4 Médicos por 10.000 habitantes y la recomendación era de 10 Médicos por 1.000 habitantes teníamos en ese entonces 250 enfermeras o sea 2 enf. por 10.000 habitantes cuando lo recomendable era 10 enfermeras por 10.000 habitantes¹¹

Durante esta misma década eran evidente las siguientes limitaciones: a).- escasez de personal técnico en salud, b).- no había servicio civil o estabilidad laboral, c).- no había escalafón para los trabajadores de la salud en el país, d).- los nombramientos o ascensos no se hacían por méritos ,e).- escasez de Centros de Asistencia Médica y de consulta externa, 40 Centros de Salud cubrían teóricamente el 50% de la población demandante. Es por ello que en las recomendaciones del Primer Plan Nacional cuyo autor fue el mismo Dr. Avilés Rueda en 1964 y aprobado por el Decreto # 2 del 4/4/64 proponía medidas realistas que no afectarían la cobertura y el acceso de la población a los Servicios de Salud por ejemplo:

- “1.—Dejar al INSS como estaba funcionando*
- 2.—El Hospital General de Managua convertirlo en Institución especializada*
- 3.—Dejar a los Servicios Municipales y al INVI como sector independiente*
- 4.—Las JLAS encargadas de Instituciones benéficas: Sanatorios, Asilos, Salas Cunas y Cementerios.*
- 5.—Dividir al País en áreas programáticas Locales*
- 6.—Integración de la Medicina Preventiva y Curativa a nivel Local*
- 7.—Descentralización del Ministerio de Salud con dependencia normada*
- 8.—Supervisión Central y Coordinación con las otras áreas Locales.*
- 9.—Presupuestos por Programas*
- 10.—Creación de una Institución Técnica Administrativa del Sector Salud”¹².*

Cabe señalar que antes de la elaboración del Primer Plan Nacional existe un Documento de Anteproyecto Administrativo del Sector Salud del año 1963, orientado a la “Integración de los Servicios de Salud al Nivel Local” de esa década presentaba las ventajas siguientes: 1.- no era necesario reformar la Constitución de la República para tales cambios , 2.- evitaba provocar conflictos Institucionales, 3.- no suprimía las Juntas Locales (JLAS), 4.- no absorbía al Hospital General 5.- no interfería al INSS (Instituto Nicaraguense de Seguridad Social).

Respecto al Presupuesto Nacional para el Sector Salud en esa década era de US\$13.428.571,43(dólares).Y el financiamiento Internacional registrado para el Periodo de 1973-1979 fue de 29.7 millones de dólares.

¹¹ Dr. Orontes Avilés Rueda “ Ante Proyecto Administrativo del Sector Salud , Nicaragua 1963 “.

¹² Entrevista a profundidad con el Dr. Avilés Rueda el 1/2/2000 en su casa de habitación, Managua- Nicaragua.

Desde el Primer Plan Nacional en mención que fuera aprobado para el Decenio 1965-1974 ya se tenía una concepción de la responsabilidad del Estado respecto a la salud de la población, definiendo su razón de ser de esta manera: "El Ministerio de Salud Pública es la dependencia gubernamental encargada de las acciones integradas de promoción, protección y recuperación de la Salud"¹³.

Este Plan, ya puesto en marcha y a 7 años de haber avanzado en el tiempo se vio frustrado por el Terremoto de Managua en Diciembre de 1972 (acontecimiento de origen natural que provoca una primera ruptura histórica en la década de los 70) sin embargo el Ministerio de Salud se prepara a enfrentar esa situación con un Plan Emergente que se denominó "Costo de los daños ocasionados al Sector Salud por el Terremoto del 23 de Diciembre de 1972 en la ciudad de Managua. (Mayo de 1973)"¹⁴ y que fuera presentado ante la OMS según testimonio del Dr. Avilés Rueda; como un Diagnóstico preliminar orientado a organizar la ayuda internacional que se canalizaría para Nicaragua en el área de la salud y con motivo de la tragedia que estaba viviendo la población de Managua.

El segundo Plan Nacional aparece delimitado para el quinquenio 1976-1980 y firmado por el Ministro de Salud de ese entonces Dr. Adán Cajina Ríos en 1975, en cuyo último año nuevamente el País se vio involucrado de forma masiva en la insurrección popular llegando a constituirse en una lucha armada del pueblo contra la Dictadura de Anastasio Somoza lo que implicó una segunda ruptura histórica para el País pero esta vez de origen social y casi al cerrar la década en Julio de 1979 obstaculizando el último año de este Plan de Salud. Sin embargo, dicho Ministerio de Salud ya asumido por el Gobierno Revolucionario que había derrotado la Dictadura de ese entonces, elaboró un Plan de Emergencia de 1979 y así sucesivamente se continuaron elaborando Planes Anuales mientras se iba reestructurando todo el Sistema de Salud en uno solo a nivel nacional y que se le llamó Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) orientado a garantizar una cobertura nacional en cuanto a la atención en salud.

El Plan Nacional de Atención Médica de 1980, ya con el Gobierno Revolucionario y el tercero en el orden, contempla un mejoramiento del 100% en la Atención y Cobertura a través del Objetivo General de: Brindar una atención óptima al pueblo en todas y cada una de las Unidades del SNUS. A partir de este Plan continúan una serie de Planes Nacionales que fueron elaborándose de forma coherente con la realidad social, política y económica del país; y para un periodo anual, bienal y trienal.

En 1990 se produce la Tercera ruptura histórica con el triunfo del Gobierno Neoliberal y se elabora un nuevo Plan Nacional para un quinquenio; el Plan Maestro 1991-1996, pero previo a este plan aparece un Plan Trienal Emergente 91 -93 en el que se refleja que fue elaborado en un contexto de estabilización y ajuste estructural que corrigiera en el mediano y corto plazo las distorsiones económicas y el deterioro de la prestación de servicios y nivel de vida de la población; el Ministerio de Salud se encontraba con un

¹³ Primer plan Nacional de Salud (1965-1974) Biblioteca privada del Dr. Orontes Avilés Rueda.

¹⁴ Documento original archivado en Biblioteca privada del Dr. Avilés Rueda, año 1997.

nuevo ámbito de atención en un país en post-guerra, por consiguiente la disposición de sus esfuerzos resolutivos, organizativos, técnicos, materiales y financieros necesariamente tenían que orientarse al enfrentamiento del deterioro acumulado, que a nivel socio, económico, nutricional, higiénico sanitario, etc se habían generado en los años de confrontación bélica. El Plan Maestro 1991-1996, contribuyó a dar solución a los problemas de salud de la población y está dirigido a fortalecer el Sistema de Servicios de Salud dentro de una concepción de cambio progresivo y gradual dentro de un margen de estabilidad. Pues incorpora los proyectos, programas y políticas de la anterior administración que han beneficiado a la población y los orienta de acuerdo con los nuevos objetivos trazados.

Vale señalar en los antecedentes, que respecto a estudios anteriores sobre el Sistema de Salud en el País, la Universidad de Oxford en 1992, publica el Libro titulado "Health Care in Nicaragua. Primary Care Under Changing Regimes". (La Salud de Nicaragua Cuidados Primarios bajo los Regímenes cambiantes). Los autores, Dr. Richard Garfield y Dr. Gen Williams, uno Epidemiólogo y el otro Educador en Salud quienes tomaron parte en este Sistema durante doce años y traen una riqueza de datos y experiencias en este estudio único.

Esta obra señala: " A pesar de dos décadas de rebeliones políticas, de desastres naturales y de decrecimiento económico; Nicaragua ha mantenido un Sistema de Salud que responde a las necesidades de la mayoría de su población, este trabajo muy importante describe acertadamente los vaivenes y los cambios en las Políticas de Salud de Nicaragua durante las últimas dos décadas, ellos hacen comparaciones detalladas con otros países y examinan los intentos para promover participación comunitaria, asistencia internacional, administración del sector privado y desarrollo de servicios públicos bajo regímenes políticos en cambio.

Es importante hacer notar en nuestra primera etapa exploratoria que de acuerdo al Informe sobre la Revisión del Gasto público en Servicios Sociales Básicos. El caso de Nicaragua para 1997¹⁵, "la economía nicaragüense tiene, sin embargo, una serie de particularidades que hacen especialmente difícil lograr niveles de gasto social básico satisfactorio. El País sufre de contracción económica o estancamiento a lo largo de la segunda parte de la década de los 80 y la primera de la década de los 90. El PIB (Producto Interno Bruto) era de \$ U.S 760 dólares en 1980, de \$ 676 en 1985, de \$ 508 en 1990 y de \$ 466 en 1995. El País en este período a través de cambios abruptos en su política económica y social pasa de una economía con una lógica estatizante hacia una economía con una lógica de mercado; igualmente la Política Social pasa de un Modelo de Cobertura Universal y en buena medida centralizado a un esquema descentralizado de atención".

Otro problema de Salud de relevancia en nuestro País es la Mortalidad Materna que viene a significar un indicador sensible de desigualdad a lo interno de la Cobertura Nacional de la atención a la población demandante, llegando a presentar cifras de 160 muertes por 100.000 nacidos vivos registrados, esto demuestra el acceso que tiene la

¹⁵ Revisión del Gasto Público en Servicios Sociales Básicos . El caso de Nicaragua

mujer a los servicios básicos y la forma como éstos responden a las necesidades que impone la maternidad.¹¹

Se plantea que uno de los problemas centrales a resolver del sector salud en particular es la alta mortalidad materno infantil. Otro problema central es la regresividad del Sistema de salud en cuanto a suministros a Centros y Puestos de salud y a sus indicadores sociales. El índice de mortalidad infantil de 58/ por mil (cifra oficial hasta 1996) no se ha podido reducir mayormente aún cuando se ha hecho énfasis en el gasto social en salud; estimaciones recientes destacan que por la iniciativa 20/20 (es un mecanismo hacia la universalización de los servicios sociales básicos del gasto de los gobiernos y los países donantes) se ha logrado llegar a 50 / por mil La desnutrición crónica en niños menores de 5 años llega a 23.7%. No obstante el índice de mortalidad materna de 110/por 100.000 pero de 350 y hasta 450 /por 100.000 en zonas rurales; esto hace que Nicaragua tenga un índice de mortalidad materna sumamente alto.¹⁶

En el mismo Documento Revisión del Gasto Público en Servicios Sociales Básicos de 1997 sobre el caso de Nicaragua se afirma que: “los altos niveles de desnutrición juegan un papel fundamental en estos resultados . un 8.5% de los niños y niñas nicaragüenses al nacer pesan menos de los 2,00 gramos, mientras que un 18.6% de la niñez en extrema pobreza menores de 5 años registra un peso menor a dos desviaciones estándar de la mediana de referencia recomendada por la Organización Mundial de la Salud”.

7.- Camino Recorrido.

Nuestro estudio fue abordado desde un Enfoque Cualitativo implicando esto un análisis interpretativo, dirigido al objeto estudio; estudiamos el Sistema de Salud en su contexto natural, tal y como se ha venido comportando en un intento de interpretar los factores que lo han venido consolidando en su evolución histórica a pesar de las rupturas que sucedieron en su contexto socio político, conjugando estos factores con la interpretación que tienen las personas que han estado involucradas directamente con dicho Sistema durante las décadas incluidas en este estudio.

Por las características socio políticas que ha demostrado tener nuestro país y específicamente el Sistema de Salud a nivel de la región Centro Americana, éste tiene las características de ser: Un estudio de Caso, según los autores: Eduardo García Jiménez, Gregorio Rodríguez y Javier Gil Flores en su libro Metodología de la Investigación Cualitativa 1991: 67 caracterizando los estudios de caso: “por el examen detallado, comprehensivo y sistemático del caso objeto de interés un estudio de caso único con una modalidad histórica – organizativa”.

Es importante señalar que en un primer acercamiento al tema de estudio hicimos una revisión del escenario de los acontecimientos que han rodeado al sistema de salud nicaragüense durante las últimas tres décadas analizando así su relación con el contexto internacional y nacional, presencia de los factores determinantes, comportamiento de los

¹⁶ Muertes Maternas , Nicaragua 1998. MINSAL-UNICEF.

actores sociales, naturaleza de su interacción y la incidencia de las Rupturas Históricas en las últimas tres décadas para el desarrollo y consolidación del Sistema de Salud.

ESCENARIOS DE LOS ACONTECIMIENTOS PARA UN PRIMER ABORDAJE DEL PROBLEMA

MAPEO

FACTORES EXTERNOS

Relaciones Exteriores

Modelo Económico Mundial

Convenios Internacionales

SISTEMAS POLITICOS

Décadas

(70 - 79) (80 - 89) (90 - 2000)

Naturaleza de la Interacción

Contexto Socio Politicos

SISTEMA DE SALUD EN NICARAGUA

Actores Sociales

Funcionarios Dirigentes

Recursos Profesionales

Población Participante

Población Usuaría

El Sistema de Salud nicaragüense históricamente ha estado en correspondencia con los Modelos económicos y sociopolíticos que le ha tocado vivir a nivel nacional e internacional a excepción de la década de los 80, en que se estructuró un Sistema Unico

de Salud diferente a todos los existentes en la región centroamericana y fue cuando la naturaleza de la interacción con los Actores Sociales estuvo más cohesionada; igualmente este Sistema ha mantenido relaciones internacionales con la OMS y OPS, el mismo Dr. Avilés Rueda funcionario dirigente del Ministerio de Salud desde fue miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS en el periodo 1970-1973 y presidente del Comité Ejecutivo de OPS en 1973-1976 y presidente del mismo en Whashington en 1975-1976; según testimonio del mismo en entrevista del 1/2/200 realizada en su casa de habitación en Managua- Nicaragua.

La incidencia y toma de decisiones por parte de los funcionarios dirigentes en la planificación, organización y ejecución de los Planes Nacionales de Salud se refleja con mayor beligerancia en la década de los 70 y de los 80 no siendo así en la de los 90.

En la decada de los 80 respecto a los recursos profesionales de la salud, se evidencia una mayor participación en los procesos de planificación, organización y ejecución en los Planes Nacionales dentro del SNUS; igualmente sucedió con la participación activa y masiva de la población organizada alrededor de la implementación de planes, programas y campañas de salud a nivel nacional en esta década.

En este sentido es notorio que a partir de 1990 se viene dando un descenso de los niveles de participación de los Actores Sociales presentado en este escenario en cuanto a la naturaleza de la interacción así como la incidencia y participación de los mismos en la planificación, organización y ejecución de los Planes Nacionales de Salud.

Proceso Metodológico

A. Categoría de Análisis: *La categoría en la que se centró nuestro estudio fue: Los Planes Nacionales de Salud tanto regulares como emergentes del MINSA; incluyendo reformas a las Leyes del INSS y Modalidades de la Práctica de la Medicina Privada (PMP) que fueron aprobados/as e implementados/as durante las últimas tres décadas. A partir de ellos desglosamos cuatro ejes fundamentales que fueron:*

- a) Concepciones de los planes en su contexto socio político.*
- b) Las políticas de salud definidas para orientar los Planes Nacionales.*
- c) Las estrategias contempladas para el cumplimiento de estos planes.*
- d) Los objetivos planteados para lograr su alcance en un plazo determinado*

B. Técnicas e Instrumentos: *En nuestro estudio utilizaremos Técnicas Cualitativas; para obtener la información que procedió de dos fuentes: a).- Una la escrita que consistió en toda la información documental que existe en estudios, informes, revistas boletines, memorias y base de datos la otra fuente b).- La oral que fue obtenida directamente de los sujetos que tienen un dominio profesional sobre la temática en cuestión, a través de Entrevistas Semiestructuradas.*

- 1.-** *En la revisión del escenario de los acontecimientos utilizamos la técnica del mapeo.*

- 2.- *Para la fuente de información escrita aplicaremos una Guía Metodológica: Que contiene los ejes de análisis: a) Concepciones de los planes en su contexto socio político, b) Las Políticas de salud definidas para orientar los Planes Nacionales, c) Las Estrategias contempladas para el cumplimiento de estos planes, d) Los Objetivos planteados para lograr su alcance en un plazo determinado.*

Respecto a rupturas Sociopolíticas; éstas fueron descritas en el análisis contextual de cada década tomando en cuenta los aspectos siguientes:

- *Acontecimiento de origen natural o social sucedido en la década.*
- *Afectación o impacto ocasionado al Plan Nacional de Salud.*
- *Consecuencias o repercusiones al Plan como resultado de la ruptura.*
- *Plan emergente en la década como consecuencia de la intensidad de la ruptura.*

- 3.- *Para las fuentes de información orales aplicamos la Entrevista: Que contiene: Además de los tres ejes de análisis, preguntas orientadas a las siguientes descripciones cualitativas:*

- **Naturaleza del Sistema de Salud en Nicaragua,*
- **Evolución histórica del Sistema durante las tres décadas*
- **Proceso de Planificación en su funcionamiento*
- **Rupturas sociopolíticas del País y su incidencia en el Sistema de Salud*
- **Cambios experimentados a lo largo de las tres décadas*
- **Comportamiento del Sistema en contextos regulares y en contextos emergentes.*
- **Elementos perseverantes y elementos cambiantes en la Planificación del Sistema.*
- **Elementos presentes pero exclusivos para cada una de las décadas.*
- **Aportes fundamentales que dejaron los Planes Nacionales en cada década.*

- C: *El Universo de Estudio: Abarcó toda la información escrita existente respecto a Planificación en materia de Concepciones, Políticas, Estrategias y los Objetivos de los Planes, Programas y Proyectos de Cobertura Nacional.*

En lo referente a los Informantes Claves incluimos en el Universo de Estudio todos aquellos funcionarios que estuvieron directamente involucrados en la Planificación de la Salud desde el MINSA, INSS y del Colegio de Médicos de Nicaragua con cargos de mayor jerarquía: Ministros o Viceministros, Directores, Presidentes de Directivas y cuyo desempeño estuvo activo durante una, dos y hasta las tres décadas en estudio.

- D. *La muestra del Estudio: En consecuencia la muestra estuvo orientada hacia las Concepciones, Políticas, Estrategias y Objetivos de los Planes, Programas y Proyectos que fueron aprobados y ejecutados con una Cobertura Nacional. Respecto a los Informantes Claves fueron seleccionados los responsables directos*

de la Planificación de la Salud en las décadas en estudio, Ministros y otros funcionarios de jerarquía que estuvieron involucrados directamente en toma de decisiones.

E. Los métodos:

- 1) *Escenarios de los acontecimientos para un primer abordaje del problema.*
- 2) *Análisis Documental, para toda la información escrita.*
- 3) *Entrevista a profundidad dirigida a los Informantes Claves.*

F. Aplicación de los Instrumentos:

1. *En el escenario de los acontecimientos aplicamos el Mapeo como instrumento ilustrando todos los elementos intervinientes y determinantes tanto de carácter exógeno como endógeno que han tenido relación con el Sistema de Salud nicaragüense, estableciendo las correlaciones, los niveles de incidencia y los factores determinantes; al igual que las rupturas históricas sucedidas en las diferentes décadas, marcando los cambios de estructura donde los hubo. Cada una de las décadas con su respectiva ruptura fueron contextualizadas.*
2. *La Guía Metodológica Se aplicó en el análisis documental de los Planes Nacionales, las reformas a las leyes de la Seguridad Social y las diferentes Modalidades de la Práctica de la Medicina Privada; la que contenía los descriptores que han sido tomados en cuenta en las Categorías y los ejes de de análisis desde la perspectiva de los planes nacionales; su concepción, políticas, estrategias y objetivos tanto en su planificación como en la ejecución.*
3. *La Entrevista Semiestructurada Abierta: Estuvo dirigida a los y las informantes claves y fue administrada de manera personal y directa, previa entrega de los objetivos de la investigación a los y las informantes, la que fue grabada y anotada por escrito aquellos aspectos que consideramos relevantes. Esta entrevista cumplió con los fines de: a)-Comprobar la certeza de la información obtenida en los documentos escritos y b)- Adquirir la información que no existe por escrito. Contuvo además una serie de preguntas abiertas pero orientadas por los descriptores que anotamos en las categorías y ejes de análisis de nuestro estudio.*

G. Procesamiento de la información:

- 1) *Ordenamos y Sistematizamos el Mapeo ilustrado en el escenario de los acontecimientos; luego de haber establecido, las correlaciones entre factores determinantes y de haber analizado los contextos que implicaron aportación de ideas.*
- 2) *Los resultados plasmados en la Guía Metodológica fueron debidamente ordenados de acuerdo a la categoría y ejes de análisis, y luego vaciados en una matriz de las tres décadas con el fin de establecer semejanzas, diferencias y la*

continuidad de la evolución histórica hacia una posible sostenibilidad del Sistema de Salud , visto desde sus Planes Nacionales

- 3) *La transcripción de la entrevista semiestructurada fue procesadas con el programa computarizado ETNOGRAPH las que a su vez fue segmentadas y codificadas para su posterior análisis de acuerdo a los objetivos del estudio y descriptores que establecimos.*

H.- Plan de Análisis:

- 1.- *Cuantificamos los Planes Nacionales de Salud en total y por décadas.*
2. *Revisamos y analizamos el proceso evolutivo de los Planes Nacionales aprobados y ejecutados tanto Regulares como Emergentes en cada una de las décadas.*
3. *Caracterizamos cada uno de los Planes de acuerdo a su :*
 - *Concepción*
 - *Política*
 - *Estrategia*
 - *Objetivos y duración en el tiempo definido para su ejecución: Anual, Bienal, Trienal, Quinquenal y Dienal.*
4. *Comparamos los elementos determinantes presentes en cada uno de los planes destacando semejanzas y diferencias; respecto a:*
 - *Concepciones,*
 - *Ppolíticas,*
 - *Estrategias*
 - *Objetivos a lo interno del contexto socio político de cada década*
5. *Destacamos los elementos que han sido constantes y no constantes en todos y cada uno de los planes y la variante en cada una de las tres últimas décadas.*
6. *Analizamos el contenido de las entrevistas segmentando por bloques temáticos de acuerdo con con los descriptores que definimos; marcando cada bloque con un código de siglas que fueron abreviadas por cada uno de los objetivos de nuestro estudio.*
7. *Comparamos los resultados obtenidos de las fuentes de información escrita con las fuentes de información oral , para el enriquecimiento de los resultados del estudio.*
8. *Elaboramos matrices con el fin de cruzar la información respecto a:*
 - a) *La naturaleza de los hallazgos y el contexto socioeconómico en que se dieron.*

- b) *El tipo de Planificación implementada en los Planes Nacionales por cada década.*
 - c) *Decisiones asumidas como fundamentales en la Historia del Sistema de Salud.*
 - d) *Aportes heredados que han consolidado el funcionamiento del Sistema de Salud.*
- 9.- *Ilustramos los ejes de análisis a través del Diagrama de Venn; con el fin de comparar y resaltar los elementos constantes y no constantes de los Planes Nacionales de Salud en cada una de las décadas 70, 80 y 90.*

Capítulo II

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA DE SALUD NICARAGÜENSE EN LAS TRES ÚLTIMAS DÉCADAS

Propósito Específico: # 1.- Iniciar un estudio exploratorio de la evolución histórica que ha experimentado el Sistema de Salud nicaragüense desde la perspectiva de sus Planes Nacionales en el marco de las rupturas sociopolíticas, correspondientes a cada una de las décadas definidas en el presente estudio.

INTRODUCCION

Nicaragua se encuentra ubicada en el Centro de Istmo Centroamericano y tiene una superficie de 131.812Km² (incluyendo tierra seca y los lagos). Es un país tropical con características de microclimas para las diferentes regiones geográficas que lo constituyen. Cuenta con 17 departamentos agrupados para fines estadísticos en Macro-regiones: a).- La Macro-región del Pacífico, que comprende las regiones de Occidente (León y Chinandega), Managua y Sur (Masaya, Granada, Carazo, y Rivas), La Macro-región Atlántica (Atlántico Sur, Atlántico Norte, Rio San Juan) y la Macro-región Central (Boaco, Chontales), Norte (Matagalpa y Jinotega) y las Segovias (Nueva Segovia, Madriz y Esteli).¹

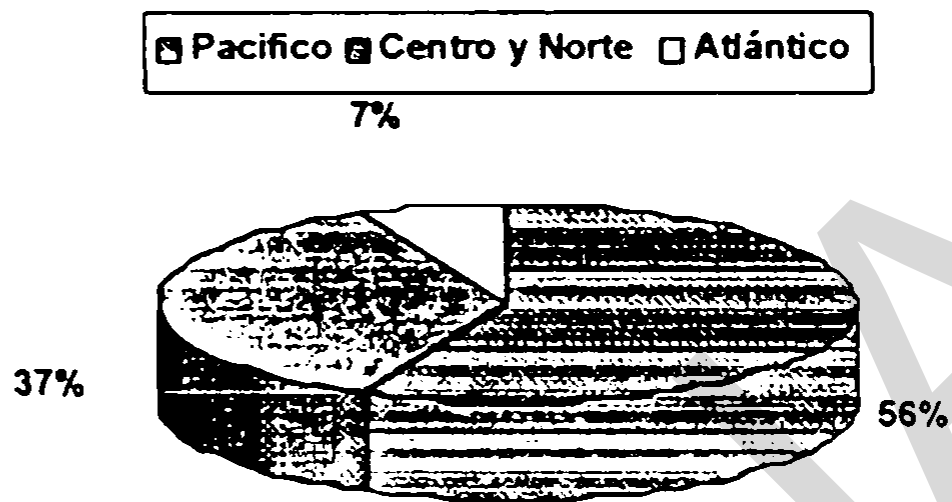
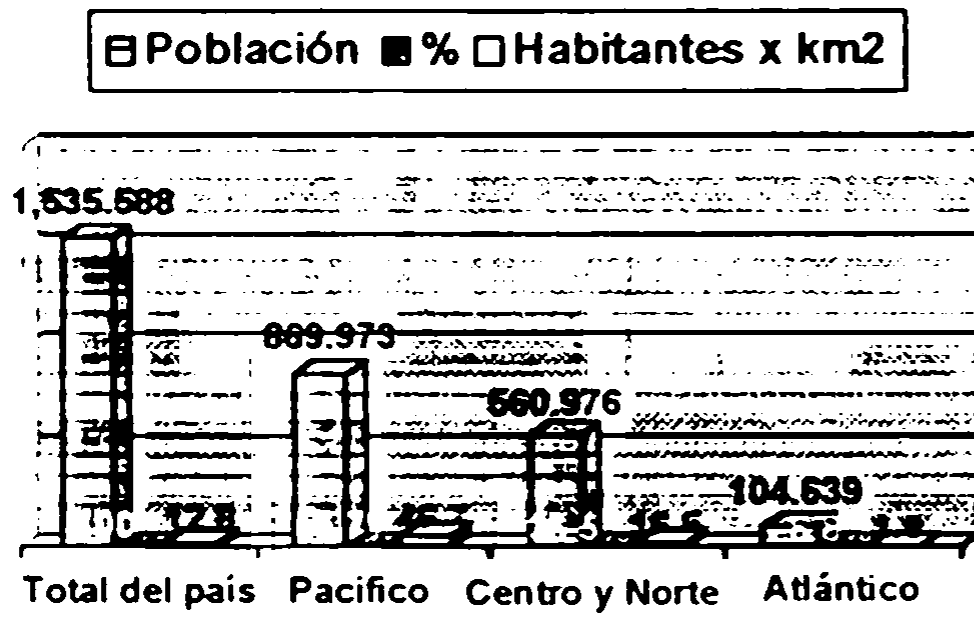
Es importante también relacionar el ambiente físico y sociodemográfico del país para tener una visión integral de la salud en Nicaragua. La población de Nicaragua es de casi 5 millones de habitantes y crece a una tasa anual de 3.2% una de las más altas de América Latina, el 45% de la población es menor de 15 años y el 54.4% habita en el área urbana, concentrando a más del 25% en Managua; existe gran diferencia en la distribución de la población en su territorio nacional: con 132 habitantes/km².

Los Censos constituyen la principal fuente de información para conocer la evolución del volumen y tamaño de la población. El censo realizado en Mayo de 1963 donde se registraron 1.535.588 habitantes y una tasa de crecimiento del 2.5% y pasan al penúltimo Censo en la década de los 70 antes del Terremoto del 72 en Abril de 1971 contándose casi 2 millones de habitantes igual a 1.877.952. cuya tasa de crecimiento fue de 3.5% A los 24 años en 1995 se realiza el último Censo cuya cifra es de 4.357.099 con una tasa de crecimiento actual de 2.7%.²

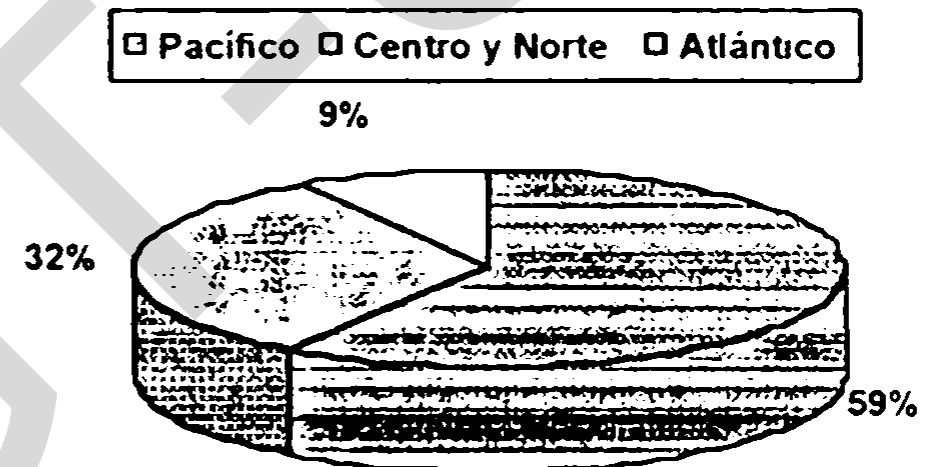
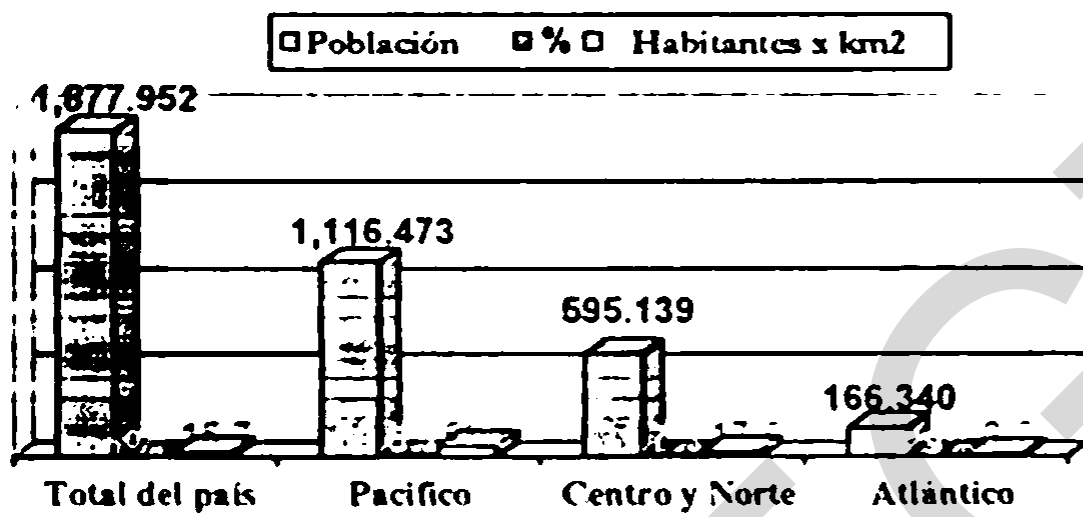
¹ Jaime Incer Barquero, Geografía dinámica de Nicaragua. Tomo II.

² INEC. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censo.

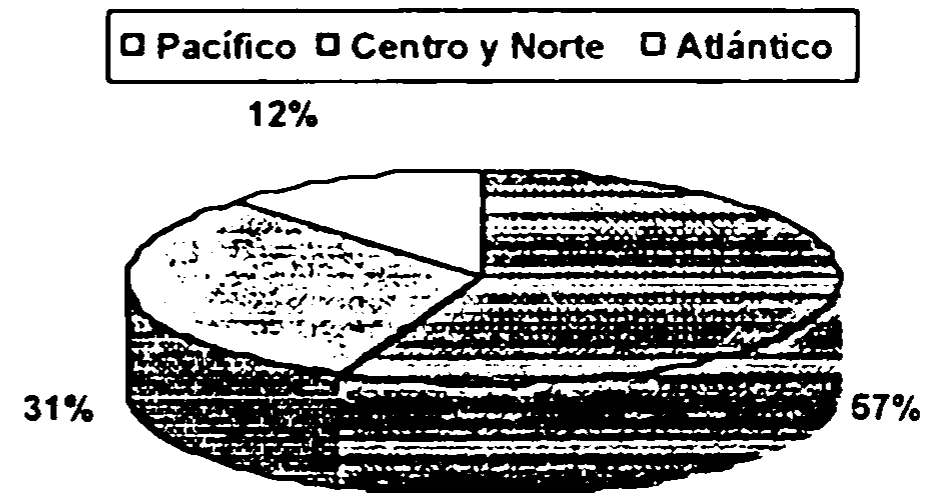
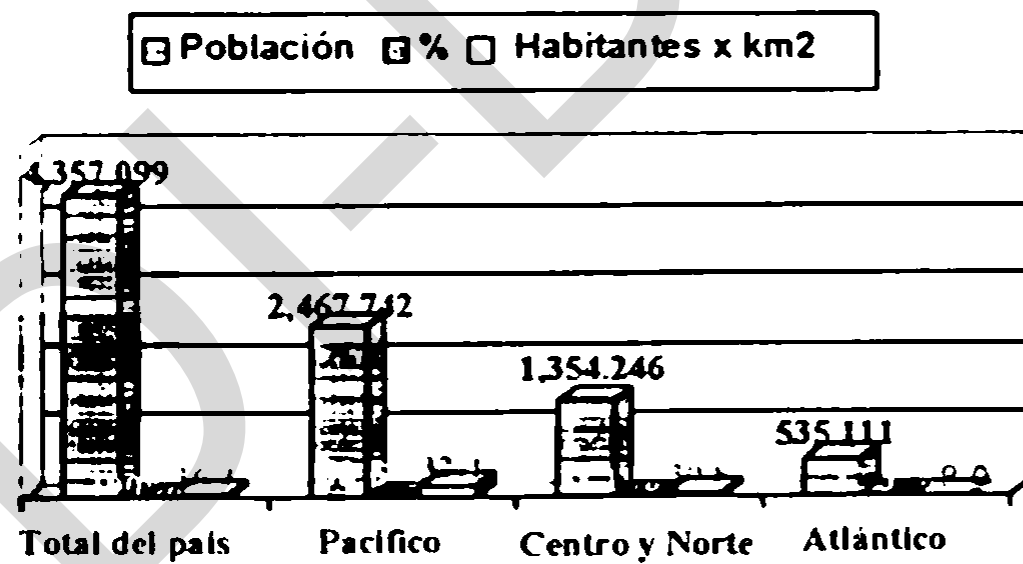
CENSOS 1963



CENSOS 1971



CENSOS 1995



INEC - Instituto Nicaragüense de Estadística y Censos Managua, Nicaragua 1997.

Como consecuencia de estos cambios el crecimiento natural de la población se aceleró, manteniéndose hasta finales de la década de 1980 en torno a una tasa promedio anual de 3% una de las más altas de América Latina. El crecimiento de la población fue casi ocho veces en noventa años, este crecimiento se ha operado a distintos ritmos; en tanto la población necesitó de 44 años, de 1906 a 1950 para duplicarse en prácticamente el mismo periodo de tiempo que necesitó, de 1950 a 1995 para multiplicarse por cuatro.³

De acuerdo a informes de INEC/CELADE- Nicaragua, el País cuenta actualmente con 145 Municipios de los cuales 34 de ellos se encuentran en los niveles de pobreza media, menor 68 en condiciones de pobreza alta y 43 en pobreza extrema; sin embargo, según cifras de OPS/OMS-Nicaragua el comportamiento de la Mortalidad Infantil en las últimas décadas ha sido el siguiente: en 1980-85 fue de un 76.45 /por 1.000 nacidos vivos, en 1985-90 fue de 61.7/ por 1.000 y en 1990-95 fue de 53.0 /por 1.000; consecuentemente la Esperanza de vida refleja una mejoría en las mismas décadas y para ambos sexos: en 1980-85 fue de 59.8 años, para 1985-90 fue de 63.3 años, y en 1990-95 llegó a 66.2 años; en la actualidad aparece diferenciada para ambos sexos, los varones con 66.5 años y las mujeres con 71.3 años. Así también la Mortalidad general en estos mismos periodos ha ido descendiendo positivamente de acuerdo con los datos siguientes: 9.7/por 1.000 , 7.9/ por 1.000 y 6.6/ por 1.000.

Es evidente la presencia del Ministerio de Salud en la mejoría de las condiciones de vida de la población nicaragüense y por ello en el informe sobre Política Nacional de Salud 1997-2002; del Ministerio respectivo dice textualmente: "El fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud en el nivel central y en los SILAIS, se logrará promoviendo el mejoramiento de la capacidad de análisis y la gerencia de recursos, junto con el fortalecimiento de su rol normativo y regulador en función de consolidar su liderazgo dentro del sector y contribuir a garantizar la calidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud, a través de los siguientes componentes: a) Organización sectorial e institucional; b) Fortalecimiento de la Planificación Estratégica Local; c) Administración Estratégica de los Recursos Humanos; d) Administración de los insumos para la salud; e) Fortalecimiento del sistema de información monitoreo y evaluación.

³ Política Nacional de Población MAS (Ministerio de Acción Social) Nicaragua.

DÉCADA: 70 - 79

1.- CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO Y POLÍTICO

Esta década caracterizada por un modelo económico desarrollista coincidió con una época de bonanza y de afianzamiento socio – político de la familia Somoza. Es un período enmarcado en el régimen somocista con condiciones apropiadas y la habilidad de una persona para aprovecharlas que van a dar lugar a la prolongada dictadura de una familia. Durante este periodo el Estado a la manera liberal vuelve a jugar un rol activo, y se forman nuevas instituciones ligadas por ejemplo al desarrollo económico y a la seguridad social; lo cierto es que estos avances se ven anulados por el hecho desollante de estar subordinados o formando parte de un régimen diseñado par servir a los intereses de una familia en el poder a expensas de la mayoría ciudadana⁴.

Según el Dr. Julio Zapata Sobalvarro, uno de nuestros informantes claves nos dice: “era un régimen político de mercado y por ende, a la salud se le consideraba como mercancía, había mucha bonanza pero con una mala distribución de la riqueza, lo que repercutió en la salud a pesar de que habían recursos pero había inequidad, lo que impedía garantizar la salud de la población de manera equitativa y la organización del Sistema de Salud se correspondía con esa realidad”⁵.

El 23 de diciembre de 1972 sucede la tragedia del terremoto de Managua causando la muerte de 50,000 nicaragienses.

En 1973 comienza la crisis del sistema capitalista mundial que sin duda generó crisis en nuestro país dado el carácter dependiente periférico y sub desarrollado de la economía nicaragiense lo que a su vez provocó problemas socio económicos de gravedad para la población tales como: falta de empleo, afectación a la salud y falta de acceso a la vivienda y a la educación.

Los Sistemas Nacionales de Salud promovidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los años 60, 70 y creados en la mayor parte de los países latinoamericanos y en Nicaragua en particular, fueron la materialización conceptual y orgánica de una forma de rectoría sectorial considerada en su momento como la más adecuada dentro del marco del denominado Estado de Bienestar, caracterizado por su manejo centralizado no solo de las funciones de rectoría y control sino en las funciones administrativas y operativas de los servicios públicos, sociales y en ellos los de salud.

La convicción sobre el éxito de este ordenamiento se apoyaba en las experiencias de los Servicios Nacionales de Salud vigentes en Inglaterra (cuna del capitalismo) desde la post-guerra y de Cuba desde su revolución socialista. Ambos sistemas colocados en

⁴ Jaime Weelock Román. “Siete tesis sobre la inestabilidad política en Nicaragua”.(pág. 27-50). Libro Historia y violencia en Nicaragua. Primera Edición. Managua 1997. Universidad Politécnica de Nicaragua.

⁵ Dr. Julio Zapata Sobalvarro. Técnico del Ministerio de Salud durante tres décadas (1970-1999).

contextos opuestos tenían características muy similares en cuanto a manejo público centralizado, financiación pública y atención familiar con énfasis en el primer nivel de atención. Pero este proyecto unificador previsto por algunos analistas del sector salud, no logró culminarse en el continente antes de que entrara en crisis el Estado intervencionista, proteccionista y de bienestar. La crisis del modelo de Estado de Bienestar, centralista e interventor ha impactado en forma decisiva la organización sectorial de salud así como sus sistemas de rectoría.

2.- DETERMINANTES DE LA SALUD.

En 1977 al adoptar la estrategia mundial de Salud para todos, los países miembros de la OMS acordaron incluirlas en sus estrategias nacionales y evaluar sus efectos en el mejoramiento del estado de salud de la población. En visperas del siglo XXI, los objetivos de la renovación de esta estrategia se dirigen a mejorar la expectativas de vidas, la calidad de vida y su percepción global, la reducción de la morbilidad asociada al proceso de envejecimiento. Las políticas de salud de esta renovación están sustentadas en los principios de equidad, sustentabilidad y sensibilidad hacia la visión de género y la diversidad de valores y culturas locales.

En esta década se gestó el primer Plan Nacional de Salud en Nicaragua para un período de 10 años (1965-1974) y que fuera aprobado por el Decreto #2 del 24 de Abril de 1964.

Previo a este Plan existen documentos como: " El Anteproyecto Administrativo del Sector Salud de Nicaragua, Año 1963". (Integración al nivel Local)⁶ y un "Esbozo Resumido y Comentarios sobre la Planificación de Salud Año 1965".(Congreso Médico Nacional) elaborados por el Dr. Orontes Avilés Rueda; y cuyo contenido refleja las condiciones de salud en que se encontraba la población nicaragüense y la cobertura nacional de dicho Ministerio. A continuación algunos indicadores de importancia reflejados en los documentos en mención :

- A- Un sistema de salud fragmentado con 19 instituciones con servicios de salud*
- B- La Medicina Preventiva y Curativa funcionaba separadamente.*
- C- Cada año nacían 70.000 niños, la tasa de natalidad era de 41.6*
- D- Edad en que más se hospitalizaba la gente era de 20 a 30 años.*
- E- Enfermedad más extendida: El parasitismo atacando a un 90% de la población.*
- F- Enfermedades más graves: Tétano, gastroenteritis, tuberculosis, paludismo y accidentes.*
- G- Mayor ocupación de camas: Abortos y Partos.*
- H- Mayor solicitud de consultas: Enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas, y enfermedades del estómago y del intestino; habiéndose otorgado un total de 315.320 consultas durante el año 1966 el incremento anual observado*

⁶ Documento inédito archivados en la Biblioteca Particular del Dr. Avilés Rueda.

⁷ Idem

sería de 3.7%; en cambio en 1974 el total de consultas fue de 432.572 con una tasa de 0.02 consultas por habitante al año.

I - En cuanto a inmunizaciones en 1966 se colocaron 256.600 dosis. De 1966 no hay información sobre protección real inmunitaria y la cobertura de algunos programas de vacunación era deficiente resultando un incremento anual de 36.7% y en 1973 fue de 898.612 lo que representa 0.4 dosis por habitante.

3.- OTROS INDICADORES DE SALUD.

Según cifras corregidas por CELADE⁸, tenemos los siguientes indicadores:

- A- Mortalidad General fue de 16.4 / mil habitantes.*
- B- Mortalidad Infantil fue de 120/ mil nacidos vivos*
- C- Mortalidad Materna fue de 1.9. mil nacidos vivos*
- D- Primeras causas de muertes: Gastroenteritis, accidentes, enfermedades del corazón, pulmonía y paludismo.*
- E- La Esperanza de Vida para el quinquenio 1970 – 1974 para ambos sexos fue de 56.6 años.*

El 46% de las defunciones en el País ocurrieron en el grupo de menores de 15 años y sus principales causas fueron: a) enfermedades prevenibles con la tecnología actual, b) enfermedades transmisibles vacunables c) desnutrición proteico –calórica d) enfermedades de origen entérico. La fuente señala, que el subregistro de hechos vitales afecta considerablemente las tasas de mortalidad observadas: Tasa de mortalidad general = 8.2 mil nacidos vivos. Tasa de mortalidad infantil = 53.2 mil nacidos vivos.

- La mayor frecuencia de enfermedades recayó en el grupo etario de 1 a 5 años.*
- La mortalidad mayor fue la infantil en niños menores de 5 años.*
- El Analfabetismo constituye un serio obstáculo para el desarrollo de Programas de fomento y protección de la Salud, (2do. Plan Nacional de Salud 76-80).*
- El 48% de la población total del País eran niños menores de 15 años ; que a su vez presenta la hipovitaminosis A y el bocio endémico.*
- El 2% de la población menor de 5 años tiene un grado importante de desnutrición.*
- Se contabilizan 250.000 viviendas igual a 6 personas por vivienda; el 50% de ellas carecían de agua y alcantarillado; y su mala calidad afecta los Programas de rociamiento del área Malárica, impidiendo reducir los índices de morbilidad por paludismo.*

4.- INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD.

En 1965 habían 26 Hospitales con 3.000 camas equivalente a un promedio de 2 camas por 1.000 habitantes y ya para 1970 aumentó a 38 Hospitales con 3.600 camas. En este mismo año se contabilizaron 600 Médicos equivalente a 4 Médicos por 10.000/ habit. alcanzando los 700 Médicos para 1970.

⁸ CELADE Centro de Estudios Latinoamericano de Demografía.

En cuanto a las Enfermeras en 1965 habían 200 a nivel nacional lo que equivale a 2 Enfermeras por 10.000/Habitantes, ascendiendo a 300 graduadas y 1.300 auxiliares de Enfermería .

Para 1970 se registraron también 170 Inspectores de Higiene.⁹

- *En 1965 habían 40 Centros de Salud que cubrían teóricamente el 50% de la población demandante, sin embargo para 1970 se registra un total de 48 Centros de Salud y 10 Unidades Móviles de penetración Comunitaria en Zonas Rurales, a lo que se les llamaba: PUMAR. También aparecen contabilizados: 50 Dispensarios privados y 70 Puestos Sanitarios, igual que: 40 Educadoras en Salud y 50 Dentistas.*
- *En 1975 un total de 2,356 empleados(as) entre: profesionales, técnicos y personal de servicio. La Escuela Nacional de Enfermería formaba el 50% de las Enfermeras del país, existiendo un déficit significativo de esta categoría profesional.*

5.- ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

- *La población total del País según el Censo de 1971 fue de : 1.877.952 habitantes*
- *El País tiene una superficie de 131.812 km² , equivalente a 16 hab./ por km² en esta década.*
- *El 52% de la población vivía en la zona rural del cual solamente el 1% contaba con servicio de agua (acueductos, rurales, y pozos) directa o indirecta.*
- *El otro 48% vivía en la zona urbana, de la cual el 53% contaba con servicio de agua domiciliaria y el 21% con servicio de alcantarillado.*
- *No se cuenta con datos confiables acerca de los sistemas de disposición de excretas.*
- *De cada 100 personas mayores de 10 años del sector urbano 65 no sabían leer ni escribir. Y en el sector rural la proporción era de 80 analfabetos/as por cada 100 personas.*
- *Casi el 50% de la población de más de 10 años era analfabeta. Los diferentes niveles de educación presentaban deficiencias en calidad y cantidad.*
- *La alta deserción escolar estaba relacionada a la participación temprana de este grupo poblacional en las faenas agrícolas.*

El analfabetismo constituía un serio obstáculo para el desarrollo de programas de: Fomento y Protección de la salud.

- *La vivienda del área urbana y rural era insuficiente en cantidad y su mala calidad afectaban los programas de racionamiento del área malarica impidiendo reducir los índices de morbilidad del paludismo.*
- *La unidad familiar estaba debilitada debido al*

- a) *Desempleo*
- b) *Alto porcentaje de ilegitimidad*

⁹ Esbozo Resumido y Comentarios sobre la Planificación de la Salud, Nic. 1965. Dr. Avilés Rueda.

La topografía de las diferentes regiones del País tiene características muy especiales; en la zona del Pacífico la accesibilidad es máxima, por contar con una red de carreteras que funcionaban todo el año; pero en la región Central y Norte las vías de comunicación se afectaba por el régimen de lluvias. En la zona Atlántica la alta dispersión que tiene la población y las pocas ó deficientes vías de comunicación terrestre dificultaba un sistema de comunicación y de atención en Salud eficaz durante la mayor parte del año; El área Malárica era del 100% de afectación en esta zona por sus condiciones ecológicas .

6.- PRESUPUESTO DESTINADO A SALUD.

La asignación presupuestaria para la Salud en Nicaragua hasta 1973 era de CS 94.000.000 millones de córdobas que traduciéndolo al cambio de esa época equivalía a \$13.428.571,43 (dólares). Dicho presupuesto correspondía a la sumatoria de las diferentes Instituciones de Asistencia Social y el Ministerio de Salubridad de Nicaragua y el Instituto de Seguridad Social INSS.

<i>Salubridad Pública</i>	<i>CS 38.000.000</i>
<i>Seguridad Social</i>	<i>CS 25.000.000</i>
<i>Hospital General</i>	<i>CS 13.000.000</i>
<i>Asistencia Social</i>	<i>CS 14.000.000</i>
<i>Sanidad Militar</i>	<i>CS 4.000.000</i>

TOTAL...CS 94.000.000 = \$13.428.571,43 (dólares)

En el Plan de Salud (76 – 80) se destinó el 37.8% del presupuesto del ministerio para la campaña de erradicación del paludismo a través del SNEM (Servicio Nacional de la Erradicación de la Malaria).

De 1973 a 1979 el financiamiento del exterior fue de: 29.7 millones de dólares¹⁰, distribuido de la forma siguiente:

<i>Ministerio de salud</i>	<i>19%</i>
<i>JNAPS</i>	<i>13%</i>
<i>JLAS</i>	<i>26%</i>
<i>INSS</i>	<i>40%</i>
<i>Servicios médicos Militares o de G N</i>	<i>26%</i>
	<hr/>
	<i>100%</i>

El perfil de atención a la salud de la población que ejercían estas instituciones era: La JNAPS (Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social) Desarrollaba programas de atención médica directa hacia enfermedades crónicas como: a) tuberculosis, b) lepra y c) enfermedades mentales. Otra función era supervisar también los Hospitales y Servicios Médicos del Seguro Social.-

¹⁰ Dirección General de Cooperación Externa MINSA (Ministerio de Salud) Nicaragua.

Las JLAS (Juntas Locales de Asistencia Social): Administraban los Hospitales Generales para la asistencia médica de la población .

El INSS (Instituto nicaragüense de Seguridad Social), cuya primera ley se aprobó en Nicaragua el 22 de diciembre de 1955, “Para la protección de los trabajadores asalariados contra las contingencias sociales de Enfermedades – Maternidad, Invalidez, Vejez, Supervivientes y Riesgos Profesionales” y que en la práctica implementó la atención médica a trabajadores asegurados y aseguradas, a sus hijos e hijas hasta los 2 años y en el caso del varón a su cónyuge en cuanto a gestación, parto y puerperio, además de subsidios y jubilaciones para los asegurados y aseguradas

El Servicio Médico de la Guardia Nacional consistía en la atención médica de recuperación del personal militar y sus familiares.

7.- LA COBERTURA DE LOS PLANES Y PROGRAMAS DE LA DECADA..

En 1973 el total de inmunizaciones fue de 898,612 equivalente a 0.4 dosis por habitante.

Para 1974 el total de consultas médicas del Ministerio de Salud fueron de 432,572 con una tasa de 0.02 consultas por habitantes por año a diferencia de 1973 donde hubo una pérdida del 10% de la producción de servicios de los centros de salud como consecuencia del terremoto de Managua de 1972.

Para 1976 de acuerdo Segundo Plan Nacional de Salud (76-80) la Cobertura Geográfica de la infraestructura física del Ministerio de Salud, puede estimarse en un 60%. En 108 Municipios del País que representaban el 85% del total ; hay 118 Centros de Salud debido a que en el periodo 1966- 1973 se construyeron 63 nuevos Centros de Salud, además de 13 Unidades Móviles rurales que refuerzan los servicios de algunas regiones del País.

Este Plan se proponía: a) Extender los Servicios de Salud al área suburbana, urbana, y rural, incrementando en un 50% la actual cobertura mediante el ofrecimiento de servicios básicos y mínimo. b) Obtener un aumento significativo de la productividad y eficiencia de los actuales servicios para mejorar la cantidad y calidad de las atenciones . c) Reforzar los mecanismos de participación comunitaria a nivel municipal y cantonal en las áreas no cubiertas por la infraestructura de Salud con el fin de garantizar los servicios promocionales primarios.. d) Desarrollar proyectos de infraestructura., e) Intensificar programas hacia enfermedades transmisibles vacunables, malnutrición , malaria y enfermedades respiratorias. f) -Mejorar el medio ambiente para reducir el riesgo de enfermar y morir. g)-Mejorar los servicios de estadísticas vitales tales como: Censos, Registros Civil, Muestras etc; con el fin de contar con instrumentos eficientes que nos permitiera medir los cambios esperados durante el periodo. Se desarrollaron en este quinquenio 76 – 80 los llamados programas de protección y fomento a la salud, tales como:

- *Saneamiento ambiental Urbano y Rural.*
- *Servicios de erradicación de la Malaria.*
- *Programa Materno – Infantil.*
- *Programa de Nutrición.*
- *Programa de Planificación Familiar.*
- *Programa de Morbilidad del niño, la madre, gestante o el adulto.*

Este Plan contenía también metas a lograr por ej: La esperanza de vida al nacer era de un promedio de 56.6 años para ambos sexos en el quinquenio (70-74) y se pretendió llevar a 61 años para hombres y mujeres.

-La Morbimortalidad Infantil, reducirla en un 30%; -La Mortalidad Infantil en niños de 1 a 4 años reducirla en un 40%.

-Reducir la Mortalidad Materna en un 30%.

- Incrementar y fortalecer programas de penetración comunitaria (PUMAR) para otorgar servicios al 30% de la población rural dispersa.

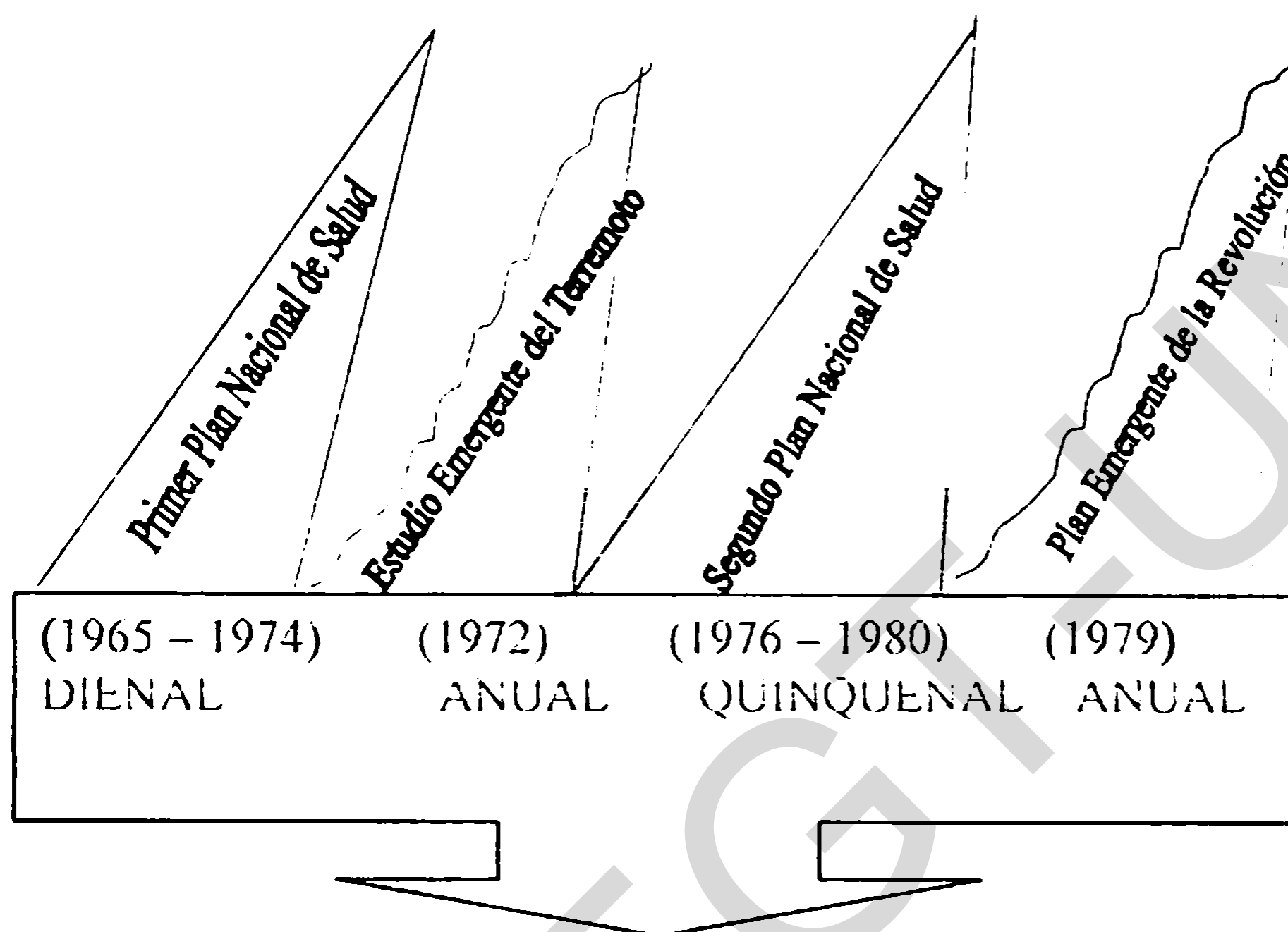
8.- PARTICIPACIÓN SOCIAL Y/O COMUNITARIA..

En el Documento correspondiente al Primer Plan Nacional de Salud (1965-1974) se lee textualmente: "Las Regiones de Salud son las dependencias descentralizadas del Ministerio ,responsables de acciones integradas de promoción, protección, y recuperación de Salud en una Región geográfica del País. Las Regiones de Salud están a cargo de un Director Regional de Salud que le corresponde coordinar en un plan único y armónico todas las acciones de Salud que se realicen en su jurisdicción y es el representante oficial del Ministerio de Salud Pública.

Para la implementación de este Plan el País fue dividido en tres Regiones: La Región # 1 comprendió ,Carazo, Chontales, Boaco, Granada, Managua, Masaya, Rivas, Río San Juan y Zelaya. Región # 2 incluía León y Chinandega, y Región # 3 abarcaba Estelí, Jinotega, Matagalpa, Nueva Segovia y Madriz.

En el segundo Plan Nacional de Salud 1976-1980 se establece como Meta: A).- Reforzar los mecanismos de participación Comunitaria a nivel Municipal y cantonal en las áreas no cubiertas por la infraestructura de salud. B).- Incrementar y fortalecer programas de penetración Comunitaria (PUMAR) Programa Unidades Móviles de Atención Rural. En ambos Planes prevaleció el enfoque tecnocrático de acuerdo a la que los objetivos y estrategias de los Planes fueron formulados por un grupo pequeño de profesionales sin la cogestión de la ciudadanía o de los usuarios.

9.- PLANES NACIONALES DE SALUD CORRESPONDIENTE A LA DECADA 70 – 79



Nota: *En esta primera década de nuestro estudio; se elaboraron 3 Planes Nacionales y el estudio de: "Costo de los daños ocasionados por el Terremoto de la capital Managua en 1972". De los 3 Planes Nacionales 2 son regulares y 1 es emergente. De los 2 regulares, el primero es para 10 años (1965 – 1974) y el segundo para 5 años (1976 – 1980). Esta primera década en estudio presenta dos rupturas socio políticas: a) la de 1972, causada por un Desastre Natural (terremoto) y b) la de 1979, originada por una Revolución Social.*

10.- ASPECTOS RELEVANTES ENCONTRADOS EN LOS PLANES NACIONALES DE SALUD EJES FUNDAMENTALES PARA EL ANALISIS

<i>Décadas (1970 – 1979)</i>	<i>Concepción</i>	<i>Política</i>	<i>Estrategias</i>	<i>Objetivos</i>
<p>1) Primer Plan Nacional de Salud para el Decenio(1965 – 1974) Aprobado por decreto No. 2 del 24/04/64 autor: Dr. Oronte Avilés Rueda</p>	<p>El Ministerio de Salud Pública, es la dependencia gubernamental encargada de las acciones integradas de Promoción, Protección y Recuperación de la salud.</p> <p>Sin embargo no abandona las acciones de reparación cuando se refieren a medidas de: control, tratamiento y consultas que la comunidad hacen en los centros de salud.</p> <p>El plan servirá de Marco de Referencia, para la implementación de todos los programas de salud que están bajo la responsabilidad del sector tanto los dirigidos a las personas como los que se dirigen a modificar el medio ambiente.</p>	<p>a) Fomento de la salud a través de la promoción en la higiene de la madre, el niño, el escolar, el adulto, la higiene mental y la educación nutricional.</p> <p>b) Protección de la salud por la vía del saneamiento ambiental: aguas, alimentos, excretas, insectos, mercados, basureros, mataderos y viviendas al igual que la protección por insecticidas, herbicidas y contaminación por plomo.</p> <p>c) Reparación de la salud dirigida a la Medicina Curativa, Hospitales, Dispensarios especializados y clínicas antituberculosis y antivenérea</p> <p>d) Organización y Administración de servicios generales: Instituto bacteriológico, escuela de enfermería, Banco de sangre, servicios de estadística y centros de adiestramiento.</p>	<p>Organización del sistema por niveles:</p> <p>A) Nivel Central o Nacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comité Nacional de Salubridad Pública - Consejo Técnico de Salubridad Pública - 6 Direcciones (entre ellas planificación y Evaluación. - 18 Departamentos Técnicos. <p>B) Nivel Regional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carazo, Chontales, Boaco, Granada, Managua, Masaya, Rivas, Río San Juan y Zelaya. 2. Chinandega y León. 3. Esteli, Jinotega, Nueva Segovia, Madriz, Matagalpa. <p>C) Nivel Local</p> <p>Son las estructuras basales ejecutivas del Ministerio de Salubridad Pública; encargada de las acciones de promoción, protección y recuperación de salud en su área de influencia respectiva.</p>	<p><u>General:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear una organización eminentemente técnica y administrativa, formativa y ejecutiva a nivel central y a nivel local que formule y ejecute los planes de salud. - Crear la dirección de planificación del Ministerio de Salud - Formular un Plan Nacional de Salud a largo plazo, compuesto de las siguientes partes: <ol style="list-style-type: none"> a) Planes Locales de áreas programáticas. b) Planes Nacionales verticales a nivel central . c) Planes de Adiestramiento. d) Planes de Investigación. <p><u>Específicos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. erradicación de enfermedades erradicables. 2. disminuir la prevalencia y

--	--	--

2) Estudio Diagnóstico para el año de 1972
“Costos de los daños ocasionados al sector salud por el Terremoto de Managua en 1972”

	<p>la incidencia de enfermedades reducibles.</p> <ol style="list-style-type: none"><u>3.</u> control de enfermedades no infecciosas.<u>4.</u> Atender la demanda de atención médica de los enfermos por medio de consultas y hospitalización.<u>5.</u> Incrementar la formación del personal técnico en salud.<u>6.</u> aumentar las expectativas de vida al nacer.<u>7.</u> Higiene de la madre, del niño, del escolar y del adulto.<u>8.</u> Mejorar el estado actual de la salud del pueblo de Nicaragua procurando así el bienestar económico y social de sus habitantes.

<i>Décadas</i> <i>(1970 – 1979)</i>	<i>Concepción</i>	<i>Política</i>
<p>3) Segundo Plan Nacional de Salud Para el Quinquenio 1976 – 1980</p>	<p>La salud es un derecho de todos los habitantes del país, sin distinción de credos, razas, clases y ubicación geográfica. En el mejoramiento de la salud en forma integral deben participar todas las instituciones del sector público y privado, así como también otras agencias reconocidas por el estado.</p>	<p>La unidad biológica – social básica del esfuerzo para mejorar la salud del pueblo debe estar identificada en la familia, centro del desarrollo social, la cual debe participar la forma activa para lograr su propio desarrollo, correspondiéndole al estado, apoyar y estimular el crecimiento de estos recursos potenciales en forma armónica e igualitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Extendiendo los servicios de salud al área Sub-urbana, Urbana y Rural. B) Obteniendo un aumento significativo de la productividad y eficiencia de los actuales servicios. C) Reforzando los mecanismos de participación comunitaria a nivel Municipal y cantonal en las áreas no cubiertas por la infraestructura de salud. D) Incrementando y fortaleciendo programas de penetración comunitaria para otorgar servicios del 30% de la población rural y dispersa. E) Desarrollando proyectos de infraestructura : 4 centros de salud, 18 centros de salud tipo I, 117 centros de salud tipo II, 150 puestos de salud y 15 unidades móviles.

<i>Estrategias</i>	<i>Objetivos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la cobertura de los servicios sobre todo en el área rural en cantidad y calidad. • Intensificar programas dirigidos a: enfermedades transmisibles, vacunables, malnutrición, enfermedades entéricas, respiratorias y malaria. • Establecer mecanismos de participación comunitaria, tendientes a reforzar los niveles de servicios promocionales primarias. • Mejorar el medio ambiente para reducir el riesgo de enfermar o morir. • Mejorar los sistemas de estadísticas vitales, censos, registro civil, muestras y de servicio con instrumentos eficientes que nos permitan medir los cambios esperados durante el período. 	<p><u>General:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Extender los servicios de salud al área urbana sub – urbana y rural. - Obtener un aumento significativo de la productividad y eficiencia de los actuales servicios. <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar los mecanismos de participación comunitaria a nivel municipal y cantonal en las áreas no cubiertas por la infraestructura de salud. - Incrementar y fortalecer programas de penetración comunitaria para otorgar servicios del 30% de la población rural y dispersa - Desarrollar proyectos de infraestructura: <ul style="list-style-type: none"> 4 centros de salud. 18 centros de salud tipo I. 117 centros de salud tipo II 150 centros de salud 15 unidades móviles.

<i>Décadas</i> <i>(1970 – 1979)</i>	<i>Concepción</i>	<i>Política</i>
<p>4) Plan Emergente al Triunfo de la Revolución Sandinista 1979. Para 1 año.</p>	<p>El Ministerio de Salud es el responsable para todo lo concerniente al Sistema Único de Salud, las tareas de salud se realizarán en un esquema de centralización normativa y descentralización ejecutiva basada en una estructura piramidal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los niveles de la organización se desarrollará un trabajo institucional, coordinado y colectivo. • Todas las actividades serán llevadas a cabo previa planificación o serán de tipo integral. • Para el cumplimiento satisfactorio de los programas es indispensable la decidida participación del pueblo en los mismos. • La organización de salud tendrá como características: El dinamismo y la flexibilidad que le permitan asimilar e incorporar los conocimientos y tendencias de los avances científicos y sociales. • Una aceptación de la interrelación existente entre salud y enfermedad con la estructura económica social, incrementando el control preventivo de las enfermedades, haciendo énfasis en la atención de grupos más vulnerables: niños, madres y población rural.

<i>Estrategias</i>	<i>Objetivos</i>
<p>Se establecieron 3 niveles jerárquicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel Central que incluyó: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales Nacionales. • Laboratorio Central de Medicina Preventiva. • Unidades Nacionales de formación de recursos humanos. • Otras Unidades Nacionales. 2. Nivel Departamental: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales Departamentales. • Laboratorio Departamental de Medicina Preventiva. • Unidades Docentes Departamento de formación de Recursos Humanos. • Otras Unidades Departamentales. 3. Niveles de Áreas de Salud: <ol style="list-style-type: none"> a) Comunidades de 20 a 30 mil habitantes. b) Centros de Salud de Atención Médica Integral. c) Atención Médica Integral Preventiva y Curativa. 	<p><u>General:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Brindar una atención óptima al pueblo en todas las unidades del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS). <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Brindar atención precoz, periódica, continua y completa a las embarazadas, grupos de alto riesgos obstétrico. - Brindar a las mujeres educación individual sobre higiene y cuidado del embarazo y anticonceptivos. - Controlar la salud de los niños desde le recién nacido, de 1 a 11 meses, de 30 días y el de 1 a 5 años, captando a los de alto riesgo al nacer. - Dar atención médica periódica a las madres respecto a: Inmunizaciones, parásitos intestinales y lactancia materna. - Incrementar la educación popular en la salud del niño

- | | |
|--|--|
| <p>d) Puestos de Salud y Unidades móviles.</p> <p>c) Centros de Salud y sus dependencias.</p> <p>f) Unidades de Salud Revolucionarias.</p> | |
|--|--|

UDID-DEGT-UNAH

DECADA: 80 - 89

1. CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y POLITICO

Es la década de la Reestructuración del Sistema Capitalista mundial en la que se produce un corte entre el capitalismo de reformas anterior y un nuevo capitalismo extremo y desnudo. Las economías latinoamericanas transitan por procesos de ajuste estructural para reorientar sus procesos nacionales hacia los mercados externos en una lógica de mercado y exclusión social¹

Con la "Crisis de la deuda", a partir de 1982, organismos como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial empezaron a plantear abiertamente la necesidad de un ajuste estructural del "cambio de estructuras". Todas las presiones derivadas de las sucesivas renegociaciones, fueron fundamentales para la imposición de políticas de ajuste estructural a pesar de la oposición de diversos sectores sociales y hasta de algunos gobiernos como plantea F. Hinkelammert² se trataba de un cambio que postergaba las tareas del desarrollo del continente en función de una radicalización del capitalismo, para sustituir al capitalismo intervencionista y organizado de los 50 y 60 por un capitalismo desnudo y antisocial.

Desde los años 80 se caracteriza a la región como de una economía en crisis y más recientemente en proceso de recuperación; también fue denominada "Década perdida" respecto al crecimiento económico en ésta década, el producto interno bruto real se estancó en 1.1% como promedio mientras que en la década de los 70 habrá crecido en 6% en nivel promedio. Entre 1980 -83 el PIB regional cayó a su máximo nivel entre 2 y 3%. En términos per cápita, en esta década el crecimiento real decayó considerablemente.

Los costos sociales de las políticas de estabilización y ajuste que se dieron durante la década de los 80 y continuaron hasta los 90, se evidencian con el crecimiento enorme de la pobreza en la región; según CEPAL³ en 1980 cerca de 112 millones de latinoamericanos vivían en la pobreza extrema, es decir cerca del 35% de las familias; en 1986 aumentó a 164 millones o sea un 38% y para 1989 se estimó en 183 millones, lo que representa más de la mitad de las familias.

En Nicaragua la medición de la pobreza es un asunto de preocupación relativamente reciente. A partir de los esfuerzos que han realizado organismos internacionales como CEPAL en las décadas pasadas recién en 1985 a través de la encuesta socioeconómica en Nicaragua (ESDENIC-85) se hizo el primer esfuerzo gubernamental para medir la pobreza a partir de 4 indicadores que dieron indicaciones sobre el grado de satisfacción de las necesidades básicas (acceso a servicios básicos, baja educación, hacinamiento y dependencia económica).

La economía nicaragüense tiene sin embargo una serie de particularidades que hacen especialmente difícil lograr niveles de gasto social básico satisfactorio, ejemplo: Entre 1982 y 1989 el gasto social alcanzó entre el 18 y el 24% del total, en cambio para 1990 - 1997 se elevó por casi 10 puntos alcanzando un 33% del gasto total para fines sociales en términos per

¹ Prólogo de Franz J. Hinkelammert en el libro: "Pobreza y Desarrollo Social en México 1982 - 1994". De Maria Arcelia González Butrino. Michoacán México. CEMIF A.C. 1999.

² Hinkelammert Franz. La deuda externa de América Latina. El automatismo de la deuda. Eds. DEI. San José, Costa Rica, 1990. pág.

³ CEPAL. Transformación Productiva con equidad, la tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años 90. Eds. CEPAL. ONU. Santiago de Chile, 1990. pág. 36.

cápita el gasto social pasa de US\$ 109 en 1982 a menos de US\$ 54.5 para 1988 para ubicarse luego en su punto más bajo que llegó a los US\$ 38 dólares; esta situación logró mejorarse hasta en 1994 alcanzando los US\$ 64 dólares por habitante.

Por ello podemos afirmar que el país sufrió de una contracción económica o estancamiento a lo largo de la segunda parte de la década de los 80.

La pobreza en Nicaragua según el método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) para 1985 presentó las cifras siguientes:

<i>Hogares pobres</i>	<i>30.6%</i>
<i>Extrema pobreza</i>	<i>38.8%</i>
<i>Total hogares en Pobreza</i>	<i>69.4%</i>
<i>Hogares no pobres</i>	<i>30.6%</i>
<i>Total</i>	<i>100%</i>

2.- DETERMINANTES DE LA SALUD

Hasta 1979 en Nicaragua el Sector Público de Salud se encontraba fragmentado en 19 Instituciones que brindaban servicios de salud. Las más importantes eran : El Ministerio de Salubridad Pública, Las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) , La Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), El Instituto Nicaraguense de Seguridad Social(INSS) y los Servicios Médicos de la Guardia Nacional.

En los años 50, la oferta de servicios de salud basada en la coexistencia de consultorios privados y hospitales públicos se hizo insuficiente, razón por la cual surgió el Seguro Social, que construyó su propia infraestructura de hospitales y centros de atención primaria y absorbió personal del sector privado dando cobertura a una parte de los trabajadores estatales. Estos fueron los primeros pasos hacia la masificación de la salud.

El resto de la población recibía atención médica a través de las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS), que eran organizaciones asociativas locales que administraban los servicios a nivel departamental y la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), que era una estructura gubernamental que coordinaba las JLAS y el Seguro Social. El Ministerio de Salud asumía la vacunación y otras acciones antiepidémicas. Coexistían servicios médicos de la Guardia Nacional cuya cabeza era el Hospital Militar.

En 1977, un proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, planteó la necesidad de desarrollar una red de atención primaria, consistente en centros y puestos de salud a nivel nacional. En 1979, en el marco de las transformaciones que vinieron aparejadas al cambio de sistema político, se efectuó una reforma sanitaria que tuvo dos ejes principales: la ampliación de la cobertura, apoyado en el proyecto del BID y la creación del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) el 8 de agosto de 1979. En el Estudio sobre la Situación de Salud de las América, capítulo de Nicaragua (1985 – 1988) respecto al SNUS en su Capítulo II sobre “El

desarrollo de la infraestructura del sistema de salud” refiere : Que consistió en modificar la fundamentación jurídico – institucional y legal del Sistema de Salud lo que permitió crear y desarrollar el SNUS y su órgano rector el Ministerio de Salud (MINSA), de acuerdo a esas modificaciones el MINSA tiene la facultad de ejercer el papel de conductor del SNUS lo que implica desde la formulación de políticas de salud hasta el desarrollo de las actividades en salud con la participación de la sociedad en su conjunto como co responsable de su bienestar.

En una primera etapa, la construcción del SNUS estuvo centrada en la articulación y reorganización de las instituciones y servicios públicos, cuya racionalidad no era coherente con los propósitos y objetivos que se pretendían alcanzar a corto y mediano plazo.

Producto de dicho proceso todos los aparatos institucionales que existían pasaron a ser parte integrante del MINSA, al mismo tiempo que fueron abscritos a éste todos los servicios públicos incluyendo los servicios médicos de la seguridad social; los que se organizaron a partir del modelo de regionalización y jerarquización de los servicios de salud. De tal manera que el MINSA quedó estructurado en 3 niveles político – administrativos: central, regional y local, lo que facilitó el desarrollo de su papel rector para atender la deuda sanitaria que había dejado el régimen anterior.

Al mismo tiempo fueron reorientados los servicios hospitalarios los que antiguamente combinaban un modelo de práctica caritativa con prácticas privadas, éstos pasaron a funcionar bajo una lógica que asegurara el acceso equitativo de la población y fueron regidos por esquemas administrativos que permitieran la eficiencia y eficacia de los mismos. Lógicamente esto requirió de la asignación de recursos financieros cuya fuente principal pasó a ser el presupuesto general de gastos de la república, al que agregaron aquellas fuentes de financiamiento externo que como préstamo o donación.

En este proceso, la infraestructura y personal de las Juntas Locales de Atención en Salud del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, se pasó al Ministerio de Salud, que asumió funciones de administración de los recursos, normación, determinación de políticas y prestación de servicios a toda la población a través de una red de unidades organizadas por regiones. Se centralizó la compra de fármacos mediante la creación de una empresa que realizaba las licitaciones correspondientes y abastecía al sector público y a una parte del privado.

Este proceso de concentración de recursos y la política de gratuidad permitió al Estado convertirse, en pocos meses, en el principal oferente a nivel nacional, relegando a un segundo plano las prestaciones directas, privadas y estatales; asimismo, fueron absorbidos los servicios de salud del Seguro Social, el cual continuó con la recolección de las cotizaciones obligatorias.

Como producto de la rápida expansión del sistema, se triplicó la matrícula en las universidades, se enviaron estudiantes al extranjero y durante los dos primeros años de la década de los 80, se solicitó la colaboración internacional para cubrir las necesidades de personal que planteaban las políticas de salud de esa etapa.

La situación de guerra de esos años fortaleció el Sistema de Atención Médica Militar, el que a mediados de los 80 contaba con varios hospitales de campaña operados por personal médico militar.

A pesar de los esfuerzos por descentralizar la prestación de servicios de salud hacia las regiones dejando a nivel central la regulación y el control, este modelo no logró superar la inequidad en la distribución de los recursos entre las diferentes regiones.

En este sentido, no se logró la coordinación entre los servicios de primer nivel y los hospitalarios, no hubo correspondencia entre la oferta y la demanda de servicios de la población y la participación ciudadana fue insuficiente. Estos fueron los elementos que caracterizan dicho modelo.

Los servicios del Sector Público estaban dirigidos esencialmente a la atención curativa en unidades de salud y hospitales . Existía un programa de inmunizaciones dirigido únicamente al control de la polio, difteria, pertussis y tétano con cobertura principalmente urbana.

El INSS prestaba atención a trabajadores en dos Policlinicas de Managua (Central y Occidental) y contaba también con dos Hospitales (en los Departamentos de Managua y León). La cobertura de estos servicios estaba concentrada en la zona del Pacífico, estimándose para 1978 una población beneficiada del 3% de la población del País.

La Medicina Privada que en 1977 se estimó en 700 Médicos en ejercicio a tiempo parcial o completo.⁴

En 1979 El Gobierno Revolucionario se encuentra con una situación sociopolítica nueva y ante un sector de salud disperso; por lo que inicia un proceso de reorganización orientado a constituir el Sistema Único de Salud bajo la coordinación del Ministerio de Salud; que consistió en adscribir a dicho Ministerio todos los servicios de salud de las Juntas nacionales y locales , los del Seguro Social y los del mismo Ministerio, igualmente los Militares pasaron a ser incorporados a este Sistema Único, también se incluyó en esta unificación los recursos humanos y materiales lo mismo que la red de servicios para darle un sentido de integralidad. Esta integralidad se basó en cinco principios:

- 1.- La salud es un derecho del pueblo y un deber del Estado*
- 2.- Planificación de las acciones*
- 3.- Integración de lo preventivo con lo curativo*
- 4.- Accesibilidad de la Salud para la población*
- 5.- Participación popular*

El INSS (Instituto nicaragüense de Seguridad Social) se convierte en INSBI (Instituto nicaragüense de Seguridad y Bienestar Social) para atender Programas eminentemente de invalidez, jubilaciones y muertes que anteriormente ya tenía el INSS pero además asume otros programas sociales como: niños huérfanos , niños trabajadores y niños de la calle, programas de: ancianos, prostitutas, drogadictos, y de adolescentes transgresores pero no se asume en este Ministerio lo que concierne a la salud ya que será únicamente responsabilidad del Sistema

⁴ Dr. Gustavo Porras ,Médico dirigente de FETSALUD. Entrevista "La Salud en la Revolución

Único de Salud.⁵ A partir de este Sistema pasa a regionalizarse la Administración y la prestación de los servicios, y es así como en los niveles administrativos se crean: a).- las áreas de salud, b).- las regiones y c).- el nivel central. Las Áreas de salud jerarquizan a los Centros de Salud, las Regiones jerarquizan a los Hospitales y luego venía la Red de Puestos de Salud.

La seguridad social durante esta década logra un proceso organizativo de beneficios sociales para sus asegurados de la siguiente manera:

	1980	1985	1986	1987
Asegurados cotizantes	146.400	289.800	303.600	314.200
Población protegida	520.500	1.030.300	1.078.700	1.230.500
Cobertura asegurados de Población ocupada	16.8%	27.7%	27.9%	28.3%
Cobertura población protegida de población total	19%	31.5%	30.8%	35.2%
Pensiones vigentes	16.000	49.400	54.500	60.500

Fuente: Situación de Salud de las Américas. Ministerio de Salud, República de Nicaragua. 1985-1988.

Para asegurar la asistencia y bienestar social el gobierno requirió de nuevas fuentes de financiamiento, tanto a lo interno como del exterior del país, ya que la fuente tradicional (porcentaje del salario trabajador, aporte del empleador y la del Estado) sería insuficiente, tomando en cuenta la extensión alcanzada en este periodo.

A pesar de haberse incrementado en un 218% el volumen de cotizantes para 1987 en relación a 1980 también se incrementó en un 378% el volumen de beneficiados con pensiones, lo que da una idea de los gastos que tuvo la seguridad social en los últimos años.

La nueva lógica de la Seguridad Social en Nicaragua en esa década transfirió los aspectos médicos asistenciales fueron transferidos al Ministerio de Salud; sin embargo por el contexto de agresión que vivió el país en esa década, ésta volvió a asumir algunos roles relacionados con la asistencia médica principalmente cuando se trataba de los lesionados o discapacitados por la guerra.

3.- OTROS INDICADORES DE SALUD.

Durante el primer quinquenio de esta década (1980-1985) todos los indicadores de salud fueron mejorando manteniéndose hasta 1988.

A partir de 1985 comienzan a aparecer las enfermedades crónicas degenerativas y las infectocontagiosas a lo que se le llamó transición epidemiológica, con la guerra se llegaron a registrar hasta 14.000 anuales de las que 1.5000 eran exclusivamente de la guerra misma.⁶

⁵ Dr Julio Zapata Sobalvarro, Médico, especialista en Salud Pública. Funcionario del MINSa de 1970 a 1999. Informante Clave.

⁶ Dr Zapata Sobalvarro. Idem.

Terminada la guerra apareció un fenómeno sociodemográfico; la mortalidad y los nacimientos comenzaron a descender de las variables del crecimiento poblacional, la reducción de la mortalidad es el componente demográfico que ha tenido más impacto sobre el tamaño y composición por edades de la población. En Nicaragua la disminución de la mortalidad ha estado asociada a la incorporación de los adelantos en la medicina mundial como:

- Introducción de nuevos productos químicos farmacéuticos .*
- Las vacunas y prevención de las enfermedades sobre todo infectocontagiosas.*
- Disponibilidad de Servicios Médicos Asistenciales*

Por ello la esperanza de vida al nacer experimentó un sustancial aumento de 24 años en las últimas cuatro décadas como producto principalmente de la reducción de la mortalidad infantil. A pesar de este progreso Nicaragua en esta década seguía teniendo una de las expectativas de vida más bajas del contexto Latinoamericano. No obstante a pesar del descenso experimentado por la mortalidad a nivel nacional persisten aún contrastes significativos por grupos de edad, sexo, áreas de residencia y estratos sociales, tanto en la mortalidad infantil como en la mortalidad general.

La mortalidad infantil ha continuado reduciéndose y la esperanza de vida al nacer relevándose, aún en los recientes periodos de conflicto armado y de crisis económica . Y es así como se estima que la mortalidad infantil ha venido descendiendo de 173.2 defunciones por mil nacidos vivos en el quinquenio 1950-1955 a 52.3 defunciones por mil en el quinquenio 1990-1995.

Al inicio la disminución de la mortalidad infantil se concentró en los grupos con mejores condiciones socioeconómicas y una tasa nacional con limitados descensos. Sin embargo en esta década, esta brecha si bien continúa siendo significativa se ha estado reduciendo como efecto entre otros factores por una creciente cobertura de los servicios de salud. En 1985 se estimó que los niños nacidos en el área rural representaban un 46% y de ellos el mayor riesgo de morir era de un 98: por mil, lo que pone de manifiesto las desigualdades de las condiciones socioeconómicas que venían imperando.

La diferencia en los índices de mortalidad infantil está asociada al nivel de instrucción de la madre. A principio de la década de los 80 variaba entre 29 defunciones por mil nacidos vivos de madres con educación secundaria completa o superior y 73 defunciones/ por mil de madres sin ningún nivel de educación.

4.- INFRESTRUCTURA PARA LA SALUD.

Una de las primeras medidas que se tomó al triunfar la Revolución Nicaragüense en julio de 1979, consistió en modificar la fundamentación jurídico – institucional y legal del Sistema de Salud, lo que permitió crear y desarrollar el sistema Nacional Único de Salud (SNUS) y su órgano rector el Ministerio de Salud (MINSa).

A partir de esta modificación; la ley creadora de los Ministerios de Estado y la ley creadora del SNUS facultan al MINSa para ejercer el papel de conductor del SNUS lo que implicaba desde la

formulación de políticas de salud hasta el desarrollo de las actividades en salud con la participación de la sociedad como corresponsable de su bienestar.

La construcción del SNUS, en su primera etapa estuvo centrado en la articulación y reorganización de las instituciones y servicios públicos, pues cuya racionalidad no era coherente con los propósitos y objetivos que se pretendían alcanzar, en este proceso todos los aparatos institucionales relacionados con la salud pasaron a ser parte integrante del MINSA, igualmente fueron adscritos a éste todos los servicios públicos de salud incluyendo los servicios médicos de la seguridad social, los que se organizaron a partir del modelo de regionalización y jerarquización de servicios de salud.

De esta manera el MINSA quedó estructurado en tres niveles político – administrativo: a) Central, b) Regional y c) Local, lo que facilitó el desarrollo de su papel rector y la atención a la deuda sanitaria heredada por el régimen anterior.

Desde la perspectiva programática fue necesario transformar la organización de las actividades, lo que se expresó en el desarrollo de nuevos programas con orientación integral, que comenzaron a ser implementados por los niveles operativo de los servicios en cuya ejecución comenzó a ser involucrada la población de forma masiva y organizada.

En el Plan Nacional de Atención Médica de 1980, y que se elaboró a continuación del Plan Emergente de 1979 en cuanto a Metas contempla:

- 1.- Mejorar la Planta Física en un 100% de los Hospitales de la capital Managua.*
- 2.- Mejorar la Planta Física en un 42% de los Hospitales Departamentales*
- 3- Poner en operación 100% de los Centros de Salud*
- 4.- Abrir 100 Farmacias Populares en todo el País*
- 5- Abrir casas de Maternidad en zonas alejadas a Hospitales y Centros de Salud.*

5.- ASPECTOS SOCIO DEMOGRAFICOS

Para 1988, la población nicaragüense se calculó que era de 3,621,600 habitantes; con una tasa de fecundidad global de 5.5; la misma tiene una contribución especial herógena producto de la dinámica económica – política y social de las últimas décadas; la que presentamos a continuación:

1984	1985	1986	1987	1988
3,165.1	3,272.1	3,384.4	3,501.2	3,621.6

Fuente: INEC. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos 1988.

De acuerdo a la información anterior y considerando la extensión del territorio que es de 120,349 Km², la densidad poblacional osciló en el período de 27 habitantes por Km² en 1985 a 30 habitantes por Km² en 1988.

El proceso migratorio del país en esta década, hizo que la capital Managua se convirtiera en área de alta inmigración por la situación de guerra que estaban viviendo las regiones del Norte

y Centro del país; siendo éstas las principales expulsoras de población que emigró hacia Managua.

Por otra parte según estimaciones de INEC - CELADE, en 1985 el 57.24% de la población era urbana y se calcula que se incrementó a 60.4% al finalizar el quinquenio. Así mismo para 1987 la distribución por sexo era del 50% para mujeres y 50% para hombres con una mínima diferencia a favor de estos últimos. Sin embargo, existe un mayor porcentaje de mujeres en la zona urbana 51.60% la que se mantendrá hasta el final del quinquenio; siendo inverso en las zonas rurales, donde el predominio masculino es de 52.13%.

En relación a los grupos de edad, la población nicaragüense es muy joven ya que prácticamente el 46.23% de la población es menor de 15 años.

La esperanza de vida al nacer, a lo largo de la década se comporta de la forma siguiente para ambos sexos:

1980	1981	1982	1983	1984
59.8 años	58.8 años	59.8 años	59.8 años	59.8 años

La mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos

98.2	88.2	80.2	75.2	71.5
------	------	------	------	------

6.- PRESUPUESTO DESTINADO A LA SALUD

En los Planes Nacionales de Salud se contemplan siete lineamientos de políticas orientados al acertado manejo del Presupuesto del Sistema de Salud:

- 1.- Lineamientos de Políticas para la producción de servicios respecto a:
 - Priorización de la Atención Primaria.
 - Garantizar cobertura de acuerdo al crecimiento poblacional.
 - Formación de brigadistas por cada familia.
 - Desarrollar educación popular en salud.
 - Impulsar el desarrollo de la legislación sanitaria.
 - Elaboración del código de ética del trabajador de salud.
- 2.- Lineamiento de políticas para el consumo de abastecimiento técnico material.
- 3.- Políticas para la fuerza de trabajo y salario.
- 4.- Lineamientos para el desarrollo científico – técnico.
- 5.- Lineamientos de políticas inversionistas.
- 6.- Políticas presupuestarias y de financiamiento.
- 7.- Políticas de organización y gestión.

El porcentaje del Presupuesto Nacional para los gastos en salud:

1980	1981	1982	1983	1984
11%	11%	13%	14%	14%

Gastos per cápita en córdobas

257 394 408 488 585

7.- LA COBERTURA DE LOS PLANES Y PROGRAMAS DE LA DECADA

Con la implementación del Sistema Único de Salud, en 1980 se extendió la cobertura la atención era continua, la puerta de entrada al sistema era el Puesto de Salud, por allí iniciaba su ingreso el paciente, si no se le podía dar respuesta allí luego pasaba al Centro de Salud y si allí no había respuesta pasaba al Hospital Regional, si no pasaba al Hospital Nacional y si era necesario se le enviaba al exterior porque habían convenios con países amigos y solidarios.

En cuanto a los asegurados siguieron cotizando y si necesitaban atención en salud se les atendía en el Sistema Único en cualquier Centro u Hospital que así lo deseara. Hubo falla de control al respecto, ya que el que tenía capacidad de pago y no era asegurado no pagaba ni por una operación u otro tipo de atención cara, pues hubo casos de población con elevados recursos económicos que se aprovecharon de las bondades de este Sistema y en cambio la clase media y baja que si cotizaba, no aprovechó estos servicios.

A través de esta extensión de cobertura se crearon Puestos de Salud donde nunca antes habían existido ,con el objetivo de expandir la prestación de servicios. Los niveles administrativos funcionaron de la manera siguiente: El área de Salud administraba todos los servicios de su territorio; el Hospital se administraba él solo; la sede Regional administraba los hospitales y Centros de Salud y luego el MINSA Central garantizaba las Regiones. Visto así tenía un funcionamiento piramidal en cuanto a la administración . Si lo analizamos por la prestación de servicios tenemos: la Atención Primaria, la Atención Hospitalaria y la Atención Nacional. Es decir se organizó una estructura bien definida con delegación clara de funciones a todos los niveles. El nivel Central era el estratégico, el que elaboraba las Políticas, los Planes, los Programas y las Normas. El nivel Regional era el táctico, el que garantizaba la aplicación de esas Políticas, de esos Planes , Programas y las Normas en el territorio, en el Hospital. Y el Centro de Salud era el que ejecutaba esas Políticas, Planes ,Programas y Normas.

En este periodo se iniciaron campañas masivas nacionales de vacunación con una masiva participación de la población, se hizo énfasis en la prevención y la atención integral, se expandió la cobertura haciendo más accesibles los servicios en zonas urbanas y rurales para tratar de resolver el problema de la inequidad.

En 1985 Nicaragua recibe una distinción por tener el mejor Modelo de Atención en Salud de América Latina; dicho reconocimiento fue otorgado por UNICEF⁷.

En el Plan Nacional de Atención Médica de 1980 contempla la priorización de dos grandes Programas:

⁷ Dr Zapata Sobalvarro.Idem

- a).- *Mejoramiento de la Atención y Aumento de la Cobertura en términos de brindar una atención óptima al pueblo en todas las Unidades del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS).*
- b).- *Atención integral a la Mujer expresado en:*
 -*Brindar atención precoz periódica, continua y completa a la embarazada, grupos de alto riesgo obstétrico (ARO) brindando educación individual sobre higiene y cuidados del embarazo y sobre anticoncepción.*
- c).- *Darle 3 consultas por año a 60.000 embarazadas equivalente a un 55% del total.*
- d).- *Remitir 100% de los casos ARO al especialista igual a 12.000 por año.*
- e).- *Atender el 100% de los partos ARO institucionalmente.*
- f).- *Dar una consulta de control a cada puerpera igual a 60.000 consultas.*
- g).- *Brindar orientación sobre métodos anticonceptivos al 100% de las mujeres que lo soliciten igual a 60.000 consultas por año.*
- h).- *Brindar 1 consulta ginecológica al 30% de las mujeres en edad fértil igual a 150.000 consultas /por año*
- i).- *Controlar el VDRL al 100% de las consultantes por embarazo, anticonceptivos, y consulta ginecológica a mujeres mayores de 15 años.*

8.- PARTICIPACION SOCIAL Y/O COMUNITARIA.

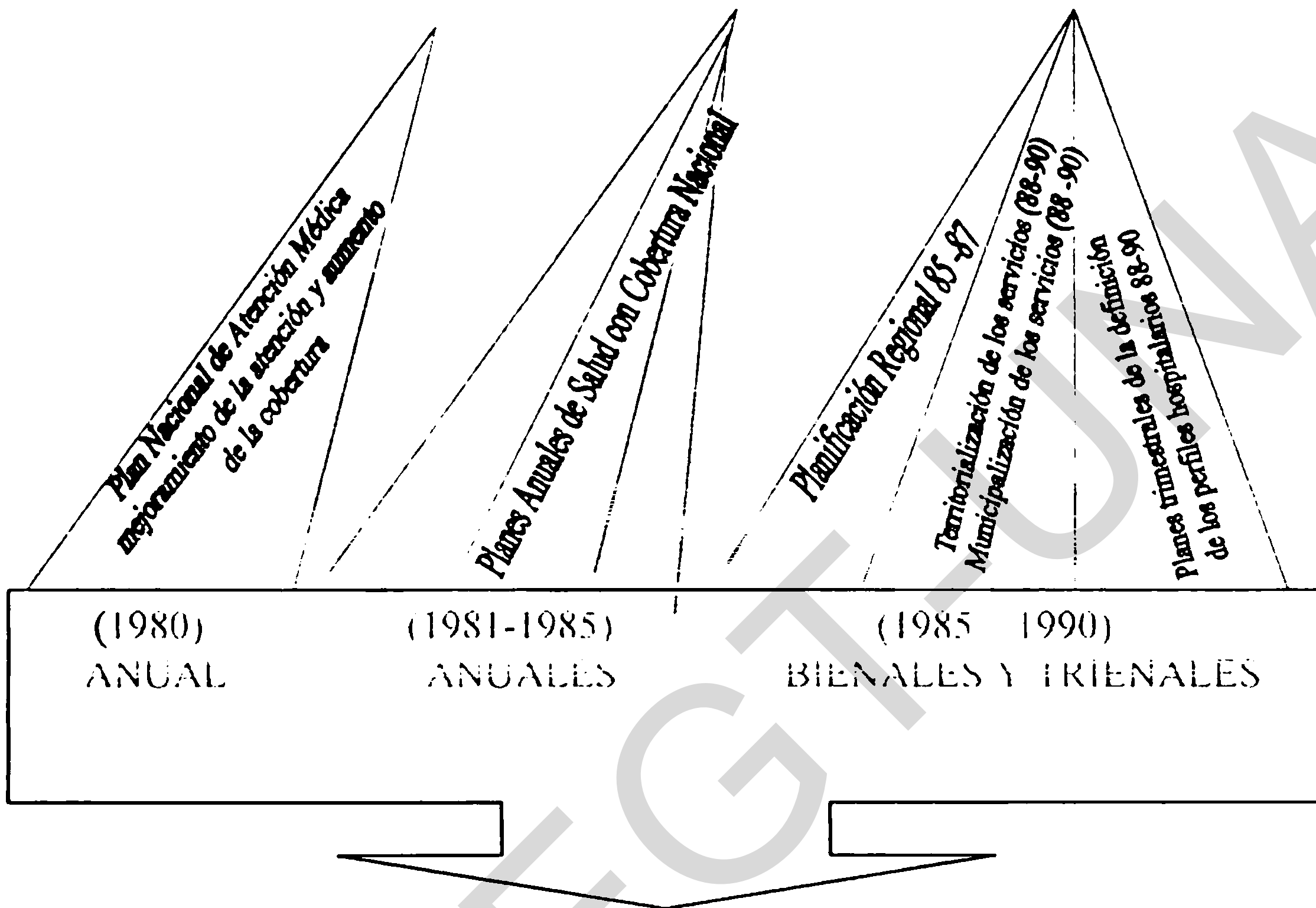
Un elemento fundamental que facilitó el proceso organizativo del SNUS al inicio de ésta década 1980 fue la participación social, la que de manera organizada y continua estuvo íntimamente vinculada tanto al diseño y formulación de la política de salud así como en su ejecución pasando por el proceso de administración de los recursos en las distintas instancias de decisión que se organizaron para este fin.

Durante esta misma década el pueblo organizado y el Gobierno Revolucionario hicieron esfuerzos por garantizar a través de diferentes programas las actividades del Plan Integral en el área de la salud, que basó su trabajo en el terreno o en el entorno socio ambiental a través de tres recursos humanos fundamentales: el personal de enfermería, los y las brigadistas populares de salud que fueron capacitados en organizaciones masivas a nivel nacional, y las parteras empíricas que fueron adiestradas en el 100% de las que venían trabajando a lo largo y ancho del territorio nacional.

En este contexto de altos niveles de participación popular fueron enfocados los Planes anuales bienales y trienales, por lo que podemos calificar esta planificación de tipo participativa. (De acuerdo a Teoría de Droogleever).

Se llegó al extremo de formar un brigadista de salud por cada familia nicaragüense.

9.- PLANES NACIONALES DE SALUD CORRESPONDIENTE A LA DECADA 80 - 89



10 - ASPECTOS RELEVANTES ENCONTRADOS EN LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS
EJES FUNDAMENTALES PARA EL ANALISIS

<i>Décadas (1980 – 1989)</i>	<i>Concepción</i>	<i>Política</i>	<i>Estrategias</i>	<i>Objetivos</i>
<p>Plan Nacional de Atención Médica. Para 1 año. 1980</p>	<p>Mejoramiento de la atención y aumento de la cobertura, brindando una atención óptima al pueblo en todas las unidades del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS). “La salud es un derecho del pueblo y una responsabilidad del Estado y el pueblo organizado. La puesta en práctica de este principio condujo a la implementación de las siguientes políticas en el sector salud:”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una concepción propia de la equidad basada en la gratuidad de los servicios y el aumento de la cobertura de atención en las zonas históricamente postergadas. • La configuración de un Sistema Nacional Único de Salud, capaz de conducir de una forma ordenada, los esfuerzos del Estado y la sociedad en general del sector. • La implementación de acciones de planificación con el fin de asegurar la coherencia interna del sistema, a través del establecimiento de prioridades, definición de estrategias y la creación de mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones. • El impulso de participación organizada de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud en todos los niveles. • La incorporación de mecanismos dirigidos al estímulo del ejercicio social de la práctica de la salud, mediante el establecimiento del servicio social en todas las carreras y el desestímulo a la práctica privada de la medicina. • La masificación y diversificación de la enseñanza del empleo a todos los egresados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar planta física en 100% de los hospitales de Managua y de 42 hospitales departamentales. ▪ Publicación de una Revista mensual de información popular. ▪ Poner en operación 100% de los centros de salud. ▪ Abrir 100 farmacias populares en el país. ▪ Brindar atención integral a la mujer, madre y embarazada a través de la atención precoz, periódica, continua y completa. ▪ Brindar educación individual sobre higiene, cuidados del embarazo y anticonceptivos. ▪ Evaluación del Plan: mensual, trimestral y anual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la salud de los niños, recién nacidos, de 1 a 11 meses, de 30 días y el de 1 a 5 años captando a los de alto riesgo al nacer y dándoles atención médica periódica respecto a: inmunizaciones, parásitos intestinales y lactancia materna. A la vez de incrementar la educación popular en salud del niño.

<i>Décadas (1980 – 1989)</i>	<i>Concepción</i>	<i>Política</i>	<i>Estrategias</i>	<i>Objetivos</i>
<p>Plan de Salud 1981 Está comprendido en el Documento “El Sistema Nacional Único de Salud: Tres años de Revolución 1979 – 1982”. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. “Año de la unidad frente a la agresión”. 1982.</p>	<p>En el programa histórico del FSLN presentado al pueblo nicaragüense en 1979 se definía como compromiso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prestar asistencia médica gratuita a toda la población ▪ Instalar clínicas y hospitales en el territorio nacional ▪ Empezar campañas masivas para erradicar las enfermedades endémicas y prevenir las epidemias <p>Y es así que el 8 de agosto de 1979 la J.G.R creó al SNUS; como instrumento para cumplir el programa revolucionario de elevar en forma sustancial el nivel de salud y bienestar del pueblo, eliminando las estructuras cuadrónicas que obstaculizaban el desarrollo del progreso revolucionario en el campo de la salud. .</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 - La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado y del pueblo organizado. 2 - Los servicios de salud serán accesibles para toda la población. 3 - Los servicios de salud deben ser integrales. 4 - El trabajo en salud debe realizarse en equipos interdisciplinarios. 5 - Las actividades de salud deben ser planificadas. 6 - La comunidad debe participar en todas las actividades de salud. 7 - La organización de los servicios de salud debe tomar en cuenta la regionalización y las áreas de salud 8 - La planificación debe ser el instrumento científico en la conducción y desarrollo del SNUS. 9 - La formación de recursos humanos debe ser el elemento necesario para el desarrollo de los servicios de salud; incrementando la conciencia sanitaria de nuestro pueblo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nivel de Áreas de salud: lo constituyen las unidades básicas del sistema desde el punto de vista geográfico, poblacional y de servicios. Cada área de salud tiene: <ul style="list-style-type: none"> - Una extensión geográfica variable según su carácter urbano rural, vías de comunicación, distribución de los servicios, densidad poblacional y de las características del medio ambiente. - Una población que varía entre 15 a 80 mil habitantes, también en función de: variable urbano/rural, accesibilidad, distribución de los servicios. - Un centro de salud que dispone de: médico, enfermeras auxiliares, inspectores sanitarios. <p>De tal forma que la estructura del área de salud es un centro de salud relacionado a una constelación variable de PS. Los Puestos de Salud (PS) tienen una estructura física definida como también pueden instalarse en una casa, escuela o una instalación provisional. En el centro de salud está la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Organizar los Comité de Protección de los bienes y servicios del pueblo. 2) Velar por el desarrollo integral de las áreas de salud. 3) Atender la formación de recursos humanos en salud. 4) Promover la investigación en salud. 5) Organizar las Jornadas Populares de Salud. 6) Organizar el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEV). 7) Atender la higiene y salud escolar. 8) Cuidar la higiene del medio. 9) Garantizar la atención materno - infantil

<p>administración de las Áreas de Salud dependiendo de la dirección regional.</p>	
---	--

<p>En las áreas rurales de difícil acceso los centros de salud disponen de 10 a 50 camas principalmente para la atención de la madre y el niño.</p>	
---	--

7. utilizar al máximo la capacidad instalada y los recursos disponibles a través de la productividad y eficiencia, en un marco de austeridad, aumentando así la extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud para nuestro pueblo.

-
-
-
-
-

UD-DEGT-UNVA

<p>técnicos becados al exterior de acuerdo a los planes de desarrollo.</p> <p>Elaborar el 1er Plan Trienal de Salud 1983/1985.</p> <p>Establecer convenios para la Cooperación Técnica Internacional según el Plan de Desarrollo del MINSA.</p> <p>Elaborar políticas de compra de medicamentos; implantando sistema justo y racional de cobros y racionalizar la lista básica de los mismos normando su consumo.</p> <p>Implantar un sistema continuo de inventario de recursos humanos y físicos, a la vez de elaborar e implementar un reglamento interno de trabajo y realizar un análisis ocupacional del personal del MINSA.</p> <p>Implantar un sistema de control de suministros contable y computarizado, así como también un sistema de información presupuestaria.</p>	<p>mordidas de perros, gatos, etc. con rabia.</p> <p>E- Mejoramiento de las condiciones higiénico – sanitario del medio.</p> <p>F- Mejoramiento de la calidad sanitaria en las comunidades rurales a través de : saneamiento básico, letrificación, suministro de agua y educación en salud.</p> <p>G- Mejoramiento de las condiciones higiénicas de los alimentos a través de la vigilancia sobre centros de: producción, distribución y consumo de los mismos.</p> <p>H- Estudio de las condiciones del</p>
---	---

				<p>ambiente de trabajo y atención a la salud del trabajador a través de: inspecciones, recomendaciones y exámenes pre-emprego para su mejoramiento.</p> <p>I- Mejorar las condiciones higiénico-sanitaria de los centros escolares a través de acciones de saneamiento básico; elevando el nivel inmunitario de 9 de cada 10 escolares contra: el tétano y difteria.</p>
<p>Plan de Salud 1983</p>	<p>El Plan de Salud de 1983 partió de un movimiento de continuo perfeccionamiento en la conducción planificada del SNUS que se manifiesta en términos de una mayor participación de los organismos de masa en todas las fases de su</p>	<p>1. Priorizar la Atención Integral a los grupos sociales básicos de nuestra revolución:</p> <p>a) Trabajadores obreros y campesinos sujetos fundamentales de la reactivación económica, construcción de nuestra sociedad y generales de la riqueza del país.</p> <p>b) Madres y Niños base fundamental para</p>	<p>1. Organización de un Comité de Protección Nacional de Servicios del MINSA (CPNS/MINSA).</p> <p>2. Desarrollo integral de las áreas de salud.</p> <p>3. Organizar el Sistema</p>	<p>1. Brindar solución rápida y de acuerdo con los recursos disponibles a los agudos problemas de salud del pueblo nicaragüense.</p> <p>2. Extender los</p>

<p>elaboración en una mayor participación de los trabajadores del MINSA en un perfeccionamiento de los instrumentos de programación en una mayor utilización de los datos estadísticos en la introducción de la coordinación interinstitucional y en la profundización de la descentralización adecuándose a la nueva regionalización del Estado.</p> <p>Está basado en la consideración y análisis de los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Impacto b) Cuadro de la situación de salud. c) Extensión de la cobertura y la oferta de servicio. d) Limitantes económicas. e) Atención Primaria. f) Atención Hospitalaria. g) Regionalización del Estado. h) Utilización de los recursos. i) Participación 	<p>el futuro de la revolución y grupo de mayor riesgo para la incidencia de enfermedades.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fortalecer la gestión del Ministerio de Salud en todos sus niveles acorde con los principios del SNUS, creando condiciones que permitan la participación de los trabajadores en la gestión de salud. 3. Priorizar la Atención primaria y dentro de ella las acciones preventivas y en especial las tareas de Inmunización, Saneamiento Ambiental, Control Prenatal, Control de Niños Desnutridos, Control de Malaria, Tuberculosis, Diarrea y Educación Popular en Salud. 4. Apoyar la participación popular en la gestión de los servicios de salud que realizan e impulsan los organismos de masas. 5. continuar el desarrollo del Sistema Nacional de Planificación en Salud, como un instrumento científico de conducción del desarrollo del SNUS. 6. Elaborar y aplicar las bases y métodos de una política de formación, elección, evaluación y promoción de cuadros en el MINSA. 7. Utilizar al máximo la capacidad instalada y los recursos disponibles a través del aumento creciente de la productividad y de
---	---

<p>Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI).</p> <p>4. Formación de Recursos Humanos.</p> <p>5. Promover la investigación en salud definiendo plan temático e incluyendo en sus temas a investigar; la participación popular en salud.</p> <p>6. Organizar y desarrollar las Jornadas Populares de Salud (J.P.S.)</p> <p>7. Crear el Programa de Higiene y Salud Escolar.</p> <p>8. Atender la Higiene del Medio.</p> <p>9. Definición de Programas de Atención Primaria prioritarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Materno Infantil. ▪ Alimentación Complementaria. <p>10. Atención Integral al Trabajador.</p>	<p>servicios básicos de salud de tal manera que el recurso de salud este al alcance de la comunidad.</p> <p>3. articular y hacer consistente los distintos servicios de salud que lleguen a la comunidad.</p> <p>4. Fortalecer donde sea necesario y consolidar los mecanismos de participación organizada y de educación del pueblo en la producción de su propia salud.</p> <p>5. Impulsar y consolidar los mecanismos de acción intersectorial que permitan un enfoque multicausal de la salud y la incorporación de otros programas que puedan contribuir a su mejoramiento.</p> <p>6. Promover, conservar y restaurar la salud bucal de los</p>
---	--

	<p>popular. j) Desarrollo Herogéneo de las regiones en términos: socioeconómico, políticos y de implantación de los programas.</p>	<p>la eficiencia en un marco de austeridad.</p> <p>8. Dar el apoyo necesario al desarrollo del movimiento de innovadores en salud priorizando el campo de mantenimiento y suministros así como también proyectos de investigaciones que plantean la utilización de tecnología apropiada.</p> <p>9. Priorizar acciones que permitan fortalecer estructuralmente y perfeccionar la organización técnica del sistema de abastecimiento de medicamentos del MINSA.</p> <p>10. Desarrollar acciones que aseguren la implantación en su etapa inicial del plan de mantenimiento.</p> <p>11. garantizar el funcionamiento adecuado del SNUS/MINSA ante situaciones de agresión y desastres naturales.</p>		<p>habitantes del país.</p> <p>7. Elevar la salud del binomio materno - infantil mediante acciones de promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, impulsar una cobertura preventiva asistencial y rehabilitadora en salud mental.</p> <p>8. Proteger a los menores de 5 años de infectarse y de hacer alguna forma grave de tuberculosis infantil.</p> <p>9. Proteger a la población susceptible menor de 1 año contra las enfermedades: poliomielitis, tuberculosis, sarampión, difteria, tos ferina y tétano.</p> <p>10. Proteger a la población susceptible</p>
--	--	--	--	--

de 1 a 5 años , de 6 a 9 años, grupos de embarazadas de primer ingreso contra la tuberculosis expuesta a riesgos contra la tifoidea y la fiebre amarilla.

11 Brindar atención de promoción, protección, recuperación y educación popular en salud a trabajadores de las ramas económicas priorizadas.

12. Disminuir la presentación de casos y muertes de personas mordidas por animales con rabia.

13. Control sanitario del agua, de excretas y residuales líquidos, desechos sólidos en las comunidades.

14. Mejorar las condiciones de salud de la población escolar.

				15. Promover el cambio de conceptos salud - enfermedad hacia una concepción social, integral y preventiva
Plan de Salud 1984	<p>Utilizando el resultado de la experiencia acumulada en los años anteriores, así como la incorporación de criterios cada vez más científicos y objetivos que permitan el logro de mayor ordenamiento en la conducción del desarrollo socio - económico, es preciso destacar dos premisas medulares que enmarcan todo el proceso de programación:</p> <p>a.- Que corresponda en cada uno de los pasos con la finalidad de la institución en la transformación constante de la sociedad.</p> <p>b.- Que permita optimizar el uso de los recursos más escasos, particularmente las divisas ambas insertas dentro del marco global que establecen las políticas. estrategias</p>	<p>1) Lincamiento de políticas para la producción de servicios (13 lineamientos orientados a:)</p> <p>- La atención primaria, priorización de regiones productivas, garantizar cobertura acorde con la tasa de crecimiento poblacional, formación de brigadistas de salud en cada familia nicaragüense, fortalecer atención a la madre y el niño, incrementar la lucha antimalárica, priorizar la prestación de servicios de salud en zonas de defensa y producción, fortalecimiento de programas contra enfermedades transmisibles, optimizar la utilización de recursos disponibles, desarrollar el componente de la participación popular y organizada en salud, impulsar el desarrollo de la legislación sanitaria, elaborar el código de ética de los trabajadores de la salud.</p> <p>2) Lineamientos de políticas para el consumo, abastecimiento técnico - material (11 lineamientos)</p> <p>3) Lineamientos de políticas para la fuerza de trabajo y los salarios (7 lineamientos)</p> <p>4) Lineamientos para el desarrollo científico y técnico (10 lineamientos).</p> <p>5) Lineamientos de las políticas inversionistas (4 lineamientos)</p> <p>6) Lineamientos de las políticas presupuestarias y de financiamiento del sector salud (7 lineamientos)</p>	<p>El proceso de programación del Plan de Salud 1989 se llevará a cabo a través de 4 niveles:</p> <p>1 - <u>Nivel Global</u>: Lo constituye el propio plan de economía nacional. Este nivel ha emitido las normas directrices para los planes elaborados por los diversos sectores y ramas de la economía.</p> <p>2 - <u>Nivel Sectorial</u>: Constituido por los diversos sectores y ramas de la economía, la programación del sector se limita al área institucional del Estado.</p> <p>3 - <u>Nivel Territorial</u>: Consiste en la conjunción y desagregación de los planes sectoriales en los diferentes territorios geopolíticos del país.</p> <p>4 - <u>Nivel de Unidades Operativas</u>: Son las unidades básicas del sistema en cuyo nivel deben contemplar las metas y los recursos</p>	<p>1.- Disminuir los riesgos maternos y la morbimortalidad infantil.</p> <p>2. Controlar y disminuir progresivamente las enfermedades transmisibles y prevenibles por vacuna.</p> <p>3. Asegurar los niveles de salud que garanticen la disposición combativa de nuestro pueblo en la defensa.</p> <p>4. Contribuir a la normal producción y mantenimiento de la fuerza de trabajo y potenciar su capacidad productiva.</p> <p>5.- Contribuir a detener las migraciones del campo a la ciudad y apoyar la estabilidad de la fuerza de trabajo</p>

socio económicas y su particularización al sector salud.	7) Lincamientos de políticas de organización y gestión (13 lincamientos).	necesarios para el logro de los objetivos y finales planteados.	principalmente en el área productiva a nivel rural.
<p>Plan de Salud 1985 Plan Emergente condiciones de salud y logros alcanzados 1982 - 1985</p>	<p>En el marco del plan de prioridades de salud de Centroamérica y Panamá y los principios fundamentales del SNUS desde su creación el 8 de agosto de 1979.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La salud es un derecho de todos los individuos, una responsabilidad del Estado, como del pueblo organizado. ▪ Los servicios de salud deben tener la mayor accesibilidad para toda la población, tanto desde el punto de vista geográfico, jurídico como económico y cultural. ▪ Los servicios de salud deben tener un carácter integral . ▪ El trabajo salud debe realizarse en equipo. ▪ Las actividades de salud deben ser planificadas, en el entendido de que la planificación es el instrumento de dirección más idóneo para racionalizar el uso de los recursos. ▪ La comunidad debe participar en todas las actividades del SNUS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo institucional del SNUS. ▪ Organización de los servicios de salud por niveles Central, Regional y nivel Operativo (áreas de salud hospitales, unidades docentes). ▪ Expansión de la infraestructura física. ▪ Formación de recursos humanos. ▪ Fortalecimiento de la participación de la comunidad. ▪ Desarrollo científico técnico del área de salud. ▪ Ordenamiento del Sistema Nacional de Abastecimiento técnico material. ▪ Creación de una legislación de apoyo. 	<p>Del compromiso político de "Salud para todos" está dada</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La forma en que se asignan y distribuyen los recursos ▪ Ampliación de la cobertura de su concentración anterior en el pacífico extendiéndola con carácter unipersonal a comunidades indígenas. ▪ Nitidez en las políticas de salud al destacar el cambio de la atención curativa del pasado hacia el justo balance preventivo - curativo.
<p>Plan de Salud. 1986.</p>	<p>El Plan de Salud de 1986 se basa en la siguiente concepción: "La salud constituye un instrumento político de gran importancia para contribuir a derrotar la agresión y enfrentar dificultades económicas. El sector debe profundizar en su capacidad de interpretar las nuevas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La salud debe trabajarse durante 1986 en función de contribuir a la tarea de derrotar a la agresión y enfrentar los problemas económicos del país. 2. La salud debe entenderse como instrumento para fortalecer la hegemonía política de la Revolución consolidando y ampliando la confianza del pueblo. 3. la salud debe constituirse en una acción 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Programa de consultas médicas dirigido a menores de 1 año y los mayores de 15 años este último es un grupo compuesto de trabajadores combatientes y madres gestantes los que garantizan la defensa y la producción del país. 2. Programa de egresos 	<p>Estuvieron orientados a garantizar el cumplimiento de metas contempladas en los 10 programas de las estrategias.</p> <p>Estaban implícitos en cada Programa eso aparecen redactados específicamente como tal</p>

condiciones y su impacto en el estado de salud de la población. Esto exige de nosotros el máximo de racionalidad, optimización de los recursos humanos y materiales, fortaleciendo de nuestra capacidad organizativa y de dirección, así como coherencia entre nuestras líneas y medidas, articulación adecuada con el resto de instituciones, creatividad y vinculación e incorporación de la comunidad a las tareas generales de salud.

que contribuya al fortalecimiento de la disposición combativa de la población de la población en la defensa y capacidad productiva de los trabajadores.

4. Las acciones de salud deben dirigirse posteriormente hacia el trabajador productivo, la población campesina, las comunidades indígenas de la Costa Atlántica y los combatientes.
5. Se mantiene priorizada la atención a la madre y al niño y en especial al menor de 1 año.
6. Debe hacerse efectiva la priorización de la atención primaria, disponerse mejor de los recursos humanos y materiales del sistema de salud para superar las dificultades en la atención a la población.
7. La organización de la atención primaria debe estar vinculada a la organización del Poder Revolucionario de forma tal que los instrumentos del poder contribuyan al mejoramiento de la atención a la población.

hospitalarios; se hizo con base en el análisis del comportamiento histórico de los indicadores de utilización del recurso cama durante los años 83 a 85; dicho análisis arrojó que en muchos hospitales no había correspondencia entre la capacidad instalada y su productividad.

3. Programa de actividades Materno Infantil:

- Controles de niños Eutróficos.
- Atención a los niños con bajo peso al nacer.
- Controles a niños desnutridos.
- Atención en unidades de rehidratación oral.
- Atención prenatal.
- Controles puerperales.
- Control de fertilidad.
- Control al cáncer cérvico uterino.
- Atención al parto.

4. Programa de actividades de Rehabilitación.

- Atención a cómputos.
- Atención a retardo psicomotriz (niños)
- Atención a otras patologías.

en el documento del Plan de Salud 1986.

5. Programa de Salud Bucal; priorizado a :

- Escolares
- Preescolares
- Gestantes

6. Programa de Inmunizaciones:

- a) DPT, Sarampión y BCG priorizando a menores de 1 año.
- b) DT y TT de 10 a 14 años y mujeres en edad fértil.
- c) Antipoliomielitis.
- d) Antisarampionosa de 1 a 5 años.
- e) Rubéola; cubrir el grupo de niñas de 10 a 12 años.

7. Programa de Control de la rabia, contempla el control de la rabia en los humanos y en el animal, para ello las actividades de eliminación y vacunación canina, control de foco y tratamiento preventivo en los humanos.

8. Programa de Tuberculosis; se pretende captar un número ligeramente mayor de sintomáticos respiratorios comparado a 1985.

			<p>9. Programa de Inspecciones de Higiene, el número priorizado será mediante infecciones rutinarias y las investigaciones de diagnóstico.</p> <p>10. Programa de Formación de Recursos Humanos.</p> <p>A- Docencia Médica Media.</p> <p>B- Docencia Médica Superior.</p> <p>11. Programa General de Inversiones; cuyos objetivos y políticas que regirán este programa de inversiones para 1986 se enmarca fundamentalmente en garantizar el mantenimiento de la capacidad instalada así como la conclusión de los proyectos de arrastre que presentaron un alto porcentaje de ejecución al final de 1985.</p>	
<p>Plan de Salud 1987.</p>	<p>En el Plan 1987 en la actual situación del país; los riesgos para la salud de la población se han incrementado sensiblemente y tienden a deteriorarse aún más;</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoramiento de la situación higiénica sanitaria de los territorios con el resto de las instituciones estatales y una mejor participación popular. 2. Contener el deterioro del perfil epidemiológico. 	<p>En el Plan de Salud de 1987 las estrategias aparecen reflejadas en las prioridades que se definieron que estuvieron orientadas a grupos poblacionales claramente delimitados; estos fueron:</p>	<p>En el Plan de Salud de 1987 las estrategias aparecen reflejadas en las prioridades que se definieron que estuvieron orientadas a grupos poblacionales claramente</p>

tensionando de forma significativa nuestra capacidad productiva y de defensa; por otra parte el proceso revolucionario ha generado y fortalecido aspectos sociales y económicos que representan factores que impactan positivamente la salud o facilitan su mejor abordaje; como son entre otras:

- a) El proceso de institucionalización de la Revolución.
- b) El nivel de dirección y control alcanzado por el Estado y por el pueblo.
- c) El progresivo incremento de los niveles de conciencia y organización alcanzado por el pueblo.
- d) La aplicación y búsqueda cada vez más amplia de alternativas tecnológicas simples y de bajo control.
- e) La consolidación de la Reforma Agraria.
- f) El incremento de nuestra capacidad de defensa.

- 3. Hacer esfuerzos para lograr sustanciales incrementos de los niveles de producción, productividad y calidad de las acciones de salud.
- 4. Ordenar, racionalizar y potenciar las funciones de asignación, contratación, promoción, formación y utilización de la fuerza de trabajo en el sector .
- 5. Avanzar en la organización del Abastecimiento Técnico Material.
- 6. Dirigir y concentrar los esfuerzos en el mantenimiento de la capacidad instalada.
- 7. Avanzar en el ordenamiento y dinamización de las actividades científico – técnicas.
- 8. Administrar rigurosamente los recursos financieros disponibles.
- 9. Avanzar y consolidar el proceso de desarrollo orgánico en institucional de SNUS.
- 10. La cooperación externa debe dirigirse a respaldar las políticas y prioridades del presente plan.

- a) Combatientes.
- b) Trabajadores productivos.
- c) Población campesina.
- d) Comunidades indígenas de la Costa Atlántica.
- e) Grupos de riesgo: madre, niño y menor de 1 año.

delimitados; estos fueron:

- f) Combatientes.
- g) Trabajadores productivos.
- h) Población campesina.
- i) Comunidades indígenas de la Costa Atlántica.
- j) Grupos de riesgo: madre, niño y menor de 1 año.

<p>Plan de Salud. 1988 – 1990. Primer Plan Tri Anual Territorialización de los servicios de salud.</p>	<p>El sistema de salud realiza este plan congruente con el esfuerzo nacional de delinear una perspectiva del trabajo a realizar ante la situación del país, caracterizada por la crisis económica consecuencia de la crisis internacional y del desgaste que produjo en la economía del país la agresión mercenaria que la administración Reagan realizó contra nuestra patria.</p>	<p>Las políticas de salud estuvieron orientadas a atender dos principales problemas de salud: La Morbimortalidad infantil, las lesiones por armas durante la guerra y otras causas de muerte violenta.</p>	<p>Se desarrolló un proceso de transformaciones importantes en el sistema con el fin de enfrentar y administrar la crisis por ello se desarrollaron los <u>Sistemas Territoriales</u> de salud en base a la situación política, económica y social de cada territorio. Esta organización se orientó a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevar progresivamente la capacidad de resolución de estas unidades. • Concentración de sus Recursos Humanos y materiales. • Programación local para optimizar la gestión de función de sus objetivos. 	
---	---	--	---	--

UD-DEEGT

DECADA : 90 – 2.000**1.- CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO Y POLÍTICO**

El PIB per cápita en esta década experimentó un crecimiento promedio de 1.8% anual y de 3.1% en 1994 según el BID¹. La CEPAL² afirma que El comportamiento demográfico ha venido disminuyendo en la región; así vemos como en la década de los 70 las tasas de crecimiento fueron mayores al 3%,. En cambio en América Latina y el Caribe entre los años 1980 – 1990 la tasa media anual disminuyó al 2.1%.

En Nicaragua 1,600.000 niños y adolescentes están viviendo en condiciones de pobreza crítica que corresponden al 37% de la población total de 4,357,099 (censo del 95).

En los años 90 la mayoría de los países de la región han desarrollado políticas de luchar contra la pobreza, ya sea sectoriales u orientadas a grupos específicos; por lo general se han creado fondos de inversión social, que con recursos externos financian proyectos de infraestructura; también se ha dado respaldo a programas de: educación, salud y nutrición, pero éstos no han sido objeto de evaluación y seguimiento no han tenido continuidad debido a falta de recursos propios y no se han canalizado a la población más pobre³

700,000 niños/as necesitan protección especial.

3,500 son víctimas de maltrato y abandono.

1,100 están viviendo en la calle.

300,00 realizan algún tipo de trabajo.

113,000 viven con necesidades de atención preventiva.

182,000 han sido afectados por desastres naturales.

107,000 viven en estrategia de sobrevivencia.

267,000 aun conviven con las secuelas del conflicto armado de los 80.

El 10.5% de deserción escolar es por problemas de salud⁴.

2.- DETERMINANTES DE LA SALUD

Nicaragua entra a la década de los 90 con grandes problemas económicos y sociales. La crisis económica de A.L ha tenido mayores efectos en nuestro país, debido a la reciente guerra y a los desastres naturales. Compartimos con el resto de América Latina una situación de salud caracterizada por altas tasas de mortalidad infantil y materna, alta prevalencia de enfermedades transmisibles y una tendencia al aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas degenerativas. Además problemas de discapacitados producto de la guerra, y la necesidad de promover servicios a los repatriados y desmovilizados para abordar estos problemas el sistema de salud deberá ser reforzado a través de los sistemas de salud (SILOS) estrategia que permitirá desarrollar y consolidar

¹ Banco Interamericano de Desarrollo. "Progreso Económico y Social en América Latina".

² CEPAL-CELADE, ONU. Población, equidad y transformación productiva. Eds. Naciones Unidas. Santiago de Chile, 1993. pág. 15.

³ CEPAL- Panorama Social de América Latina. Ed. 1996. Santiago de Chile.

⁴ El Nuevo Diario del 1/6/2000 página 8.

la capacidad del nivel local y asegurar que los limitados recursos con que cuenta el país, sean utilizados con mayor eficiencia, eficacia y equidad⁵

Con el nuevo régimen político que inicia su período en 1990, se abandona el enfoque estatizante del régimen anterior, y se plantea por un lado una política de descentralización tanto de los servicios de educación como los de salud, un énfasis en la educación básica como la salud básica preventiva por sobre la curativa junto con una red de protección social focalizada hacia los grupos vulnerables.

La situación general de salud en Nicaragua en esta década corresponde a un país que atraviesa la transición epidemiológica con un alto número de muertes provocadas por enfermedades infectocontagiosas como el cólera, dengue y las infecciones respiratorias e intestinales. En los últimos años sin embargo se ha notado un incremento de enfermedades emergentes como las enfermedades cerebro vasculares y los infartos que en 1994 ya se colocaban en cuarto y quinto lugar de las principales causas de muerte.

El Gobierno de Nicaragua ha emprendido un proceso de modernización del sector salud en un Marco de Política Nacional de Modernización del Sector Público; con una orientación democrática y social, acorde con el proceso general que experimenta el país.

A. La Modernización surge con el propósito inicial de:

- Adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales.*
- Contener los problemas epidemiológicos.*
- Disminuir las presiones operacionales en la Estructura Institucional del Sector.*

B. El Ámbito de Acción de la Modernización está enfocado a:

- La consolidación de los Sistemas Locales de Atención Integral (SILAIS).*
- La descentralización de la Gestión Financiera.*
- La delimitación del papel del Ministerio de Salud y sus funciones específicas de:*
 - ❖ Regulación y conducción de la Modernización Sectorial de Salud, facilitando la participación comunitaria y estimulando una nueva forma de Gestión Financiera de recursos en salud para la atención de la población que más lo requiere y que debe integrarse al proceso de desarrollo.*

En los años 90, en el Sistema de Salud ocurrieron los procesos de transformación que a continuación exponemos:

- 1. Se implementaron los programas de modernización.*
- 2. Se desarrolló un programa de reforma.*

⁵ Plan Maestro de Salud 1991-1996. Ministerio de Salud. República de Nicaragua.

En el primero se trataba de incorporar al Ministerio de Salud en un proceso general de reducción de la participación del estado en la ejecución directa de las acciones y en el fortalecimiento de su rol normativo, como parte de un replanteamiento del quehacer estatal más general.

En el segundo, los programas estaban orientados a fortalecer el rol del Ministerio de Salud como eje del sector a través de las siguientes acciones:

- *Elaboración de un marco jurídico apropiado.*
- *Extensión de la cobertura de la atención primaria.*
- *Inversiones en mantenimiento mayor y reposición de equipos hospitalarios.*
- *Introducción de un nuevo modelo de Seguridad Social (esta última, es la más relevante).*

3.- OTROS INDICADORES DE SALUD

Actualmente Nicaragua es uno de los países con más rápido crecimiento poblacional, con una tasa proyectada del 2.6 para el período 1995-2.000 y una tasa global de fecundidad de 3.85⁶. La tasa bruta de mortalidad se espera alcance el 5.66 nacidos vivos y la esperanza de vida en 66.16 años, la que ha venido incrementándose.

Los altos niveles de desnutrición juegan un papel fundamental en estos resultados. Un 8.5% de los niños y las niñas nicaragienses al nacer pesa menos de los 2,500 gramos mientras que un 18.6% de la niñez en extrema pobreza menores de 5 años registra un peso menor a dos desviaciones estándar de la mediana de referencia recomendada por la OMS, dando como resultado una desnutrición crónica de 23.7% en niños menores de 5 años⁷.

Para 1990 entre las principales causas de mortalidad infantil se reportan: Enfermedades diarreicas, neumonía, sarampión, dificultad respiratoria e hipoxia intrauterina. Así mismo la mortalidad materna en Nicaragua en este mismo periodo es causada por aborto y otras complicaciones obstétricas.

Más del 28% de los niños menores de 5 años de edad, sufren algún grado de desnutrición, siendo este problema más severo en las áreas rurales, especialmente en la Zona Norte y las Segovias, donde el 45 y 49% de los niños están desnutridos. Por otra parte ahí mismo el 67% de niños menores de 5 años tiene algún grado de deficiencia de Vitamina A, el 29% padece de anemia y el 36% tiene deficiencia de hierro. El consumo promedio de calorías en estos niños cubre únicamente el 89% de las necesidades diarias.

El Ministerio de Salud (MINSAL) sigue siendo el principal proveedor de servicios de salud en el país, con un 74.3% de los servicios prestados en 1996. Seguidamente el Instituto Nicaragiense de Seguridad Social a través del Sistema de Empresas Previsionales presta

⁶ Revisión del Gasto Público en Servicios Sociales Básicos. Funcionamiento, Equidad, Eficiencia, Impacto. El caso de Nicaragua 1998.

⁷ Política Social del gobierno de Nicaragua (Anexos "Indicadores de la situación social de Nicaragua"). Managua agosto de 1997.

un 19.4% de los servicios y un 6.3% lo realizan ONG's y las instituciones privadas. Este Ministerio enfrenta los siguientes retos para la presente década:

- ❖ Incorporar nuevas modalidades de organización y gestión.*
- ❖ Implementar nuevas alternativas de financiamiento.*
- ❖ Modernización hospitalaria.*
- ❖ Promover la protección de las inversiones en infraestructura y equipamiento.*
- ❖ Definir y proveer un paquete básico de servicios esenciales.*
- ❖ Priorizar territorios y grupos de riesgo.*
- ❖ Alcanzar la eficiencia en la utilización de los recursos.*
- ❖ Mejorar los sistemas de control de gestión*

El sistema de salud presenta problemas que han persistido durante las últimas décadas:

- 1. Desabastecimiento de insumos médicos y no médicos.*
- 2. Infraestructura deficiente y falta de equipamiento.*
- 3. Ausencia de mantenimiento de la infraestructura física y equipamiento.*
- 4. Crecimiento inorgánico de unidades.*
- 5. Falta de normativa técnico – administrativa.*
- 6. Demanda insatisfecha de algunos servicios.*
- 7. Saturación de la capacidad de atención de los hospitales.*
- 8. Baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos.*

De acuerdo con el estudio realizado en 1995 por el Banco Mundial, basado en la encuesta de nivel de vida de 1993, el 50% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y un 19.4% se encontraría en extrema pobreza. Esta situación es más difícil en el sector rural, donde un 76% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y un 36.3% en extrema pobreza.

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas , ya que en Managua solamente el 13% de la población refiere encontrarse a más de 30 minutos de las unidades de salud.

En el sector rural la situación cambia radicalmente; ya que los porcentajes de población que se encuentran a más de dos horas de la unidad de salud son:

- 33% para hospital*
- 22% “” El Centro de Salud*
- 10% “” El Puesto de Salud*
- 26% “ “ El Médico Privado.⁸*

4.- INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD

La infraestructura hospitalaria en Nicaragua no ha cambiado mucho desde 1980, con 30 hospitales en todo el país. Se ha registrado sin embargo en los últimos 15 años un incremento en el número de puestos y centros de salud. En 1980 existían 358 puestos de

⁸ Política Nacional de Salud 1997-2.000 República de Nicaragua ,Ministerio de Salud.

salud mientras que en 1996 existían 619. El incremento de Centros también ha sido significativo de 102 que existían en 1980 ahora hay 172 en 1996. Aunque el número de instalaciones ha aumentado, el proceso de desabastecimiento de medicamentos y la poca cobertura de personal han dificultado que estas instalaciones funcionen a capacidad plena.

Si bien el total de egresos de los Centros Médicos ha aumentado estos se concentran en los casos agudos de hospitalización, mientras que los egresos de los Centros de salud han permanecido estáticos en los últimos años. De aquí se desprende que la mayoría de los pacientes no acude al centro médico, que generalmente se encuentra más cercano, sino que se dirigen a los centros hospitalarios en un estado de salud más delicado.

El MINSA dispone de 883 unidades en el primer nivel de atención con una cobertura de un poco más de 3,000.000/Unidad x 1,000 habitantes.

$$\begin{array}{r}
 31 \text{ Unidades Hospitalarias} = \quad 27 \text{ Agudas} \\
 \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad 4 \text{ Crónicas} \\
 \hline
 \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad 31
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 3,930 \text{ Camas de Agudos} \\
 -407 \text{ Camas de Crónicos} \\
 \hline
 \end{array}$$

$$4,337 = 1 \text{ cama} \times 968 \text{ habitantes/nivel satisfactorio}$$

El Sistema de Salud está constituido por las siguientes estructuras:

- a) Un subsector público, integrado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Cuerpo Médico Militar del Ministerio de Defensa (MIDDEF), el Ministerio de Gobernación (MINGOB) y el Seguro Social (INSS). El subsector público cuenta con 970 unidades de salud y da cobertura potencial a tres millones de habitantes (89% de la población).
- b) Un subsector privado, donde se incluyen instituciones con y sin fines de lucro; cuenta básicamente con consultorios médicos, clínicas de especialidades tiene una cobertura del 5% y su infraestructura es de:
 - 7 hospitales
 - 200 camas
 - 200 clínicas de atención ambulatoria; éste cuenta básicamente con consultorios médicos, clínicas de especialidades imagenología, farmacias y cuatro hospitales generales. Este tiene un nivel de desarrollo incipiente, y se ha ido fortaleciendo con la compra de servicios que hace el subsector público.

El MINSA es el órgano rector del sector salud y se organiza en un nivel central y un nivel local (Sistemas Locales de Atención Integral de Salud –SILAIS). El Ministerio de Salud cuenta con una red de atención que se organiza por niveles de complejidad. En el primer nivel se encuentran los centros y puestos de salud, servicios que son administrados a nivel local por los SILAIS, en el segundo nivel, de atención se sitúan los hospitales

departamentales (generales); en el tercer nivel se encuentran hospitales nacionales (de especialidades) e institutos de especialidades.

Según el documento Políticas de Salud 1997 – 2002 refiere que Nicaragua cuenta con 16,642 trabajadores de salud de los cuales 4,551 son médicos lo que equivale a un médico por 1,000 habitantes (Proporción indicada).

El INSS es el organismo que administra el seguro social que por ley están obligados a tomar los trabajadores asalariados del sector formal de la economía y cubre alrededor del 6% de la población. Esta institución continúa su tradicional función de recaudador de cotizaciones transfiere el riesgo de la salud a las Empresas Médicas Previsionales y él retiene y ejerce funciones de facilitador y supervisor de las acciones sanitarias. De éstas Empresas Previsionales del INSS hay en el país 32 Empresas Médicas Previsionales con una cobertura de: 110,269. El INSS ha logrado una cobertura de 71.3%.

En esta década el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE) ha venido ejecutando acciones de inversión y capacitación en salud, especialmente a nivel básico. Además de la construcción y reparación de puestos y centros de salud, el FISE ha venido apoyando con equipamiento programas de letrización, salud básica preventiva y en la capacitación de comités de salud.

5.- ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

El censo de 1995 mostró una población de aproximadamente 4.1 millones de habitantes. Exactamente 4,357,099 habitantes de los cuales 2,147,106 son hombres y 2,209,99 son mujeres. La fecundidad del quinquenio 90-95 se estimó en 4.4 hijos por mujer y destacó una estructura de edad muy joven. El 45% de los nicaragüenses es menor de 15 años, lo que sitúa al país en una etapa moderada en la transición demográfica. Aunque desde 1906 las tasas de crecimiento han descendido hasta llegar a 2.6 en el quinquenio actual, se estima que en el lapso de treinta años Nicaragua duplicará su población actual. Diferentes estudios coinciden en señalar los altos niveles de pobreza en que se encuentra la mayoría de la población nicaragüense.

La esperanza de vida en Nicaragua según “Política Nacional de Salud, 1997-2002 arroja los siguientes datos:

1190 -	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	63.3 años	62 años	64.6 años
1991-1995-	67.95 “		
1996-2000		65.5 “	70.36 “

Basados en la misma encuesta, pero utilizando el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Ministerio de Acción Social (MAS), con apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), estimó que el 43.6% de los hogares se clasifican como hogares en extrema pobreza, un 31.2% como hogares y solamente un 25.2% de los hogares en todo el país podrían considerarse no pobres.

6.- PRESUPUESTO DESTINADO A SALUD.

La proporción del gasto público del MINSA destinado a bienes y servicios ha venido disminuyendo desde 1991, probablemente debido a una mayor participación del financiamiento externo. En total los gastos recurrentes han oscilado entre el 79% y el 71% del gasto total, mientras que el gasto de capital ha aumentado en los últimos años debido a la construcción de nuevos hospitales. Si se analizan los diferentes componentes del principal proveedor de servicios de salud, el MINSA durante los años 90 el gasto correspondiente a remuneraciones salariales fue del 50% del gasto total; esto no es de sorprender por cuanto los servicios médicos requieren de mucho personal, convirtiendo a este ministerio en el principal empleador del sector público. A pesar de la alta proporción del gasto en salarios, estos son bajos si se comparan con niveles salariales de la región centroamericana.⁹

A pesar que el Ministerio de Salud es el principal financiador del gasto en salud existe en el sistema otros actores que prestan importantes niveles de servicios, especialmente el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) que a partir de 1993 instauró en el país un sistema de salud previsual que ha venido creciendo significativamente de un 48% en 1994 de los servicios ofrecidos a un 73.53% en 1996.

De acuerdo a un estudio de cuentas nacionales de salud para 1996 la principal fuente de recursos destinados al sector lo constituyen los recursos provenientes del Presupuesto General de la República, con un 41%. Seguidamente, el sector externo en sus diferentes modalidades (préstamos y donaciones) representan un 31% de las fuentes, las empresas privadas un 20% (en forma de patronal a las cotizaciones de seguro de salud del INSS), y se calcula que un 8% del gasto total en salud proviene del gasto de los hogares.

7.- LA COBERTURA DE LOS PLANES Y PROGRAMAS DE LA DECADA

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de los servicios de salud. El sector privado atiende el 4% de la población y el Seguro Social el 5%. El MINSA dispone de 883 unidades en el primer nivel de atención. De 6.5 millones de consultas brindadas en 1995 se obtiene un indicador de 1.2 consultas por habitante lo cual se considera satisfactorio; sin embargo hay una tendencia a la reducción de los servicios ambulatorios, pues en periodos anteriores se ha alcanzado hasta 2 consultas anuales por habitante. El Centro de Salud es el lugar más utilizado para la atención curativa ambulatoria con un 53%. Los puestos de salud concebidos para el primer contacto de atención en el nivel primario se utilizan muy poco, probablemente por la falta de personal y medicamentos.

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas, ya que en Managua solamente el 13% de la población refiere encontrarse a más de 30 minutos de las unidades de salud.

⁹ Revisión del Gasto Público en Servicios Sociales Básicos. Financiamiento, Equidad, Eficiencia, Impacto. El caso de Nicaragua 1996.

En el sector rural la situación cambia radicalmente; ya que los porcentajes de población que se encuentran a más de dos horas de la unidad de salud son:

*33% para hospital
22% para El Centro de Salud
10% para el Puesto de Salud
26% para El Médico Privado¹⁰*

A pesar de que todas las unidades están abiertas para la población nicaragüense, la mayoría de las desigualdades que se presentan, son las que se derivan de: a) la distribución geográfica y b) las barreras de ingreso que inevitablemente se dan en este tipo de servicios.

8.- PARTICIPACION SOCIAL Y/O COMUNITARIA

Se ha realizado, desde 1990, un cierre sistemático de espacios para la discusión y presentación de iniciativas de políticas de salud por los actores sociales institucionales y comunitarios.

La participación social y comunitaria se ha venido manejando de forma utilitaria sin promoverse la realización de proyectos co- y auto-gestionarios en los servicios de salud públicos.

Lo anterior está basado en que los actores sociales no demandan espacios formales, sino espacios reales de participación los que se ven truncados por las firmas ocultas de compromisos y proyectos que en vez de responder a la necesidad de apoyar un plan de políticas nacionales, más bien condicionan y determinan las políticas nacionales de salud.

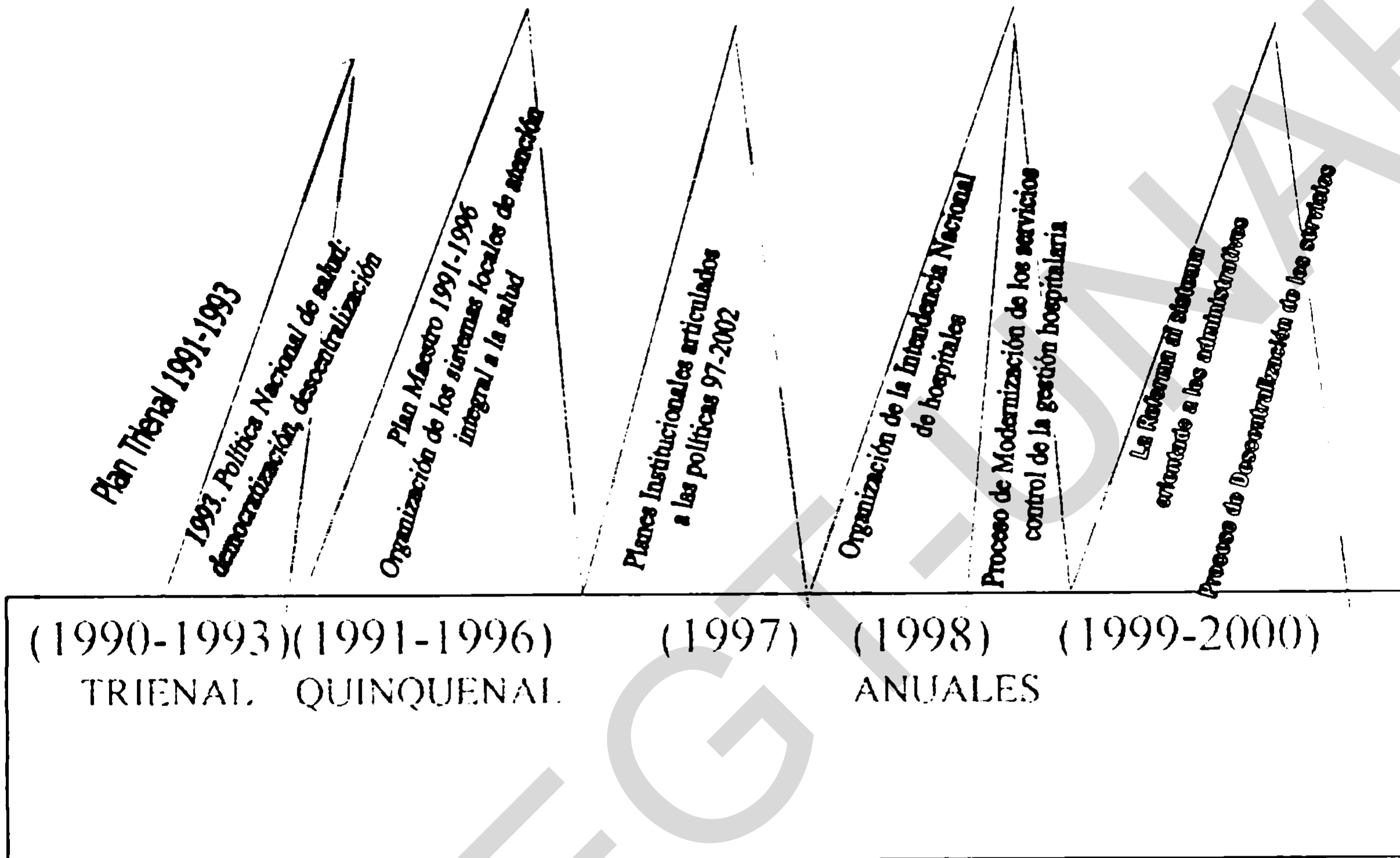
Un espacio de participación que fue desperdiciado totalmente es la Comisión Multisectorial de la Lucha contra el Cólera, la cual se fue desgastando por el uso utilitario y propagandístico que le dio el Ministerio de Salud¹¹.

El Plan Maestro elaborado para el 1er. quinquenio de esta década podemos calificar su enfoque de Planificación democrática formal ya que contempla en sus objetivos a la población pero de manera pasiva y no activa. (De acuerdo a la Teoría de Droogleever).

¹⁰ Política Nacional de Salud 1997 – 2000. República de Nicaragua. Ministerio de Salud

¹¹ Las Reformas en los Servicios de Salud a partir de 1990. FETSALUD(Confederación de Trabajadores de la Salud). Managua. Nicaragua 1994.

9.- PLANES NACIONAL DE SALUD CORRESPONDIENTE A LA DECADA 90 - 2000



10. - **ASPECTOS RELEVANTES ENCONTRADOS EN LOS PLANES
EJES FUNDAMENTALES PARA EL ANALISIS**

<i>Décadas (1990 – 2000)</i>	<i>Concepción</i>	<i>Política</i>
<p>Plan Maestro de Salud. 1991 – 1996. Para un Quinquenio</p>	<p>El Plan Maestro de Salud está dirigido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir las políticas de salud. • Orientar las acciones del Sistema Nacional en base a problemas específicos. • Identificar programas y proyectos que permitan operacionalizar las políticas. • La identificación de problemas prioritarios es la base para la formulación del Plan Maestro, reconociendo que las acciones deben estar orientadas por el principio de prioridad, equidad y eficiencia. • Se identificarán también los programas de atención prioritarios a las políticas y estrategias del mismo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se implementará la atención Primaria como base de la organización del sector enfatizando la prevención y promoción de la salud, así como la atención a la enfermedad. 2) Los servicios estarán organizados a nivel local en los SILOS de acuerdo con los lineamientos y principios regionales adecuados a la realidad nacional y regional. 3) En este contexto se da especial énfasis a la atención de salud, a las poblaciones de mayor riesgo y a las regiones y municipios de mayor vulnerabilidad. 4) Se diseñarán e implementarán alternativas de financiamiento de los servicios a nivel local para disminuir su actual déficit y desfinanciamiento. 5) La evaluación del Estado de la infraestructura y equipamiento, su reparación y remodelación y sustitución se llevarán a cabo utilizando recursos propios y cooperación externa. 6) Se implementará un proceso de desarrollo de la calificación de la fuerza de trabajo para la implementación de los SILOS. 7) Se desarrollará e implementará un Sistema de Investigación en

<i>Estrategias</i>	<i>Objetivos</i>
<p>1) Descentralización que deberá profundizarse en lo que concierne a aumentar la capacidad y responsabilidad local para la identificación de prioridades.</p> <p>2) Atención Primaria y Sistemas Locales de Salud. Se fortalecerá el primer nivel de atención y su labor preventiva como base de la organización de los SILOS; los SILOS se organizarán como una red de servicios descentralizados que coordinan acciones del sector a nivel municipal.</p> <p>3) Atención a los problemas prioritarios: Madre y Niño, víctimas, accidente y violencia, discapacitados, enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas, Nutrición, Financiamiento del sector, Infraestructura y equipamiento, fuerza de trabajo; abastecimiento médico, participación social, desarrollo institucional, saneamiento</p>	<p><u>Generales:</u></p> <p>1. Reducir la morbi - mortalidad infantil y materna mediante la reorganización de las actividades, de los servicios de salud aumentando sus niveles de resolución. Esto implica la extensión de la cobertura eficiencia, eficacia y equidad en la atención de la salud.</p> <p>2. Disminuir las tasas de morbimortalidad por accidentes y causas violentas por medio de la intervención de los mismos, actuando en los factores de riesgo y el desarrollo de un sistema nacional de cuidados críticos al paciente traumatizado</p> <p>3. Disminuir el impacto que la discapacidad produce en el individuo, la familia y la sociedad desarrollando acciones de prevención, rehabilitación integral y la integración social del discapacitado.</p>

		<p>Salud.</p> <p>8) Se promoverá el mejoramiento de la organización institucional.</p> <p>9) Se establecerá una política de abastecimiento médico.</p> <p>10) Se promueve el desarrollo de la industria farmacéutica nacional.</p> <p>11) Se desarrollarán mecanismos que aseguren la participación social en la planificación, ejecución y evaluación de los programas y servicios.</p> <p>12) Se establece un programa de desarrollo institucional el MINSA (Ministerio de Salud).</p> <p>13) Se enfatizará el trabajo intersectorial en el área de saneamiento ambiental.</p>	<p>ambiental.</p> <p>4) Apertura Programática</p>	<p>4. Disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles mediante la implementación de medidas preventivas y de control de las enfermedades y epidemias.</p> <p>5. Establecer el sistema nacional de salud descentralizado con énfasis en el fortalecimiento de los servicios de atención primaria en el marco de los sistemas locales de salud; promoviendo la participación de insumos médicos básicos.</p> <p>6. Colaborar mediante acciones desde el SNS al mejoramiento del estado nutricional a menores de 5 años y de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. A través de medidas de promoción, prevención y recuperación del daño.</p> <p>7. Extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de agua, saneamiento y alimentos así como elevar el nivel de gestión institucional y</p>
--	--	--	---	---

				local para la protección del medio ambiente.
<p>Plan Tri Anual de Salud 1991 – 1993.</p>	<p>Este Plan de Salud enmarca las acciones y programas del sector salud, tratando de orientar sus objetivos, prioridades, políticas y metas hacia el mayor beneficio de sus usuarios directos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentamiento del deterioro que a nivel social, económico, nutricional, higiénico, sanitario se han generado en los largos años de confrontación bélica. • Fortalecimiento del modelo de atención primaria en salud que permita mayor accesibilidad de la población a sus servicios. • Reforzamiento de profesionales por técnicos sanitarios. • Apertura de nuevas unidades de salud y la extensión de la cobertura de los servicios canalizándolas hacia las regiones y microterritorios en donde la atención primaria es muy limitada . • Reorientar la tendencia desigual del crecimiento de los servicios de la población, con prioridades claramente definidas por las respectivas regiones y sistemas locales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el proceso de regionalización de los servicios. • Fortalecer la descentralización técnico – administrativa y financiera apoyándose como factor estratégico en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) en un activo impulso de acciones integradas. • Dirigir los principales esfuerzos a garantizar mejores condiciones de salud a la población concentrando la atención en los grupos priorizados niño, madre, discapacitado, desmovilizado, respatriado por lo menos en el primer nivel de atención. • Proveer de los requerimientos básicos para operar a los programas priorizados: a) Infraestructura física, b) Red de servicios de salud y sus equipamientos, c) Mejorar la red docente para la formación de recursos humanos. 	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Mantener la cobertura de los servicios y ampliar su alcance en las comunidades priorizadas con una efectiva participación social.• Impulsar políticas y acciones que conlleven al mejoramiento científico - técnico del sector.• Potenciar las acciones multisectoriales e interinstitucionales para obtener mejores resultados | |
|---|--|

CAPÍTULO III

Procesamiento y Análisis del Contenido de los Planes Nacionales y del Testimonio de los Informantes Claves por Década.

Propósito Específico # 2: Describir metodológicamente todos y cada uno de los planes nacionales tanto regulares como emergentes, que el Sistema de Salud nicaragüense ha venido implementando en las últimas tres décadas a fin de identificar los elementos fundamentales que han sido determinantes en el proceso de consolidación como también sus fortalezas y debilidades.

DÉCADA 70 - 79

El primer Plan Nacional de Salud (1965-1974) concibió el Ministerio de Salud Pública como: la dependencia gubernamental encargada de las acciones integradas de promoción protección y recuperación de la salud; sin embargo no abandona las medidas de reparación cuando se refieren a medidas de control, tratamiento y consultas que la comunidad hace de los Centros de Salud. política que servirá de marco de referencia para la implementación de todos los Programas de Salud que están bajo la responsabilidad del sector, tanto los dirigidos a las personas como los que se dirigen a modificar el medio ambiente.

Este Plan contempla: a) el Fomento de la salud a través de la promoción en la higiene de la madre, el niño, el escolar y el adulto, igualmente la higiene mental y la educación nutricional; b) la protección de la salud por la vía del saneamiento ambiental: aguas, alimentos, excretas, insectos, mercados, basureros, mataderos y viviendas al igual que la protección por insecticidas, herbicidas y contaminación por plomo; c) reparación de la salud dirigida a la medicina curativa, hospitales, dispensarios especializados y clínicas antituberculosis y antivenérea. d) organización y administración de servicios generales: Instituto Bacteriológico, Escuela de Enfermería, Banco de Sangre, Servicios de Estadística y Centros de Adiestramiento.

El mismo estuvo orientado a la organización del sistema por niveles:

A.- Central o Nacional.

- >Comité Nacional de Salubridad Pública*
- >Consejo Técnico de Salubridad Pública*
- >6 Direcciones entre ellas Planificación y Evaluación*
- >18 Departamentos técnicos .*

B.- Regional o Departamental.

- 1.- Carazo, Chontales, Boaco, Granada, Managua, Masaya, Rivas, Río San Juan y Zelaya.*
- 2.- Chinandega y León.*
- 3.- Estelí, Jinotega, Nueva Segovia, Madriz, Matagalpa.*

C.- Local. Son las estructuras basales ejecutivas del Ministerio de Salubridad Pública, encargadas de las acciones de promoción, protección y recuperación de salud en su área de influencia respectiva.

El 1er. Plan, Como Objetivos Generales se propone:

- a).- Crear una organización eminentemente técnica y administrativa, formativa y ejecutiva a nivel central y a nivel local , que formule y ejecute los planes de salud;*
- b).- Crear la dirección de planificación del Ministerio de Salud;*
- c).- Formular un Plan Nacional de Salud a largo plazo y compuesto de las siguientes partes: planes locales de áreas programáticas; planes nacionales verticales a nivel central; planes de adiestramiento y planes de investigación.*

Como Objetivos Especificos:

- a)- Erradicar enfermedades erradicables; b) Disminuir la prevalencia y la incidencia de enfermedades reducibles; c)- Control de las enfermedades no infecciosas.*

El estudio "Costos de los Daños Ocasionados al Sector Salud por el Terremoto de Managua en 1972" fue semejante al Primer Plan Emergente de la primera ruptura socio política por tanto sus objetivos estuvieron dirigidos a atender a las víctimas y a la población damnificada de este desastre natural.

Para el 2do. Plan Nacional (del quinquenio 76-80) define la salud como: un derecho de todos los habitantes del país sin distinción de credos, razas, clases y ubicación geográfica; y demanda que en el mejoramiento de la salud deben participar todas las instituciones del sector público y privado, así como también otras agencias reconocidas por el Estado.

Este plan también confió en la UNIDAD biológica – social - básica, para mejorar la salud del pueblo identificada en la familia como centro del desarrollo social, la cual debe participar de forma activa para lograr su propio desarrollo, correspondiéndole al Estado apoyar y estimular el crecimiento de estos recursos potenciales en forma armónica e igualitaria con miras a extender los servicios de salud al área sub-urbana, urbana y rural; obtener un aumento significativo de la productividad y eficiencia de los actuales servicios; reforzar los mecanismos de participación comunitaria, y a la vez incrementar y fortalecer programas de penetración comunitaria; desarrollar proyectos de infraestructura con una meta de 4 Centros de Salud, 118 Centros de Salud tipo II , 150 Puestos de Salud y 15 Unidades Móviles.

El 2do. Plan (76-80) encausó su estrategia a: aumentar la cobertura de los servicios en cantidad y calidad, sobre todo para el área rural; intensificar programas dirigidos a enfermedades transmisibles, vacunables, malnutrición, enfermedades entéricas, respiratorias y malaria; promover la participación comunitaria; atender el medio ambiente; mejorar el sistema de estadísticas vitales, censos, registro civil y muestreo de servicios.

El 2do. Plan se propuso como objetivos:

- a).- *Aumentar la esperanza de vida de 56.6 años para ambos sexos y llevarla a 61 años.*
- b).- *Reducir la Morbimortalidad en un 30% y la mortalidad infantil en un 30% ;*
- c).- *Establecer los mecanismos de participación comunitaria más efectivos;*
- d).- *Mejorar el medio ambiente para reducir el riesgo de enfermar o morir.*

Los Objetivos del 3er. Plan estuvieron concentrados en:

- a).- *Brindar una atención óptima al pueblo en todas las unidades del (SNUS);*
- b).- *Mejorar la planta física en un 100% de los hospitales de Managua;*
- c).- *Mejorar planta física de 42 hospitales Departamentales;*
- d).- *Publicar de una revista mensual de información popular;*
- e).- *Poner en operación 100% de los Centros de salud;*
- f).- *Abrir 100 farmacias populares en el país.*

El Plan emergente 1979 de la Revolución Sandinista por supuesto establece que: El Ministerio de Salud es el responsable para todo lo concerniente al Sistema Único de Salud (SNUS). Las tareas de salud se realizarán en un esquema de centralización normativa y descentralización ejecutiva basada en una estructura piramidal.

Este Plan Emergente que viene a ser el tercero de la década promete que en todos los niveles de la organización se desarrollará un trabajo institucional coordinado y colectivo; todas las actividades serán llevadas a cabo previa planificación o serán de tipo integral; para el cumplimiento satisfactorio de los programas es indispensable la decidida participación del pueblo en los mismos; la organización de salud tendrá como características: el dinamismo y la flexibilidad que le permitan asimilar e incorporar los conocimientos y tendencias de los avances científicos y sociales; una aceptación de la interrelación existente entre salud y enfermedad con la estructura económico-social, incrementando el control preventivo de las enfermedades haciendo énfasis en la atención de grupos más vulnerables: niños madres y población rural.

El 3er. Plan (1979); estableció al igual que el 1er. Plan tres niveles jerárquicos:

1.- Central.

- *Hospitales Nacionales*
- *Laboratorio Central de Medicina Preventiva*
- *Unidades Nacionales de Formación de Recursos Humanos*
- *Unidades Nacionales*

2.- Departamental.

- *Hospitales Departamentales*
- *Laboratorio Departamental de Medicina Preventiva*
- *Unidades Docente Departamento de Formación de Recursos Humanos*
- *Unidades Departamentales otras.*

3.- Áreas de Salud.

- *Comunidades de 20 a 30 mil habitantes.*
- *Centros de Salud de atención Médica Integral*
- *Atención Médica Integral Preventiva y Curativa*
- *Puestos de Salud y Unidades Móviles*
- *Centros de salud y sus dependencias*
- *Unidades de Salud revolucionarias*

Testimonio de los informantes claves, Respecto a esta primera década el Doctor Avilés Rueda refiere que las prioridades del Primer Plan Nacional de salud se definieron con base en cuatro criterios:

- 1 - *Magnitud del daño (número de muertos que provoca la enfermedad)*
- 2 - *Trascendencia del daño (importancia económica, edad al morir)*
- 3 - *Vulnerabilidad del daño (facilidad con que se cura la enfermedad)*
- 4 - *Costo – efecto del daño (lo que cuesta dominar una enfermedad en relación a otra).*

Avilés Rueda también afirma que la principal estrategia del 1er. Plan Nacional fue la integración de la Medicina Preventiva con la Curativa a nivel local.

El Doctor Julio Zapata Sobalvarro considera que:

La salud está influenciada, condicionada y hasta determinada por factores económicos, sociales y políticos, los que cambian según la dinámica social que les toca vivir. En el caso de Nicaragua hemos tenido tres períodos en la historia más reciente; el de Somoza, el de la Revolución Sandinista y del 90 hacia acá entramos en un nuevo modelo de relaciones económicas sociales y políticas. El período de Somoza hasta el año 1979 era un régimen político de mercado y por ende la salud se consideraba como mercancía, había bonanza pero mala distribución de la riqueza; lo que no permitía atender la salud de la población de forma equitativa.

Zapata nos dice que: la organización del Sistema de Salud estaba acorde a esa situación; habían 3 instituciones estatales de salud: 1) Ministerio de Salud orientado a la Atención Primaria, 2) Juntas Locales de Asistencia Social manejado por la JNAPS que manejaba los hospitales y cuidaban de la atención secundaria y 3) El Instituto de Seguridad Social que atendía a los asegurados de: León, Chinandega, Managua y las Minas de la Costa Atlántica con una cobertura del 5 al 10% con un total aproximado de 200.000 habitantes. Las 3 instituciones funcionaban por separado, no había un sistema integrado.

El Doctor Mendoza López con respecto a la seguridad social afirma que al surgir el Seguro Social el 22 de diciembre de 1955 la seguridad social coordinaba 3 aspectos: Asistencia Médica, Asistencia Social y Seguro Social; mediante un consejo directivo muy amplio integrado por representantes del Estado, trabajadores, Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El INSS como un órgano especial creado específicamente para la protección de los trabajadores y sus familias en los

tres niveles: preventivo, curativo y rehabilitación; construyó sus propias instalaciones médicas: clínicas, policlínicas y hospitales para garantizar la correspondiente atención a los asegurados, sus cónyuges e hijos hasta los 2 años.

El Doctor Argeñal Gómez como académico formados de varias generaciones en el campo de la Medicina, según su testimonio nos dice: “Es importante estudiar el Sistema de Salud en sus últimos 30 años, ya que si bien es cierto que tiene algo en común en las 3 décadas, también hay aspectos diferentes en cada una de ellas; y eso debe analizarse. Los médicos de la Facultad de Medicina de León que era la única que existía en la década de los 70, salían orientados a ejercer la Medicina Privada sin embargo, esto se cambia en la década de los 80 con la creación de la Facultad de Medicina en Managua durante la Revolución Sandinista, entonces todos estos cambios que de alguna forma impactaron al Sistema de Salud Nicaragüense deben ser estudiados.

El Doctor Flores Mejía al referirse a la Medicina Privada nos dice: “En la década de los 70 la Medicina Privada era bien pagada porque en el país había buen cultivo del algodón y a nivel internacional se daba el apogeo del petróleo. Sin embargo, el sistema de salud era injusto en esa década porque no llegaba a toda la población y se brindaba una atención de tercera clase. En esta época el Ministerio de Salud controlaba los centros de salud y la Junta Nacional controlaba a las Juntas Locales; todos eran sistemas dispersos con orientación política gubernamental, algunos eran manejados por congregaciones religiosas como las de San Vicente de Paul. En la Costa Atlántica los moravos tenían centros de atención en salud. Posteriormente viene el Seguro Social que fue manejado de forma política ya que los fondos de los trabajadores podía ser prestados al gobierno, esta institución cubría a trabajadores asegurados de Managua y a los de León y Chinandega que eran cubiertos por ser trabajadores del Ingenio San Antonio. Los servicios públicos de salud eran deficitarios y el área rural estaba desprotegida.

Los tres planes nacionales coincidieron en responsabilizar al Ministerio de Salud como la instancia responsable de atender y proteger la salud de la población. Particularmente el Segundo Plan (76 – 80); destaca el derecho a la salud que tiene la población, visto desde una perspectiva incluyente sin discriminación alguna, refiriéndose a la zona del país no así al Atlántico, este Segundo Plan convoca a todas las instituciones del sector público y privado a las agencias reconocidas por el Estado a participar en el mejoramiento de la salud de la población como un deber ante la sociedad o sea desde una posición de compromiso social.

El Tercer Plan (1979), a pesar de ser emergente, ya insinúa la organización del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) y su centralización en la atención y cobertura nacional, además de una descentralización ejecutiva a todos los niveles para garantizar así el acceso de la población a los servicios de salud demandados. Este sí incluye la zona del Atlántico.

Los tres planes contemplan en sus políticas: atender a grupos poblacionales considerados como vulnerables y de riesgo. El 1er. Plan prioriza: madres, niños, escolar y adulto; el 2do. Plan: la familia como unidad biológico – social básica; y el 3ro. Prioriza: niños, madres y población rural.

El 1er. Plan asume las categorías de fomento, protección, educación, reparación y saneamiento en sus acciones dirigidas a la conservación de la salud. En cambio el 2do. y 3ro. son más explícitos en su enfoque social cuando se refieren al desarrollo de sus programas al reconocer la importancia que reviste la participación activa de la población en el cumplimiento satisfactorio de los programas y donde al Estado le corresponde apoyar y estimular el crecimiento de estos recursos potenciales. Estos dos planes también incluyen en sus políticas atender las zonas rurales del país, lo que no se refleja en el 1er. plan.

El 3er. plan a pesar de ser emergente a diferencia de los dos anteriores toma en cuenta elementos económicos, de planificación, de integralidad, de organización y la interrelación entre salud – enfermedad y estructura económico – social; debido al contexto revolucionario en que se produce. El 2do. Plan a diferencia del 1ro. y 3ro. se propone desarrollar proyectos de infraestructura con metas cuantitativas a ser cumplidas.

El 1er. y 3er. Plan proponen como estrategia la organización del Sistema por niveles jerárquicos: Nacional, Regional y/o Departamental y Local o Áreas de Salud descentralizando así la gestión en la administración a nivel central. En cambio el 2do. Plan hace énfasis en aumentar la cobertura tanto en cantidad como en calidad, tomando en cuenta el avance hacia zonas rurales del país. Este plan además demandó en ese entonces (76 – 80) mejorar el sistema de registro tan imprescindible en controles, seguimiento y estudios relacionados a la salud.

En el 1er y 3er. Plan notamos que la estrategia a seguir fue fundamental en el cambio de políticas y manejo ideológico, lo que daría inicio a nuevas concepciones y prácticas en la atención al igual que el énfasis en la Educación en salud dirigida a la población.

El 1er. Plan (65 –74) en su objetivo general refuerza la organización técnica y administrativa para el cumplimiento del Plan y los programas que de este se derivan y hace referencia a la creación de la Dirección de Planificación del Ministerio, así también se refiere a planes de investigación en el área de la salud; como objetivos específicos se propone la erradicación, disminución y control de enfermedades prevalentes y no infecciosas. El 2do. Plan (76 – 80) se propone aumentar la esperanza de vida, reducir la morbi-mortalidad y la mortalidad infantil así como establecer mecanismos de participación y el mejoramiento del medio ambiente. El 3er. Plan (1979) concentró sus objetivos en la atención óptima de la población en todas sus unidades del Sistema Único; así como también el mejoramiento de la planta física de los hospitales de la ciudad y de los departamentos y la puesta en marcha de la totalidad de los Centros de Salud y la apertura de farmacias populares en todo el país. Este 3er. Plan a diferencia del 1ro. y 2do. incorpora por primera vez la atención de la Costa Atlántica, lo que no aparece en los planes anteriores.

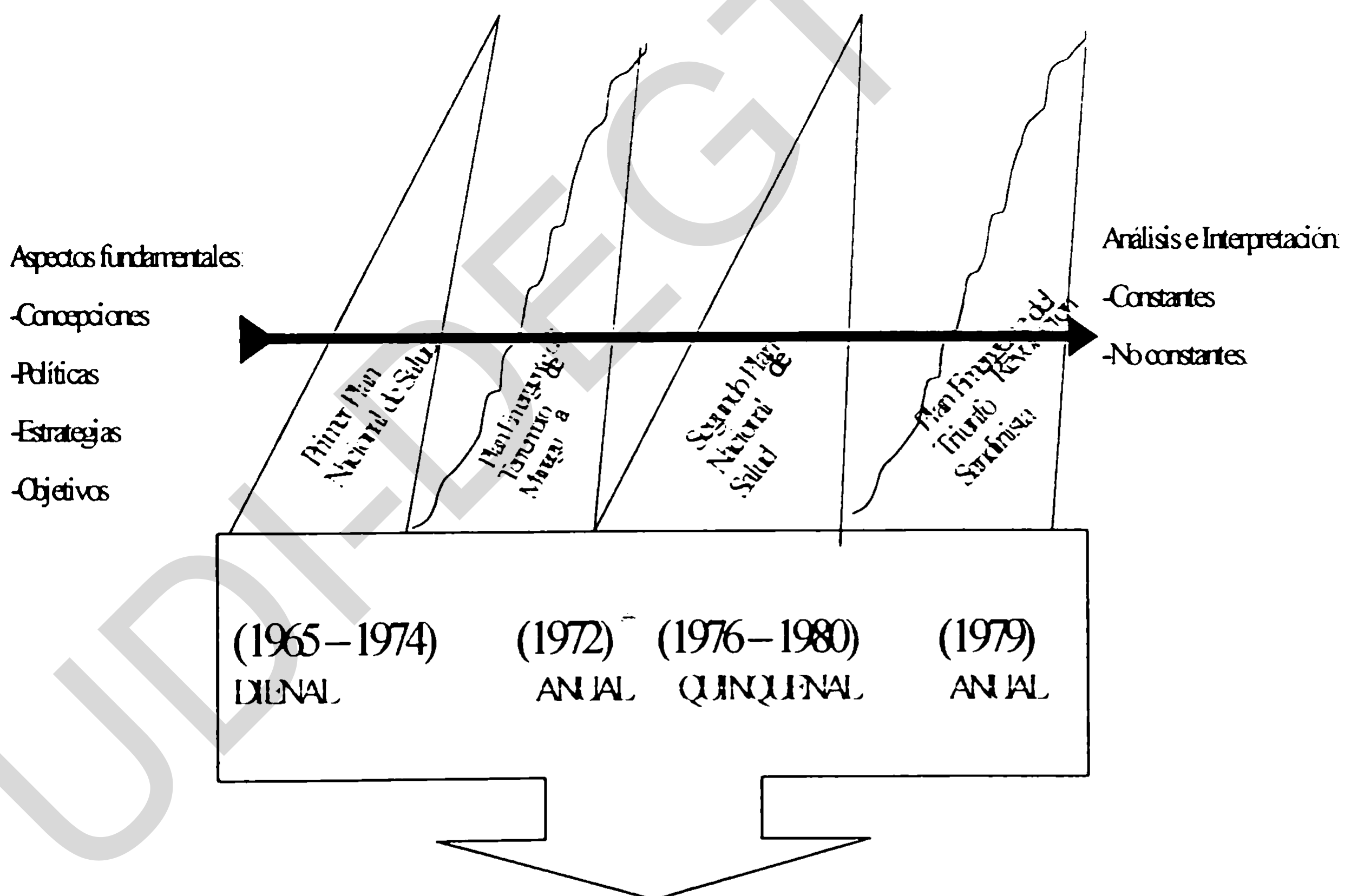
La planificación de esta década de acuerdo al testimonio de los informantes claves, podemos calificarla desde una perspectiva organizacional o poblacional en donde las decisiones importantes tendrían consecuencias a largo plazo, se trata de la planificación estratégica que representa un plan de acción concreto para la realización de sus objetivos teniendo en cuenta

elementos internos de la organización afectada por la planificación, así como elementos externos de su entorno.

Desde el 1er. Plan Nacional originado antes de dar inicio a la década 70 se establecieron prioridades de acuerdo a criterios técnicos de salud pública y al contexto socioeconómico en que se encontraba la mayoría de la población. Igualmente en este 1er. Plan ya se define como estrategia importante la integración de la medicina preventiva con la curativa. El proceso de Planificación aparece como un elemento que coadyuvó a la conformación del Sistema; como una condición necesaria más no suficiente para la sostenibilidad del mismo.

Es importante resaltar que en todos los Planes Nacionales aquí mencionados se evidencia un interés por establecer un ordenamiento y división territorial del País con el fin de lograr una mayor cobertura y accesibilidad de los servicios de salud hacia la población. Igualmente, desde el punto de vista organizativo y administrativo se establecen niveles jerárquicos para la efectividad en la descentralización y delegación de funciones; a nivel Central, Regional, Departamental y Municipal.

**GRAFICO # 1:
PLANES NACIONALES DECADA 70 – 79.**



DÉCADA 80 –89

De acuerdo a la información existente encontramos que en esta década se elaboraron nueve Planes Nacionales de Salud. Los primeros ocho planes (1980, 81, 82, 83, 84,85,86 y 87) reflejan un proceso de consolidación al SNUS (Sistema Nacional Único de Salud), durante su constante planificación, y fueron programados para un año de ejecución. A lo interno de estos Planes Anuales hubo un Plan Bienal con un enfoque Regional de 1985 a 1987 y luego el último Plan Nacional de esta década que fue Trienal de 1988 a 1990 enfocado hacia:

*La territorialización de los Servicios
La Municipalización de los Servicios
La definición de los perfiles hospitalarios.*

Todos estos planes conciben la salud como un derecho del pueblo y una responsabilidad del Estado junto al pueblo organizado. Desde la creación del SNUS (8 de agosto 1979) el marco de referencia de estos planes fue el programa histórico del FSLN que en uno de sus compromisos contempló: prestar asistencia gratuita a toda la población nicaragüense sin discriminación alguna. El SNUS entonces sirvió de instrumento para elevar de forma sustancial el nivel de salud y bienestar de los nicaragüenses eliminando las estructuras anacrónicas que obstaculizaban el desarrollo de la salud.

Los aspectos fundamentales de los primeros planes se concentraron en: el ordenamiento del nivel central, el fortalecimiento del nivel ejecutivo, la organización del trabajo, la supervisión más el control y la participación popular en la gestión y consolidación del SNUS.

A medida que avanzaban estos planes se nota un continuo perfeccionamiento en la conducción planificada del SNUS, el que se manifestó en a) una mayor participación en los procesos de planificación y ejecución por parte de los trabajadores del MINSA, b) un perfeccionamiento de los instrumentos de programación, c) una mayor utilización de los datos estadísticos, d) una profundización de la descentralización a través de la regionalización del Estado (división geográfica que se gestó desde el 1er. Plan Nacional de Salud en la década anterior).

Particularmente el Plan de 1984 recoge las evaluaciones de los anteriores (80, 81, 82 y 83) incorporando criterios cada vez más científicos y objetivos para la mejor conducción de dicho plan que estará orientado a incidir en el desarrollo socioeconómico del país y por ello se hace énfasis en que la institución de salud (SNUS) se convierta en una instancia transformadora de la sociedad y además que permita optimizar el uso de los recursos más escasos particularmente las divisas.

Para 1985, según testimonios de la Ministra de ese entonces Msc. Dora María Téllez, inicia la crisis en el sistema debido a las tensiones del enfrentamiento armado del gobierno nicaragüense con la contrrrevolución financiada por el gobierno norteamericano.:

- 1 - *Los indicadores de servicio se vienen cayendo a partir de 1983 en términos de: consultas médicas e ingresos hospitalarios.*
- 2 - *Se deterioró la producción de servicios*
- 3 - *Hay crisis en el suministro de medicamentos*
- 4 - *Altísima rotación de personal, producto del problema salarial.*

Por ello el Plan de 1986 declara que “La salud constituye un elemento político de gran importancia para contribuir a derrotar la agresión y enfrentar dificultades económicas”. Se refleja entonces en este plan un enfoque hacia el fortalecimiento de la hegemonía política – económica por el contexto de agresión externa en que se encontraba el proyecto revolucionario de ese entonces.

El Plan 87 y el 88 – 90 van a conservar la coherencia en su contenido respecto al del 86 ya que el contexto de agresión a la revolución nicaragüense permaneció igual en este período, estos planes argumentan: “Los riesgos para la salud de la población se han incrementado sensiblemente, tienden a deteriorarse aún más”. “El sistema de salud realiza este plan congruente con el esfuerzo nacional de delinear una perspectiva del trabajo a realizar ante la situación del país, caracterizada por la crisis económica consecuencia de la crisis internacional y del desgaste que produjo en la economía del país la agresión mercenaria de la administración Reagan.

Las políticas de salud que se reflejan en estos planes van a estar orientados a detener el deterioro y a consolidar los avances que se habían logrado y reorganizar el sistema para avanzar en medio de la crisis, además de poder mejorar los indicadores expandiéndolos por varias vías; se trabajó también los temas de- la calidad de los servicios y la expansión de los servicios privados porque el énfasis inicial de 1980 al 85 con el SNUS había sido un sistema eminentemente estatal; pero a partir de esta crisis en 1985 se vuelve urgente conciliar lo estatal con lo privado.

Se replanteó también la participación popular creando una nueva forma de atención primaria en los puestos médicos a través de una vinculación e incorporación recíproca entre la comunidad y el Ministerio de Salud (MINSAL) con esta nueva forma de participación se organizaron más de 200 puestos en los barrios de Managua lo que permitió descentralizar la atención primaria y se dejaron los centros de salud y policlínicas.

La prioridad en las políticas de salud de esta década estaba orientada a la equidad, gratuidad y la mayor cobertura posible en la atención aún en zonas que históricamente habían sido postergadas lográndose un mayor acceso por parte de la población. Igualmente la participación organizada de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades del SNUS en todos sus niveles fue una de las políticas fundamentales que se articuló transversalmente a estos planes.

A nivel de la formación de recursos humanos en el campo de la salud, la política educativa de la masificación y diversificación de la enseñanza vino a reforzar al SNUS al igual que el

establecimiento del servicio social en todas las carreras relacionadas con el campo de la salud.

Otro elemento importante contemplado en las políticas de salud en los planes de la década de los 80 fue la de priorizar la población a ser atendida, además de niños y madres se extendió a otros grupos sociales como obreros, campesinos, comunidades indígenas de la Costa Atlántica y combatientes que cumplían su servicio militar en zonas de guerra en esa época.

En esta década el Sistema Nacional de Planificación en Salud fue considerado el instrumento científico de conducción para el desarrollo del SNUS; que a su vez se vio reforzado por el ordenamiento y dinamización de las actividades científico – técnicas entre ellas la investigación en salud como centros de referencias. A nivel de la planificación se enfatizó en la descentralización de servicios que tiene que ver con los sistemas territoriales que dieron origen a lo que ahora llamamos SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral de Salud). Igualmente se descentralizó el presupuesto y con ello la capacidad de las unidades de salud de administrar sus propios fondos. Sin embargo esta medida se revocó y más tarde aparece el presupuesto de nuevo reconcentrado.

Con esta planificación descentralizada se lograr:

- 1 - Frenar el deterioro en términos de indicadores de producción de servicios.*
- 2 - Elevar los niveles de productividad.*
- 3 - Elevar la calidad en los servicios.*
- 4 - Iniciar una campaña de lucha por la defensa de la vida del niño a través de los servicios de salud y los programas preventivos.*

Según Dora María Téllez: “Cuando los Planes 1987 y 1988 – 90, fueron aprobados por el gobierno central; simultáneamente con ellos se aprobó el Consejo Económico y el Consejo de Planificación del MINSA siendo su misión principal : administrar su presupuesto acorde con sus necesidades siempre y cuando no demandara recursos adicionales; ya que la administración estatal en ese entonces era muy rígida. Esta autonomía en la administración del presupuesto permitió la eficiencia en términos administrativos”.

Respecto a la cobertura, notamos que en esta década desde el Plan Emergente del 79, la expansión de los servicios de salud en todo el territorio nacional la gente logró un acceso posible a sus condiciones objetivas a través de los puestos médicos o puestos de salud; como nunca antes visto, en la historia del MINSA; aún en las zonas de guerra se entraba y se salía tipo operativo ya que el personal médico tenía que ser custodiado, sin embargo hubo comunidades como en las Miskitas que funcionaron aún durante el éxodo de los Miskitos ya que estaban integrados a los equipos médicos personal de la contrarrevolución que obedecieron orientaciones del MINSA para atender a la población en estas zonas. Así lo afirma Dora María Téllez.

Los programas de inmunizaciones lograron una cobertura nacional en esta década, caracterizados por una alta y masiva participación popular que a la vez se iba logrando la

educación en salud a la población en esta dinámica participativa. Al respecto Dora María Téllez nos refiere: “ En el Sistema de Salud uno de los programas que ha mantenido su continuidad es el Programa de Inmunizaciones, aún cuando se ha dado un deterioro en el mismo, pero se ha sostenido gracias a que el personal de salud y los brigadistas de salud de los barrios y comunidades conservan la voluntad y conciencia de la importancia de ello y es por esto que se han logrado sostener exitosamente este tipo de programa”.

El Doctor Argeñal afirma: “Que el programa de inmunizaciones en la década de los 80 logró la mayor cobertura nunca vista al punto de erradicar la poliomielitis, no presentándose ningún caso hasta 1990 y debido a que la planificación de esta década hizo énfasis en la atención primaria; la participación comunitaria fue determinante para el éxito en la cobertura total.

En relación a la seguridad social con la creación del SNUS en esta década bajo la óptica de ofrecer servicios médicos gratuitos a toda la población que lo requería se mantuvo la contribución patronal – laboral de los asegurados y aseguradas para financiar la rama de enfermedad y maternidad, pero a la vez se daba una contradicción ya que los y las cotizantes del seguro social exigían su atención prioritaria.

Desafortunadamente las contradicciones se generaron y se agudizaron en el Estado revolucionario, mismo que entró en crisis respecto a la adquisición de los equipos médicos requeridos, provocando a los usuarios que participaran de los insumos para ser atendidos; lo que a su vez ocasionó que:

- 1 - Se elevara el tope salarial*
- 2 - Se elevaron las cuotas del 6 a 8%*
- 3 - El INSS trasladara todas sus instalaciones con el personal médico especializado al SNUS.*

El Doctor Oscar Flores, ginecólogo que ha ejercido la medicina privada por más de veinte años testimonia que con el SNUS se incrementó la atención gratuita también se estableció la metodología con enfoque de riesgo, por ello se tenían recursos con un nivel mediano para brindar atención a quien lo necesitaba. Desaparecieron las Juntas Locales por no ser equitativas, pues a veces habían 2 hospitales a 100 metros de distancia. Con la administración de Dora María Téllez en 1985 se propició la descentralización con la finalidad de que las unidades pudieran autosostenerse de forma autónoma y se inició la atención primaria dentro de los hospitales.

Respecto a la Medicina Privada según el Doctor Flores, disminuyó en su oferta y demanda debido a que:

- 1 - Se incrementó la fuga de médicos especializados en esta década.*
- 2 - Emigró la mayoría de la población que podía pagar los servicios de atención privada hacia otros países de Centro América y Estados Unidos.*

Las estrategias de los Planes en esta década estuvieron dirigidas a garantizar la mayor cobertura posible en la atención a la población y para ello las extensiones geográficas de incidencia fueron caracterizadas según:

- 1 - Su carácter urbano o rural.*
- 2 - Sus vías de comunicación*
- 3 - La distribución de los servicios.*
- 4 - Su densidad poblacional*
- 5 - Las características del medio ambiente.*
- 6 - Una población que oscila entre 15 y 8 mil habitantes en función de los tres elementos primeros de la caracterización.*
- 7 - Los puestos de salud además de tener una estructura física definida, pueden instalarse en una casa, escuela y/o local provisional.*
- 8 - En el centro de salud estará la administración de las áreas de salud dependiente de la dirección regional.*
- 9 - En las áreas rurales de difícil acceso los centros de salud dispondrán de 10 a 50 camas, principalmente para la atención de la madre y el niño.*

Otras estrategias de tipo organizativo que estuvieron dirigidos a garantizar la cobertura nacional de estos planes fueron: a) El fortalecimiento del Consejo Nacional Popular de Salud en la gestión del SNUS, b) Organización y desarrollo de las Jornadas Populares de Salud en los problemas de gran magnitud, c) Implementación en toda la república del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, para el perfeccionamiento de la recolección de la información a nivel de las áreas de salud, d) Organización de un Comité de Protección Nacional de Servicios del MINSA (CPNUS/MINSA), e) promoción de la investigación en salud definiendo planes temáticos de interés al SNUS así como la participación popular en salud, f) Creación del Programa de Higiene y Salud Escolar, g) atención a la higiene del medio, h) Establecimiento de convenios de cooperación técnica internacional, i) Elaboración de políticas de compras de medicamentos; implantando sistemas justos y racional de cobros y racionalización de la lista básica de los mismos, normando su consumo, j) Implantación de un sistema continuo de inventario de recursos humanos y un reglamento interno de trabajo, k) Implementación de un sistema de control de suministros contable y computarizado, así como también un sistema de información presupuestaria.

Igualmente se implementó un programa de egresos hospitalarios con base en el comportamiento histórico de los indicadores de utilización del recurso cama; dicho análisis arrojó que en muchos hospitales del país en esta década no había correspondencia entre la capacidad instalada y su productividad. Se desarrolló también como estrategia un proceso de transformación importante en el sistema con el fin de enfrentar y administrar la crisis, por ello se desarrollaron los sistemas territoriales de salud con base a la situación política, económica y social de cada territorio orientado a: elevar progresivamente la capacidad de resolución de estas unidades, la concientización de sus recursos humanos y materiales y a la programación local para optimizar la gestión en función de sus objetivos.

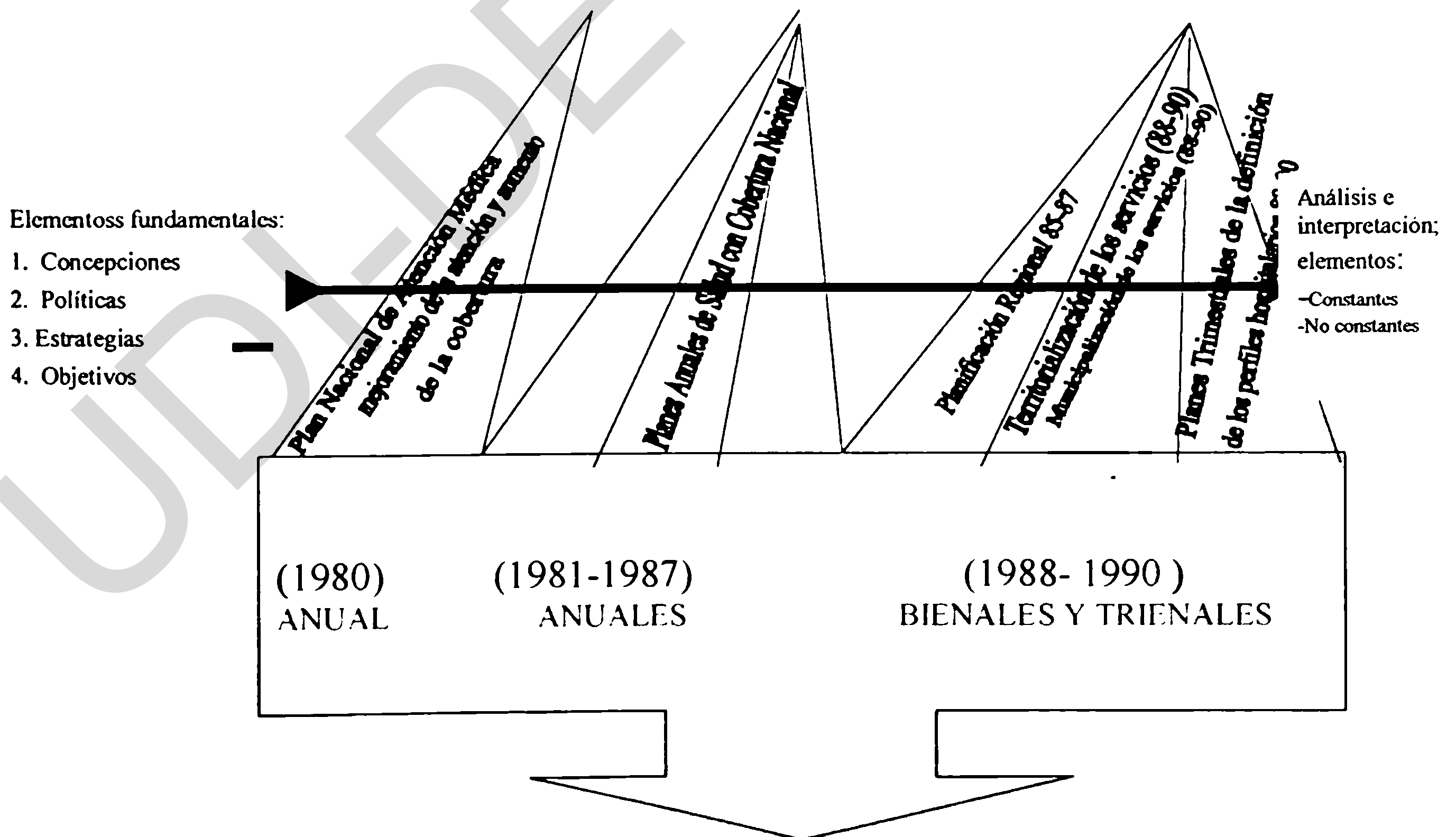
Los objetivos a ser logrados en estos planes se elaboraron en función de controlar la salud de los niños recién nacidos, de 30 días, de 1 a 11 meses y de 1 a 5 años; captando a los de alto riesgo y garantizado su atención médica respecto a inmunizaciones, parásitos intestinales, lactancia materna y paralelamente incrementar la educación popular en salud del niño. Algunos objetivos estuvieron enfocados al reforzamiento de las estrategias contempladas en los planes nacionales de la década. Otros se orientan al mejoramiento de las condiciones higiénico sanitarias del medio, de las comunidades rurales, de los alimentos y de los centros escolares.

También se leen objetivos dirigidos a impulsar y consolidar mecanismos de participación organizada, de la educación del pueblo en la producción de su propia salud, de la acción intersectorial que permitan un enfoque multicausal de la salud.

Hay objetivos que específicamente se refieren al fortalecimiento orgánico del sistema.

Los objetivos del último plan de esta década 88 – 90 se concentraron en la planificación de esa década, la que podemos caracterizar de tipo: normativa y política; la misma está orientada al cambio de valores o de ideología en el sentido de conseguir algunos grandes objetivos del sistema por ejemplo la equidad y la inclusión. En el caso de todos los planes de esta década se refleja una preocupación tanto en la concepción como en las políticas y los objetivos de alcanzar la mayor cobertura posible en la atención a la población al igual que la gratuidad para las grandes mayorías necesitadas de dichos servicios.

GRAFICO # 2: PLANES NACIONALES DE LA DECADA 80 – 89



DÉCADA 90 – 2000

Durante esta década se elaboraron e implementaron dos planes:

- 1 - Plan 1991 – 1993 para 3 años (1 Trienio)*
- 2 - Plan 1991 – 1996 para 5 años (1 quinquenio)*
- 3 - No hubo Planes Nacionales para el período 1997- 2.00, sino la implementación de planes institucionales articulados a las políticas nacionales de salud 97 – 2002.*

El primero (1991 – 1993) presenta características de un Plan Emergente orientado a enfrentar el deterioro que a nivel social, económico, nutricional e higiénico sanitario generado por los años de confrontación bélica en la década anterior. Al mismo tiempo se propuso: a) El fortalecimiento del modelo de atención primaria en salud que permitiera la mayor accesibilidad de la población a este tipo de servicio, b) El reforzamiento de profesionales por técnicos sanitarios, c) La apertura de nuevas unidades de salud y la extensión de la cobertura de los servicios canalizándolas hacia las regiones y micro territorios donde la atención primaria es muy limitada, d) La reorientación de la tendencia desigual del crecimiento de los servicios de la población

Este plan se comprometió fortalecer:

- 1. El proceso de regionalización de los servicios .*
- 2. La descentralización técnico – administrativa y financiera de los SILOS (Sistemas Locales de Salud).*
- 3. Las condiciones de salud a los grupos priorizados niño/a, madre, discapacitado/a y repatriado/a por lo menos en el primer nivel de atención.*

El segundo plan llamado Plan Maestro de Salud (1991 – 1996) si refleja elementos de un plan debidamente organizado en su contexto; el mismo a) Define las políticas de salud para ese quinquenio, b) Orienta acciones del Sistema Nacional de salud con base a problemas específicos, c) Identifica programas y proyectos que van a permitir la operacionalización de esas políticas, d) Identifica problemas prioritarios, reconociendo que las acciones estarán orientadas por el principio de equidad y eficiencia, e) Identifica también los programas prioritarios a las políticas y estrategias del mismo. Las políticas de este segundo plan estuvieron orientadas a:

- 1 - Implementar la atención primaria*
- 2 - Organizar los servicios de salud a nivel local en las SILOS.*
- 3 - Enfatizar la atención en salud a la población de mayor riesgo y a las regiones y municipios de mayor vulnerabilidad.*
- 4 - Diseñar e implementar alternativas de financiamiento de los servicios a nivel local.*
- 5 - Evaluación del estado de la infraestructura y equipamiento para su reparación, remodelación y sustitución, utilizando recursos propios y cooperación externa.*
- 6 - Implementar un proceso de calificación de la fuerza de trabajo para la implementación de los SILOS.*

- 7 - *Desarrollar un sistema de investigación en salud.*
- 8 - *Mejorar la organización institucional*
- 9 - *Establecer una política de abastecimiento médico.*
- 10 - *Promover el desarrollo de la industria farmacéutica nacional .*
- 11 - *Desarrollar mecanismos que aseguren la participación social en la planificación, ejecución, evaluación de los programas y servicios.*

Los objetivos de este plan maestro se concentraron en:

- 1 - *Reducir la morbi – mortalidad infantil y materna a través del mejoramiento nutricional a los menores de 5 años y de las mujeres embarazadas y en período de lactancia, al igual que extender la cobertura, eficiencia, eficacia y equidad en la atención de la salud.*
- 2 - *Establecer el Sistema Nacional de Salud descentralizado fortaleciendo los SILOS y promoviendo la participación de insumos médicos básicos.*
- 3 - *Disminuir el impacto que la discapacidad produce en el individuo, la familia y la sociedad, desarrollando acciones de prevención, rehabilitación integral y la integración social del discapacitado.*
- 4 - *Disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles, mediante la implementación de medidas preventivas y control de enfermedades y epidemias, mejorando la calidad de los servicios de agua, saneamiento y alimento, así como elevar el nivel de gestión institucional y local para la protección del medio ambiente.*

Los planes institucionales articulados a la Política Nacional de Salud 97 – 2002.

Testimonio de los Informantes Claves; respecto al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en la década 90 – 2000.

Zapata Sobalvarro opina respecto a la década de 1990 que en este gobierno neoliberal se inicia una política de mercado; entonces el Estado va a servir de mediador para darle servicio a la población, ya no será el garante, el responsable.

En el Sistema de Salud desaparece la estructura regional y se organiza la departamental que se le llamó SILAIS y se crean los municipios, se conserva nivel central quedando así: El Nivel Central es el primer plano de dirección y los SILAIS depende del Nivel Central y los municipios subordinados a los SILAIS.

Los principios que rigieron esta estructura fueron:

- 1 - *Integrar el Hospital a la Red de Servicios.*
- 2 - *Integrar lo preventivo con lo curativo.*
- 3 - *Mayor integración de la población.*
- 4 - *Traslado paulatino gradual de responsabilidades y recursos.*

Respecto a la participación social se programaron Juntas Directivas en los SILAIS y se organizaron Comités Municipales.

Sin embargo se comienza a cuestionar el Sistema de Salud en su funcionamiento debido a la influencia de la nueva economía de mercado consistente en recuperar costos y vender servicios. El INSS comienza a recuperar sus cotizaciones y a comprar servicios y es así que se organizan las Empresas Previsionales. Desde 1996 el Estado inicia un proceso de abandono de la responsabilidad por la salud de la población a la que se le deja sola ante el Mercado de la Salud.

En esta economía de mercado jugó su papel el Banco Mundial y el BID: El problema radicó en no buscar una alternativa o una estrategia que previera la afectación tan directa a la población. El Estado hasta 1990 asignaba de su presupuesto US\$ 30.00 dólares al MINSA para atender a cada ciudadano, en la actualidad asigna solamente US\$ 12.00 dólares, con ellos se están organizando servicios privados para recuperar costos aún en las salas generales.

En esta década se empieza a deteriorar el Sistema de Salud respecto a la atención de la población debido a que:

Se prioriza la maquila de los hospitales para la venta de servicios, mejora su hotelería, antes que atender a la población, el presupuesto de los hospitales están financiando a los servicios privados, la reforma del sistema está planteada al aspecto administrativo ya que la preocupación es gastar menos en la atención mientras se apoya y se financia lo privado, las empresas médicas previsionales no están dando respuestas a la población también hay corrientes ortodoxas neoliberales que opinan por que se vendan los servicios; en los hospitales estatales está privando la mentalidad de la privatización, sin embargo los hospitales estatales y los centros públicos son los que continúan dando respuesta a la población pero con una menor cobertura debido al proceso de desabastecimiento de equipos y de medicamentos que ha venido dándose desde que inicia la crisis en 1985 pero se agudiza en 1990 con el modelo neoliberal.

Zapata Sobalvarro continúa afirmando que este sistema va naufragando, va en descenso respecto a la atención de la población. No hay direccionalidad, no hay alcance en relación a la atención integral a la salud; hay incongruencia entre el discurso y lo que se está haciendo en la realidad, hay miedo a la descentralización. En la modernización al descentralización contempla dos aspectos 1) el municipio y 2) la sociedad civil; pero en el actual modelo se está trabajando con proyectos aislados que no se desprenden de un plan nacional ni de un programa porque no hay una política definida como lo hubo en la década de los 80 que a partir de una política se elaboraba el plan, del plan se pasaba a los programas y de éstos al proyecto lo que garantizaba el acceso y al universalidad de la atención.

Zapata finaliza diciendo que: "Actualmente no hay un plan de desarrollo a lo interno del Sistema de Salud. la rotación de recursos humanos se hace sin una planificación previa. La institucionalidad del sistema se va deteriorando. No han sacado una propuesta lógica. Hay

lentitud en la interpretación por la incapacidad y la no planificación. Todas las estructuras dicen y repiten qué hacer, pero nadie sabe cómo hacer debido a que hay una desagregación lógica “.

La Comandante Téllez al referirse a la década de los 90 opina que:” El Estado debería asumir un compromiso para todos los que perdieron sus miembros en la guerra. El Estado debería aprender que tiene que asumir responsabilidades y así las familias tendrían una respuesta.

También se debería dar continuidad a un proyecto de ley de los derechos del paciente dentro del sistema de salud que dejamos iniciado y ya no pudo ser llevado a la Asamblea Nacional; este proyecto es importante ya que el paciente tiene derecho a que se le pregunten cosas y a tomar decisiones por sí mismo, a que le expliquen lo que tiene a una determinada calidad en la atención y a una atención oportuna de tal manera que cada persona sepa que tiene derechos frente al sistema de salud y por tanto saber reclamar esos derechos y así cada paciente sería el mejor evaluador de la calidad de los servicios de salud que se le ofrecen, en otras palabras sería el mejor controlador. Una ley de derecho del paciente ayudaría mucho a humanizar el sistema de salud porque este problema no es filosófico sino que tiene que estar normado por patrones de conducta que tienen que ver con la dignidad humana”.

Argeñal Gómez al opinar sobre el Sistema de Salud en la década 90 afirma que “En esta década desaparece el Sistema Único de Salud (SNUS) reaparece el Seguro Social a través de las clínicas previsionales, viene un auge de las clínicas privadas y el Ministerio restringe al personal que venía contratando y se cierran centros y puestos de salud. En estos últimos 30 años el sistema de salud ha experimentado cambios abismales pero debe tomarse en cuenta el hilo conductor de las coincidencias de cada década. Hay una manipulación de la cobertura por la campaña electoral, el candidato del PLC priorizó en su campaña la atención médica y donación de medicamentos a las comunidades y municipios más vulnerables del país apoyado en un protagonismo superficial y coyuntural.

En esta misma década el nuevo gobierno liberal despidió a los recursos humanos preparados que habían sido capacitados por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, aquí hay una ruptura del hilo conductor ya que fueron sustituidos por recursos recién egresados o sin preparación para el cargo, sin experiencia y sin capacidad. e eliminó la planificación, hay nuevos profesionales en los cargos de dirección sin ninguna visión, sin ninguna planificación. Allí hay recursos vegetando, esperando que termine el período de gobierno”.

Actualmente la salud está únicamente en manos del Ministerio de Salud, las otras instituciones trabajan aisladamente. En los 90 – 95 se organizó el Consejo Nacional de Salud y el Gobierno de Alemán que inició en el período 96 – 2002 lo eliminó.

El sistema de salud como tal ha venido en regresión ha proliferado la medicina privada, ha habido esfuerzos por adquirir tecnología avanzada pero para la medicina privada se ha desabastecido equipamiento mínimo para servicios públicos, el seguro social tiene también limitaciones en su atención.

El Doctor Argeñal Gómez finaliza diciendo: "Solamente un gobierno con conciencia social salva a este sistema, ya que los últimos cambios han sido dramáticos al mismo".

Mendoza López refiriéndose a la seguridad social señala que " En la década de los 90 al surgir el nuevo gobierno de corte neoliberal se profundiza el reclamo de los asegurados que a pesar que contribuían con su cuota no recibían la atención médica adecuada comparable con la década de los 80 y es por esta razón que el INSS implementó un nuevo modelo previsional de atención a base de contratación de empresas públicas y privadas, mediante el pago de un per cápita por cada asegurado y asegurada adscritos a cada una de ellas en base a una libre escogencia.

Este modelo se ha iniciado con una canasta básica de atención, excluyendo la atención de ciertas especialidades como son oftalmología, odontología y psiquiatría. La actividad primordial es la amplitud de la canasta básica de servicios ¿Cómo incorporar protección integral, tal como lo establece la propia ley de seguridad social? Se está organizando a partir del autofinanciamiento del ahorro individual cada quien recibirá su pensión de acuerdo a lo acumulado durante sus cuotas.

En relación a la cobertura se inició el programa en 1993 con la primera clínica en el departamento de Masaya y actualmente existen 47 empresas médicas previsionales con una cobertura de 221.388 beneficiarios entre asegurados, aseguradas, cónyuges e hijos de una población cubierta de 320.000 personas aseguradas cotizantes, por cuanto existe en los departamentos la aplicación de la rama de pensiones de invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales ya que no se ha podido extender el modelo de atención en salud solo de pensiones. El resto de la población cotizante está protegido por la rama de pensiones".

Continúa diciendo el Dr. Mendoza López "Se han hecho encuestas en cuanto a la calidad y aceptación de los beneficiarios y supera el 80% de la satisfacción y en un futuro muy cercano se atenderá a las esposas de los asegurados en otro aspecto de la salud que no sea la maternidad, paralelamente invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales que se fundamentará en el ahorro individual mediante el manejo de cuentas y que al sufrir una contingencia prevista se otorgarán los beneficios de acuerdo a la expectativa de vida que le queda y el fondo acumulado y su rendimiento que serán administrados por Instituciones administradoras de fondos de pensiones bajo un estricto control de una Superintendencia de Pensiones específica para este efecto".

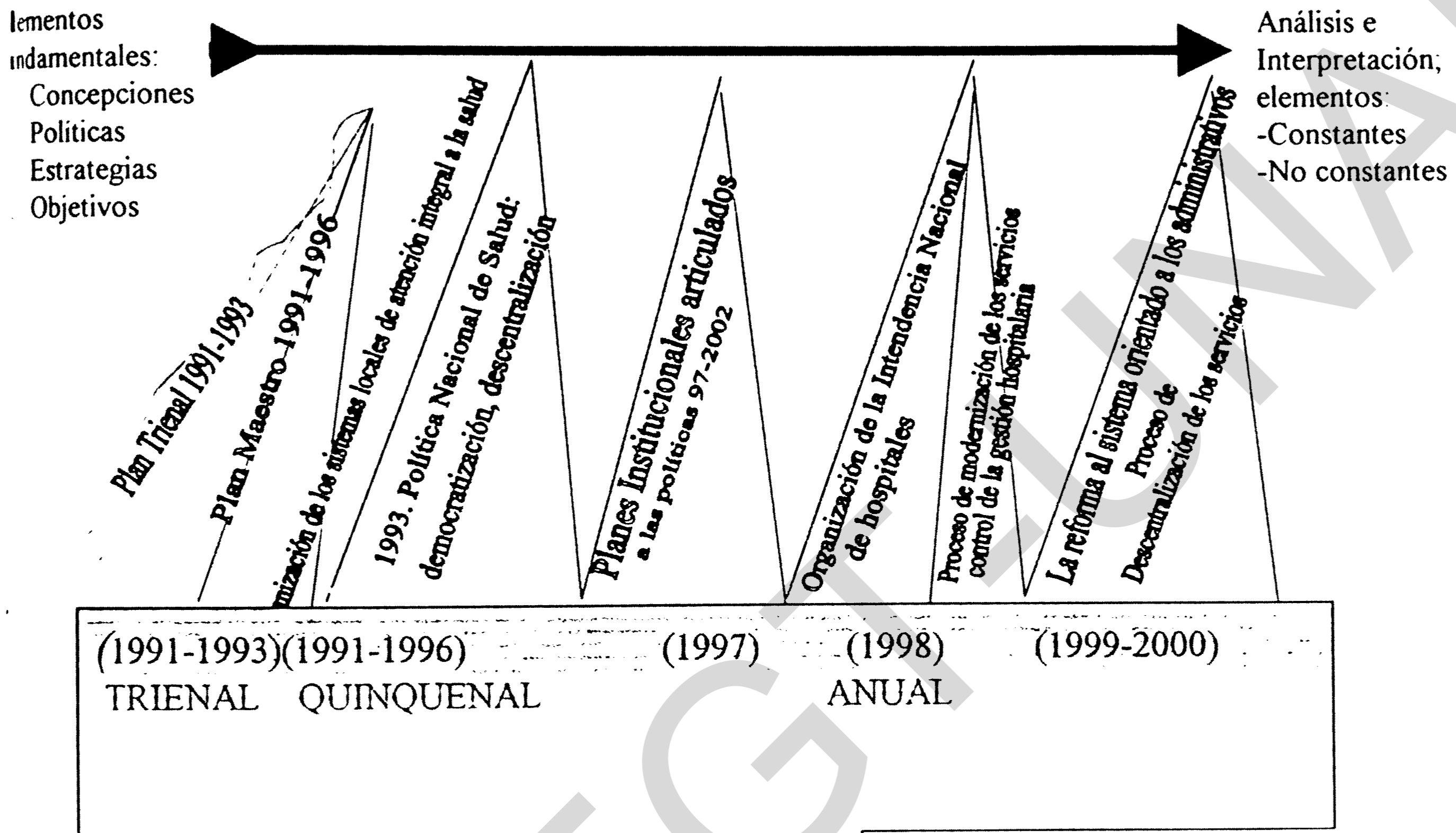
Mendoza López finaliza diciendo que el sistema de seguridad social nicaragüense es un sistema sólido que se han sostenido desde su nacimiento y a pesar de los cambios socio políticos que ha tenido el país y que a su vez presenta avances y limitaciones, entre ellos: de casi 5,000.000 de habitantes que tiene el país, solamente cotizan 320,000 habitantes y hay que atender a sus cónyuges e hijos hasta la edad de 6 años esta población cotizante equivale a un 6.4% de la población, ni siquiera llegamos al 10% de cotizantes y sin embargo se sostiene el sistema.

Sin embargo la práctica nos está diciendo que la atención médica a los asegurados y aseguradas también ha venido en detrimento de sus afiliados ya que las Empresas Médicas Previsionales prácticamente funcionan como empresas mercantiles y tratan al paciente como el cliente a quien se le atiende con la menor calidad posible para lograr la mayor rentabilidad de estas Empresas con el mayor beneficio para los dueños de las mismas y es por ello que una mayoría de los afiliados prefieren ir a las clínicas privadas garantizando así la atención con calidad y la simplificación del tiempo y trámites que con el Seguro Social se vuelve engorroso. La tercera reforma a la ley de seguridad social se inicia de 1990 a 1996 con la desaparición del Sistema Único de Salud y la creación de las Clínicas Previsionales de Atención Médica que pasaron a atender a la población asegurada.

El tipo de planificación de esta década, la podemos caracterizar como racional o programática; este proceso está asociado a la planificación táctica o estructural, que se ocupa de la disposición, organización y la incorporación de las actividades y recursos; el producto de esta etapa es evidentemente el programa.

Los planes de esta década se encontraron con problemas de salud agudos como: la discapacidad producto de la guerra, necesidad de proveer servicios de prevención y asistencia a los repatriados y desmovilizados y altas tasas de mortalidad por accidente y violencia. En la presentación del Plan Maestro quinquenal 91 – 96 se lee textualmente: “Para abordar estos problemas el Sistema Nacional de Salud deberá ser reforzado a través del desarrollo de los SILOS (Sistemas Locales de Salud). Estos sistemas permitirán desarrollar y consolidar la capacidad del nivel local y asegurar que los limitados recursos con que cuenta el país sean utilizados de manera eficiente eficaz y equitativa”. Por ello consideramos que es una planificación táctica.

GRAFICO # 3: PLAN DE SALUD DE LA DECADA 90 – 2000



A través de nuestro estudio fuimos comprobando nuestra Tesis la que estuvo relacionada con las rupturas socio políticas antes mencionadas y el proceso de planificación que experimentó este sistema durante las décadas tomadas en cuenta en nuestro análisis.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que a lo largo de estas tres décadas (70-79), (80-89), (90-2000) el Sistema en mención ha venido demostrando interés y beligerancia para resolver los problemas de Salud de la población nicaragüense dando respuesta, (a pesar de las limitaciones de recursos) a situaciones emergentes como también regulares con Planificaciones Estratégicas de cobertura nacional, departamental y local dentro de la geografía nacional.

Nuestro estudio refleja que desde el ámbito de la Planificación en Salud, Nicaragua desde la década de los años 70 ha venido haciendo esfuerzos organizados y participativos para responder a la problemática de la salud a lo interno del país con el apoyo de los organismos internacionales OPS/OMS con los que ha demostrado mantener estrechos vínculos en materia de Políticas de Salud.

CAPITULO IV

1.- Hallazgos importantes y determinantes para la estabilidad del Sistema de Salud Nicaragüense.

PRIMERA DECADA ANALIZADA 70 – 79

1.- *El Primer Plan Nacional de Salud de Nicaragua se produce en la primera década (70 – 79) y concretamente fue programado para un decenio que abarcó el período 1965 – 1974; su autor es el Dr. Orontes Avilés Rueda uno de nuestros informantes claves; este Plan refleja en su contenido una elaboración altamente técnica con mucha información cuantitativa a nivel nacional . El equipo de técnicos participantes fue de 150 personas entre Médicos, Ingenieros Sanitarios, Enfermeras, Educadores, Inspectores de Saneamiento, Auxiliares de Enfermería y Estadísticos. La metodología usada en la formulación de dicho Plan fue sugerida por el Instituto de Planificación Económica y Social de la CEPAL Chile.*

El período de 10 años para el cual fue programado este Plan, no volvió a repetirse en la historia de la Planificación del MNSA-Nicaragua de acuerdo a las tres décadas de la evolución histórica de Planes Nacionales que hemos analizado en este estudio. La tendencia encontrada fue de un descenso en la duración de los Planes, pasando de 10 años a 5 años, luego a 3 a 2 y hasta 1 año, este descenso estuvo influenciado por las rupturas sociopolíticas que ha experimentado la sociedad nicaragüense de origen natural como también social desde el Terremoto de 1972 hasta nuestros días.

1.1 *El Primer Plan Nacional de Salud (1965 – 1974) fue aprobado por decreto # 2 del 24 de abril de 1964, y cuyos detalles y pormenores aparecen en un documento de más de 200 páginas titulado: “Plan Nacional de Salud de Nicaragua”. El mismo está archivado en la Biblioteca privada del Doctor Orontes Avilés Rueda en su casa de habitación; no existiendo copia en la Biblioteca del MINSA, ni de la OPS, ni del CIES, solamente el Doctor Avilés cuenta con este documento. Al respecto creemos que el Ministerio de Salud debe recuperar este documento valioso para la historia del MINSA-Nicaragua y ser depositado en la Biblioteca Nacional de éste. Nuestro estudio es un punto de partida para iniciar gestiones al respecto.*

1.2 *Este 1er. Plan dio origen a: la creación de una Institución Técnica – Administrativa del sector salud que llevara el nombre de:*

- *Servicio Nacional de Salud*
- *Ministerio de Salubridad.*
- *Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.*
- *Ministerio de Salud Pública.*

- *Ministerio de la Salud de Nicaragua (este nombre se ajusta más a los conceptos y terminología moderna de la salud). Todas estas nominaciones llevaban como propósito la integración de la diversidad de programas que andaban dispersos y que duplicaban esfuerzos en los servicios de salud que se le ofrecía a la población.*

1.3 Con este Plan se prioriza también :

- *La Dirección de Planificación del Ministerio de Salud.*
- *La atención de la investigación en el área de la salud.*

1.4 Al mismo tiempo el Plan recomendó:

- *Dejar al INSS como institución independiente.*
- *Dejar al Hospital General de Managua como institución nacional independiente y altamente especializada.*
- *Dejar los servicios municipales y al Instituto Nacional de la Vivienda como sectores independientes.*
- *Dividir al país en Áreas Programáticas Locales.*
- *Independencia ejecutiva local o descentralización de las áreas locales.*
- *Supervisión central.*
- *Un presupuesto por programa para cada centro de salud – hospital.*

1.5 El Primer Plan fue el punto de partida para:

- a) *La integración de la medicina preventiva con la curativa.*
- b) *La unificación de las diferentes instancias de salud que andaban dispersas e independientes y/o divorciadas entre ellas.*

1.6 Consecuentemente seguido del Primer Plan para un decenio, surge un Segundo Plan el de 1976 – 80 para un quinquenio y luego un Emergente Anual el de 1979 por la segunda ruptura que experimenta el país en esta primera década; lo que nos lleva a afirmar la presencia sistemática de Planes Nacionales Regulares y Emergentes que sin duda fue un elemento coadyuvante a la sostenibilidad del sistema en sus diez años de existencia como tal. Es importante señalar aquí la importancia del Estudio Diagnóstico sobre los costos de los daños ocasionados al sector salud por el Terremoto de Managua en 1972; elaborado en la Primera Ruptura de esta década.

2 El Segundo Plan (76 – 80) define el derecho a la salud en el marco de un concepto incluyente sin discriminación alguna, igualmente su convocatoria a la participación amplia, democrática e integradora para todas las instituciones reconocidas por el Estado.

- 2.1 *Este Segundo Plan definió a la familia como la unidad biológica – social – básica, para mejorar la salud del pueblo identificando a la familia como centro del desarrollo social.*
- 2.2.- *Este plan también encausó su estrategia a aumentar la cobertura de los servicios en cantidad y calidad sobre todo el área rural.*
- 2.3.- *Este mismo plan se propuso aumentar la esperanza de vida de 56.6 años para ambos sexos y llevarla a 61 años.*
- 3 *Desde esta década 70 – 79 ya se prioriza en los Planes Nacionales la atención a grupos vulnerables centrados en: madre – niño, escolar, adulto, la familia como unidad biológica social básica ya la población rural; al igual que un Sistema de Registro tan imprescindible en controles, seguimiento y estudios relacionados a la atención a estos grupos.*
 - 3.1.- *A excepción del Primer Plan, el resto toma en cuenta la participación de la comunidad como un elemento fundamental en el éxito del cumplimiento de los objetivos de dichos planes.*
 - 3.2.- *La mayoría de los planes en esta década asumen como estrategia la organización del sistema por niveles jerárquicos: Nacional, Regional y/o Local o Áreas de Salud; dándose inicio a una descentralización en la gestión.*
 - 3.3.- *La educación en salud a la población es parte integrante de estos planes con el fin de: lograr cambios ideológicos en la población tanto en las actitudes como en las prácticas para manejar su vida cotidiana.*
 - 3.4.- *El Seguro Social como institución independiente respecto a la atención a sus asegurados y aseguradas en esta década, llevando la sigla INSS; era un órgano especial, creado para la protección de los trabajadores y sus familias en los niveles preventivos curativo y de rehabilitación, el mismo había construido sus propias instalaciones médicas como clínicas, policlínicas y hospitales donde atendía a sus asegurados, aseguradas, las cónyuges mujeres y los hijos de éstas hasta los 2 años de edad. Esa independencia lo llevó a ser eficiente en la atención médica para la población asegurada, única en la historia de la seguridad social en nuestro país.*
 - 3.5.- *La Medicina Privada en esta época se ejercía ampliamente y era bien retribuida, lógicamente era demandada por la clase media y alta; esto se debe a que el país en ese entonces gozaba de buenas exportaciones de algodón por los grandes cultivos que lograba y el petróleo estaba teniendo su apogeo a nivel internacional; igualmente se producían grandes cultivos de café que generaban divisas al país.*

- 3.6.- *El último plan de esta década (anual de 1979) a pesar de ser emergente es el que da inicio a la conformación del Sistema Único de Salud (SNUS), perfeccionado más el que se había venido gestando con los 2 primeros planes y ampliando más su cobertura que posteriormente la llevará a la totalidad del país, proponiéndose también mejorar los servicios para toda la población sin discriminación alguna; desde su nacimiento el SNUS también promovió la creación de farmacias populares en todo el territorio nacional.*
- 3.7.- *La totalidad de los Planes Nacionales de esta década reflejan un consenso en sus concepciones al definir al Ministerio de Salud como la Institución responsable de la salud de la población como un deber ante la sociedad, desde una posición de compromiso social.*

SEGUNDA DECADA ANALIZADA 80 – 89

1. *La participación organizada de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades del SNUS en todos sus niveles fue una de las políticas fundamentales que se articuló transversalmente a los planes de esta década.*
2. *El Sistema Nacional de Planificación en salud fue considerado el instrumento científico de conducción para el desarrollo del SNUS. A este nivel se enfatizó en la descentralización de servicios relacionados con los sistemas territoriales que dieron origen a lo que ahora llamamos SILAIS. (Sistemas Locales de Atención Integral de Salud).*
3. *El presupuesto fue descentralizado y con ello la capacidad de las unidades de salud de administrar sus propios fondos. Sin embargo, esta medida se revocó y más tarde aparece el presupuesto de nuevo reconcentrado. Entre 1982 y 1989 los inventarios de medicamentos se mantuvieron alrededor de US\$ 35.5 millones de dólares y 4.2 millones de kg. Sin embargo a partir de 1990 el recorte presupuestario y la introducción de las políticas erróneas de privatización, llevaron a la disminución de los inventarios de reserva hasta en 200 mil kg. en 1991 y en 1.7 millones de kg. en 1992, sin embargo las reservas de insumos dejadas por el gobierno sandinista duraron hasta fines de 1991, por eso el gobierno de Violeta Barrios de Chamorro no tuvo crisis significativa en esa área hasta 1992.²⁸*
4. *Se aprobó el Consejo Económico y el Consejo de Planificación del MINSA; cuando los Planes 1987 y 1988 – 90, fueron aprobados por el gobierno central.*
5. *Se inició la expansión de los servicios de salud en todo el territorio nacional como nunca antes visto en la historia del MISA; desde el Plan Emergente del 79.*

²⁸ Dr. Gustavo Porras . Secretario General de la Federación de los trabajadores de la Salud (FETSALUD). “Las Reformas en los Servicios de Salud a partir de 1990”. Managua, Nicaragua / Mayo 1994.

6. *El Programa de Inmunizaciones aún cuando se ha dado un deterioro en el mismo, se ha sostenido gracias a que el personal de salud y los brigadistas de salud de los barrios y comunidades conservan la voluntad y conciencia de la importancia de ellos debido a la educación sistemática en salud que se le otorgó a la población en esta década.*
7. *La participación comunitaria en esta década fue determinante para el éxito en la cobertura total, la misma actuó de forma conciente y organizada debido a la Educación en Salud que implementó el SNUS (Sistema Nacional Unico de Salud) de manera sistemática y permanente. Cuando se desarrollaron Jornadas Nacionales de Vacunación la participación de la población fue masiva y organizada lo que garantizó el cumplimiento de metas en esta década que vino a erradicar enfermedades que en décadas anteriores no se habían eliminado por ejemplo la Poliomelitis.*
8. *En relación a la seguridad social con la creación del SNUS en esta década bajo la óptica de ofrecer servicios médicos gratuitos a toda la población que lo requería; se mantuvo la contribución patronal – laboral de los asegurados y aseguradas para financiar la rama de enfermedad y maternidad, pero a la vez se daba una contradicción ya que los y las cotizantes del seguro social exigían su atención prioritaria. Desafortunadamente las contradicciones se generaron y se agudizaron en el Estado revolucionario; mismo que entró en crisis respecto a la adquisición de los equipos médicos requeridos, provocando a los usuarios que participaran de los insumos para ser atendidos lo que a su vez ocasionó que:*
- *Se elevara el tope salarial.*
 - *Se elevaron las cuotas del 6 al 8%*
 - *El INSS trasladó todas sus instalaciones con el personal médico especializado.*
10. *Las extensiones geográficas de incidencia fueron caracterizadas según*
1. *Su carácter urbano o rural.*
 2. *Sus vías de comunicación.*
 3. *La distribución de los servicios.*
 4. *Su densidad poblacional.*
 5. *Las características del medio ambiente.*
 6. *Una población que oscila entre 15 a 80 mil habitantes en función de los tres elementos primeros de la caracterización.*
 7. *Los puestos de salud, además de tener una estructura física definida, pueden instalarse en una casa, escuela y/o instalación provisional.*
11. *Se elaboraron de políticas de compras de medicamentos implantando sistemas justos y racional de cobros y se racionalizó la lista básica de los mismos, normando su consumo, implantación de un sistema continuo de inventario de recursos humanos y físicos a la vez*

de elaborar e implementar un reglamento interno de trabajo y se realizó un análisis ocupacional del personal del MINSA; se dio también la implantación de un sistema de control de suministros contables y computarizados, así como también un sistema de información presupuestaria.

12. *Se desarrollaron los sistemas territoriales de salud con base a la situación política, económica y social de cada territorio orientadas a elevar progresivamente la capacidad de resolución de estas unidades, concentrar de sus recursos humanos y materiales y la programación local para optimizar la gestión.*
13. *La medicina privada inicia un proceso de deterioro debido a la organización del SNUS y a los cambios en el Modelo Económico y Social del país.*

TERCERA DECADA ANALIZADA 90 –2000

1. *En 1990 con la llegada al poder del Gobierno Neoliberal se inicia un proceso dirigido a hacer desaparecer el Sistema Nacional Unico de Salud con el fin de recuperar la autonomía del Seguro Social . Este principio es sostenido en un intento por hacer reaparecer los Servicios Médicos de la Seguridad Social. Las políticas expresadas en el Plan Maestro de Salud de 1991-1996, tenían contradicciones fundamentales con las reformas neoliberal que venían implementándose en el país lo que condujo a conflictos entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas estimulados por funcionarios del Banco Mundial y la AID (Agencia Internacional para el Desarrollo) lo que fue resuelto a inicios de 1993 nombrando como nueva Ministra de Salud de ese gobierno a la anterior Vice-Ministra de Finanzas y funcionaria de confianza del Banco Mundial.*
2. *Los dos Planes Nacionales de esta década (91 – 93) y (91 – 96) según se lee en su introducción: “ fueron concebidos en un marco dirigido a crear condiciones propicias para el cambio social; donde las fuerzas políticas y sociales asumieron responsabilidades definidas frente a un programa de gobierno escogido popularmente dentro de un espíritu de concertación y reconciliación nacional, con el firme propósito de reducir las desigualdades prevalecientes” .*
- 3.- *En 1993 y 1994, la tendencia neoliberal del MINSA se propone poner en práctica :*
 - *La privatización de los Servicios*
 - *La desarticulación de los Sindicatos*
 - *La reducción del personal de MINSA*
 - *La privatización del mercado de medicamentos*

- *La reactivación de los Servicios Médicos de la Seguridad Social, bajo la errada convicción de que la introducción de la fuerzas del mercado mejorará la eficiencia en el uso de los recursos del sector salud.*
- 4.- *A partir de 1997 al 2000 no hubo Planes Nacionales propiamente dicho; las actividades nacionales de salud de este Ministerio estuvieron orientadas por Planes Institucionales que operacionalizaron las Políticas Nacionales de Salud definidas para el período 1997-2002 (según información de la Dirección de Planificación del MINSA-Nicaragua)*
- 5.- *Las estrategias, políticas y objetivos de los Planes 1991-1993 y 1991- 1996 estuvieron en correspondencia con la política social del gobierno central de esta década que priorizó la “estabilización y ajuste estructural” que corrigiera en el corto plazo las actuales distorsiones económicas el deterioro de la prestación de servicios y el nivel de vida de la población; dentro de una transición en marcha que impulsara y profundizara la descentralización y autonomía regional y municipal; por ello la creación de los SILOS como una red de servicios descentralizados que coordinaban acciones del sector a nivel municipal; fortaleciendo así el primer nivel de atención y su labor preventiva; lo que hoy conocemos como SILAIS por el nuevo concepto de Atención Integral, que se le incorporó a estos sistemas locales.*
- 6.- *Aparecen por primera vez en estos planes elementos como: Técnicas de Planificación, Organización, Gerencia e Información de los servicios de salud APRA lo cual es de suma relevancia la articulación de esfuerzos conjuntos gobierno – cooperación internacional en la búsqueda de las soluciones de los principales problemas de salud.*
- 7.- *Se crearon los SILOS (Sistemas Locales de la Salud), como una red de servicios descentralizados que coordinaban acciones del sector a nivel municipal; fortaleciendo así el primer nivel de atención y su labor preventiva; lo que hoy conocemos como SILAIS por el nuevo concepto de Atención Integral, que se le incorporó a estos sistemas locales.*
- 8.- *En la población priorizada a ser atendida por estos planes aparecen nuevos sectores poblacionales en un contexto de post – guerra tales como: repatriados, desmovilizados y discapacitados.*
- 9.- *De 1997 al 2000 no aparecen Planes Nacionales como tal; sino que se elaboraron Planes Institucionales articulados a las Políticas Nacionales de Salud (97 – 2002). Las mismas destacan la Atención Primaria a la mujer, la niñez y la adolescencia, igual que el desarrollo institucional, favoreciendo la descentralización para mejorar la calidad gerencial en los niveles local, regional y central además del logro de una mayor eficacia, eficiencia y equidad en la presencia de los Servicios de Salud.*
- 10.- *A nivel de la Seguridad Social se crearon las Empresas Médicas Previsionales (EMP) que atienden a la población cotizante al INSS para asegurar un mínimo de calidad en el*

otorgamiento de los servicios, ampliando el listado de prestaciones básicas y la cobertura al grado familiar (esposa, o compañera e hijos) inicialmente la protección a los hijos era hasta los 2 años; actualmente se les protege hasta los 6 años.

- 11.- *El sub – sistema de la Medicina Privada en cambio, registra un incipiente nivel de desarrollo que se ha visto reforzado por el crecimiento de las EMP. Si bien se desconoce con exactitud su dimensión, se estima que éste sub – sistema cubre aproximadamente un 5 % de la población total y que su estructura está compuesta por 7 hospitales con 200 camas, 200 clínicas de atención ambulatoria y un número no identificado de laboratorios y farmacias.*

CAPÍTULO IV
2.- MATRIZ DE HALLAZGOS DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD
DÉCADA 70 – 79

HALLAZGOS PLANES	CONTEXTO SOCIO ECONOMICO	TIPO DE PLANIFICACION	DECISIONES ASUMIDAS	APORTES HEREDADOS
1er. Plan Nacional 1965-1974	Modelo Desarrollista Régimen de Mercado Gobierno Dictatorial Salud considerada mercancía Prevalecía la inequidad en la atención a la salud de la población	Organizacional poblacional, es la planificación de las decisiones importantes que van a tener consecuencia a largo plazo.	<p>A) Creación de una Institución Técnica Administrativa del sector salud que llevara el nombre de: Ministerio de Salud de Nicaragua.</p> <p>B) Organización del sistema por niveles: a) Central o Nacional b) Regional c) Local</p> <p>C) Creación de la Dirección de Planificación del Ministerio.</p> <p>D) Respeto a la independencia del INSS. Hospital general, como institución altamente especializada.</p>	<p>A1) Integración de la Medicina Preventiva con la Curativa. A2) Articulación de las diferentes instancias de salud que estaban dispersas. B1) Inicia regionalización del país parra garantizar cobertura en la ejecución de los Planes. B2) Inicia la creación de estructura de base a nivel local para atender a la población. Divide el país en áreas programáticas locales. C1) Con la Dirección de Planificación se abrieron las siguientes divisiones: ➤ Estadísticas ➤ Presupuesto ➤ Supervisión de programas ➤ Asesoría Internacional D1) El respeto a la independencia de dichas</p>

			<p>Los servicios Municipales y el Instituto de la Vienda como sector independiente.</p>	<p>instituciones contribuyó a reforzar la atención en salud a la población desde diferentes ángulos o espacios.</p> <p>D2) Grantiza una mayor cobertura hacia diferentes sectores poblacionales.</p> <p>D3) Inicia un proceso de mejoría en la calidad de los servicios .</p> <p>D4) Apertura de nuevas especialidades en la atención a todos los asegurados.</p> <p>D5) Creación de sus propias clínicas y hospitales.</p>
<p>1976 – 1980 Para un quinquenio pasados 4 años del Terremoto. Durante dicho período se trabajó con base al Estudio Diagnóstico de “Los costos de los daños ocasionados al sector salud por el Terremoto de Managua en 1972”</p>	<p>Modelo Desarrollista Régimen de Mercado Gobierno Dictatorial Salud considerada mercancía Prevalecía la inequidad en la atención a la salud de la población</p>	<p>Organizacional poblacional, es la planificación de las decisiones importantes que van a tener consecuencia a largo plazo.</p>		<p>Se reconoció el derecho a la salud por parte de toda la población sin exclusión alguna. Se dio la oportunidad de participación en la gestión de la salud a todas las instituciones legitimadas por la sociedad civil y el Estado. Se elevó el estatus de la familia como un núcleo de la sociedad de vital importancia para la promoción de salud. Se trabajó para aumentar la esperanza de vida en los programas de atención primaria.</p>

HALLAZGOS PLANES	CONTEXTO SOCIO ECONOMICO	TIPO DE PLANIFICACION
Plan Emergente 1979. Anual.	<p>Es la década de Reestructuración del Sistema Capitalista Mundial donde se produce un corte entre el capitalismo de la reforma anterior y un nuevo capitalismo extremo y desnudo.</p> <p>Las economías latinoamericanas transitan por procesos de ajuste estructural.</p> <p>Se caracteriza a la región como de una economía en crisis y más recientemente en proceso de recuperación.</p> <p>La sociedad nicaragüense inicia un proceso de transformación económico y social como consecuencia del Triunfo de la Revolución Sandinista, que se caracterizará por una economía mixta, el desarrollo de una democracia participativa con pluralismo político y una política internacional de no alineamiento.</p>	<p>Normativa y Política extensión del proceso conduce al cambio de valores o de ideologías en el sentido de conseguir grandes objetivos del sistema por ejemplo: equidad e igualdad.</p>

<p>DECISIONES ASUMIDAS</p>	<p>APORTES HEREDADOS</p>
<p>Se inicia la conformación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) con un enfoque más integrador respecto a la Planificación y Ejecución de las acciones y fortalecimiento y eficiencia en su cobertura.</p> <p>Se decide organizar el país con una estructura de funcionamiento que abarque tres niveles: 1) Central que dirigirá lo Nacional 2) Departamental orientará a los Departamentos y ciudades 3) Comunal que serán las Áreas de Salud donde funcionarán los Centros de Salud, Puestos de Salud y Unidades Móviles de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliación de la cobertura hacia una totalidad del país. - Mejora en los servicios de atención a la población sin discriminación alguna en todas las Unidades del SNUS. - Se promovió la creación de las farmacias populares (100 en todo el país). - Se mejoró la planta física de los hospitales de Managua en un 100% y de 24 hospitales de los departamentos. - Se creó una estructura de funcionamiento acorde a las condiciones socio económicas y geográficas que el contexto del momento demandaba.

MATRIZ DE HALLAZGOS DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD DÉCADA 80 -89

HALLAZGOS PLANES	CONTEXTO SOCIO ECONOMICO	TIPO DE PLANIFICACIÓN	DECISIONES ASUMIDAS	APORTES HEREDADOS
Plan Anual de Atención Médica 1980	Continúan las transformaciones económicas y sociales que van a reforzar el proceso de conformación y organización del SNUS; pero caracterizada esta etapa por una crisis económica consecuencia de la crisis internacional.	<p>Normativa y Política extensión del proceso conduce al cambio de valores o de ideologías en el sentido de conseguir grandes objetivos del sistema por ejemplo: equidad e igualdad.</p> <p>Planificación permanente en la década que presenta mayor número de Planes Nacionales elaborados de acuerdo a la coyuntura presentada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se crea un programa de atención integral a mujeres. - Publicación de una revista mensual de información popular. - Gratuidad de los servicios de salud. - Aumento de la cobertura de atención en salud hacia zonas que históricamente fueron postergadas. - Reactivación del 100% de los centros de salud para su funcionamiento. - Consolidación del SNUS en su organización y funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una concepción particular de la <u>equidad</u> que se materializó en la gratuidad. - Mayor cobertura y accesibilidad en la atención a la población hasta en zonas históricamente postergadas. - Impulso de la participación organizada de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud en todos los niveles.

Plan Nacional de Salud 1981	El país está ante una situación caracterizada por la crisis económica consecuencia del desgaste que produjo en la economía del país la insurrección popular para el derrocamiento de la Dictadura Somocista.	Este plan está comprendido en un documento analítico titulado: El Sistema Nacional Único de Salud. Tres años de Revolución 1979 – 1982. República de Nicaragua, MINSA, 1982. Afirma que: a) Todas las actividades de salud deben ser planificadas. b) La planificación debe ser instrumento científico en la conducción y desarrollo del SNUS. Se continúa aplicando la planificación Normativa y Política que conduzca al cambio de valores e ideología en el sentido de conseguir grandes objetivos del sistema por ej: equidad e igualdad.	Se asume que la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado y del pueblo organizado. - Se define que los servicios de salud deben ser integrales y por ello debe realizarse en equipos interdisciplinarios, previa planificación y con la participación organizada de la comunidad. - Se constituyen las Áreas de Salud como unidades básicas del sistema desde el punto de vista geográfico, poblacional y de servicio.	- Por primera vez se integran programas de higiene y salud escolar.
Plan Anual 1982	Con la crisis de la deuda a partir de 1982 el FMI y el Banco Mundial empezaron a plantear abiertamente la necesidad de un ajuste estructural del cambio de estructuras. Se imponen las políticas de Ajuste Estructural. Desde los 80 se caracteriza a la región como de una economía en crisis y más	El presente Plan se inicia desde las áreas de salud y los hospitales en forma regionalizada. Se dispuso de la mayor información posible para poder hacer comparaciones y proyecciones históricas; se trabajó desde una perspectiva	- Atención prioritaria e integral a los grupos sociales básicos de la revolución: madres, niños, obreros, campesinos. - Consolidación de la participación popular en la gestión de los servicios de salud.	- Participación del Consejo Nacional Popular de Salud en la gestión del SNUS. - Formación de brigadistas líderes de salud y parteras empíricas. - Organización de la

	recientemente en proceso de recuperación. Se trataba de un cambio que postergaba las tareas del desarrollo del continente en función de una realización del capitalismo, para sustituir al capitalismo inversionista y organizado de los años 50 y 60 en un capitalismo desnudo y antisocial.	colectiva e interdivisional. Las palancas de este plan se concentraron en: - El ordenamiento del Nivel Central. El fortalecimiento del Nivel Ejecutivo.		sectorización de Managua y completación de la regionalización del país incluyendo Managua.
		- La organización del trabajo. - La supervisión central y participación popular. Toda esta planificación está comprendida dentro de la Normativa y Política que hemos venido analizando y sobre la base teórica en que sustentamos nuestra clasificación.	- Priorización de acciones preventivas: Inmunizaciones, letrificación, centro prenatal, desnutrición, malaria, tuberculosis, diarrea y educación popular.	- Desarrollo de las investigaciones aplicadas con énfasis en los servicios de salud.
Plan Nacional de Salud 1983	Entre 1980 y 1983 el PIB cayó a su mínimo nivel entre 2 y 3%. En términos per cápita, en esta década el crecimiento real decayó considerablemente. Los costos sociales de las políticas de estabilización y ajuste que se dieron durante la década de los 80 continuaron hasta los 90, lo que se evidencia en el crecimiento enorme de la pobreza en la región según la CEPAL.	El Plan 1983 partió de un movimiento de continuo perfeccionamiento en la conducción planificada del SNUS, que se manifiesta en términos de una mayor participación de los organismos de masa en todas las fases de su elaboración, una mayor participación de los trabajadores del MINSA, un perfeccionamiento de los instrumentos de programación,	- Fortalecimiento de la gestión del Ministerio de Salud en todos sus niveles acorde con los principios del SNUS. - Elaboración y aplicación de las bases y métodos de una política de formación, selección, evaluación y formación de cuadros en el MINSA. - Se dio el apoyo al desarrollo del movimiento	- Organización de un Comité de Protección Nacional de Servicios del MINSA. CPNS/MINSA. - Políticas de formación de Recursos Humanos en salud. - Consolidación de Programas de Investigación en Salud, con su plan temático incluyendo la participación popular en salud.
		Mayor utilización de los datos estadísticos, la introducción de	de innovadores en salud. - Se tomaron medidas necesarias	- Creación de un programa de Atención Integral al

		la coordinación interinstitucional y en la profundización de la descentralización; adecuándose a la nueva regionalización del Estado.
Plan Nacional de Salud 1984	Entre 1982 y 1989, el gasto social alcanzó entre el 18 y el 24% del total. Por ello podemos afirmar que el país sufrió de una contracción económica o estancamiento a lo largo de la segunda parte de la década de los 80.	Este Plan 1984 contiene mayormente lineamientos de políticas orientadas a la producción de servicios al consumo y abastecimiento técnico material, a la fuerza de trabajo y los salarios, al desarrollo científico – técnico a una política inversionista y a la organización y gestión.
1985	Este plan se elaboró en el marco de prioridades de salud de Centroamérica y Panamá. Igualmente se basó en los principios fundamentales del SNUS desde su creación el 8/08/79.	Las actividades de salud deben ser planificadas en el entendido de que la planificación es el instrumento de dirección más idóneo para racionalizar el uso

<p>para garantizar el funcionamiento del SNUS ante situaciones de agresión y desastres naturales.</p>	<p>trabajador y trabajadora. - Cobertura preventiva y asistencia rehabilitadora en Salud Mental.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrolló programas que detuvieron las migraciones del campo a la ciudad apoyando la estabilidad de la fuerza de trabajo, principalmente en el área productiva a nivel rural. - Aseguró los niveles de salud que garantizaran la disposición combativa de nuestro pueblo en la defensa. 	<p>El proceso de programación del Plan Nacional de Salud solo fue posible a través de la implementación de una nueva estructura organizativa a nivel de todo el país.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Global constituido por el propio plan de la economía nacional. 2. Nivel Sectorial constituido por los diversos sectores y ramas de la economía. 3. Nivel Territorial. Consistente en la organización y desagregación de los Planes Sectoriales. 4. Nivel de Unidades Operativas; son las unidades básicas operativas en cuyo nivel deben lograrse los objetivos planteados
<p>Los servicios de salud deben tener la mayor accesibilidad para toda la población, tanto desde el punto de vista geográfico y jurídico como económico y cultural.</p>	<p>Desarrollo institucional del SNUS. Expansión de la infraestructura física. Desarrollo del Programa de</p>

	<p>Debido a las características sociales y económicas prevalecientes generadas por la agresión la atención en salud se coloca en primer orden, a los nicaragüenses involucrados en la defensa del país.</p>	<p>de los recursos. La comunidad debe integrarse a todas las actividades planificadas por el SNUS.</p>
<p>1986</p>	<p>La salud se convierte en un instrumento político, para enfrentar la agresión en contra de la Revolución. Todas las instituciones del Estado unen sus esfuerzos en un marco de austeridad, racionalidad y optimización de los recursos humanos y materiales existentes en el país, para cumplir con las tareas generales de salud, contempladas en este plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Este plan fue subdividido en 10 programas para su efectivo cumplimiento y eficiencia. - Este plan se elaboró también bajo la concepción de que la salud se constituyera en una acción que contribuyera al fortalecimiento de la disposición combativa del pueblo en la defensa y capacidad productiva de los trabajadores.
<p>1986</p>		

<p>Los servicios de salud deben tener un carácter integral y el trabajo debe realizarse en equipo. Creación de una legislación de apoyo al Abastecimiento Técnico Material.</p>	<p>Formación de Recursos Humanos. Fortalecimiento de la participación de la comunidad. Ordenamiento del Sistema de Abastecimiento Técnico Material.</p>
<p>- Las decisiones tomadas parra este plan estuvieron orientados al cumplimiento de metas que se definieron de los 10 programas en que se subdividió:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de Consultas Médicas para menores de 1 año y mayores de 15 años. 2. Programas de egresos hospitalarios se descubrió que no había correspondencia entre capacidad instalada y su productividad. 	<p>- La subdivisión del plan en programas y metas para lograr su cumplimiento y efectividad en condiciones adversas.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 3. Programa de actividades Materno – Infantil. 4. Programa de actividades de rehabilitación para: <ul style="list-style-type: none"> - Amputados. - Retardo psicomotriz. - Otras patologías. 5. Programa de salud bucal dirigido a escolares, pre escolares y gestantes. 6. Programa de inmunizaciones a menores de 1 año. 7. Programa control de la rabia. 	

			8. Programa de tuberculosis. 9. Programa de inspecciones de higiene. 10. Programa de formación de Recursos Humanos.	
1987	<p>Los riesgos para la salud de la población se han incrementado debido a la escalada de agresión que ha venido enfrentando el país; sin embargo esa condición ha generado otros factores positivos que impactan a la salud o facilitan su abordaje tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El proceso de institucionalización de la Revolución. - Grado de dirección y control alcanzado por el Estado y el pueblo. - El progresivo incremento de los niveles de conciencia y organización alcanzado por el pueblo. 	<p>El diseño de este plan estuvo enfocado hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El mejoramiento de la situación higiénica sanitaria de los territorios con el resto de las instituciones estatales y una mejor participación popular. - Contener el deterioro del perfil epidemiológico. - Administrar rigurosamente los recursos financieros disponibles. - Avanzar y consolidar el proceso de desarrollo orgánico e institucional del SNUS. - Dirigir la cooperación externa a respaldar las políticas y prioridades del presente plan. 	<p>Se priorizó la atención en salud a grupos poblacionales claramente definidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Combatientes. b) Trabajadores productivos. c) Población campesina. d) Comunidades indígenas de la Costa Atlántica. e) Grupos de riesgo: madre, niño y menor de 1 año. <p>- Se logró evitar el deterioro del estado de salud de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En condiciones adversas, se elevó la prestación de servicios, utilizando al máximo la capacidad instalada, incrementando la productividad y mejorando la calidad de la atención, avanzando en el fortalecimiento y el desarrollo institucional del SNUS.
1988 – 1990	<p>El país y la Revolución se encuentran en la mayor crisis socio económica y política nunca vista, con un desgaste moral y económico de la población nicaragüense con 10 años de lucha por el proyecto revolucionario el cual devino por el bloqueo económico que sufrido por la sociedad nicaragüense..</p>	<p>El enfoque en la planificación de este plan es la territorialización de los servicios de salud debido a la crisis más severa en que se encontraba el país y con ello todas las instituciones del Estado nicaragüense.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las políticas de salud estuvieron inspiradas en atender los principales problemas de salud a) Morbimortalidad infantil. b) Lesiones por armas de guerra. c) Causas de muerte violenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Territoriales de salud con base en la situación socio política y económica del país; orientada a: - Elevar progresivamente a capacidad de resolución de las unidades de salud.

				- Concentración de sus recursos humanos.
--	--	--	--	--

UDI-DEGT-UNVA

MATRIZ DE HALLAZGOS DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

DECADA 90 – 2000

HALLAZGOS PLANES	CONTEXTO SOCIO ECONOMICO	TIPO DE PLANIFICACION	DECISIONES ASUMIDAS	APORTES HEREDADOS
1991 – 1993 1991 – 1996 Planes Institucionales 1997 – 2000	<p>En Nicaragua se acumularon los efectos de diversos eventos internos: polarización política, problemas sobre la propiedad, huelgas, paros y confrontación armada; como también de complejos eventos externos: cambios en el mercado internacional, incremento de la deuda externa, falta de inversiones; y de desastres naturales de grandes dimensiones.</p> <p>La crisis económica de América Latina ha tenido mayores efectos en nuestro país, debido a la reciente guerra sufrida y los desastres naturales. Compartimos también con el resto de América Latina una situación de salud caracterizada por altas tasas de mortalidad infantil y materna, alta prevalencia de enfermedades transmisibles y una tendencia al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas.</p> <p>Se implementa el Modelo Económico Neoliberal con el Ajuste Estructural .</p>	<p>El tipo de planificación de esta década podemos caracterizarlo como: <u>Nacional o Programático</u> este proceso está asociado a la planificación táctica o estructural que se ocupa de la disposición, organización y la incorporación de las actividades y recursos; el producto de esta etapa es evidentemente el <u>programa</u>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de regionalización de los servicios. - La descentralización técnico, administrativa y financiera de los Sistemas Locales de Salud SILOS. - Priorización de otros grupos poblacionales: discapacitados y repatriados. - Diseñar e implementar alternativas de financiamiento de los servicios a nivel local. - Desarrollar un sistema de investigación en salud. - Establecer una política de abastecimiento médico. - Implementación de Planes Nacionales Institucionales articulados a las políticas nacionales de Salud 97 – 2002. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia una Política de Mercado a lo interno del Sistema de Salud; donde el Estado va a servir de mediador en la atención de salud a la población. - Se promueve el desarrollo de la industria farmacéutica nacional. - Se establece un sistema de salud descentralizado y fortalecido en los SILOS, ahora SILAIS. - Desaparecen los Planes Nacionales de Salud a partir de 1997 para pasar a Planes Institucionales.

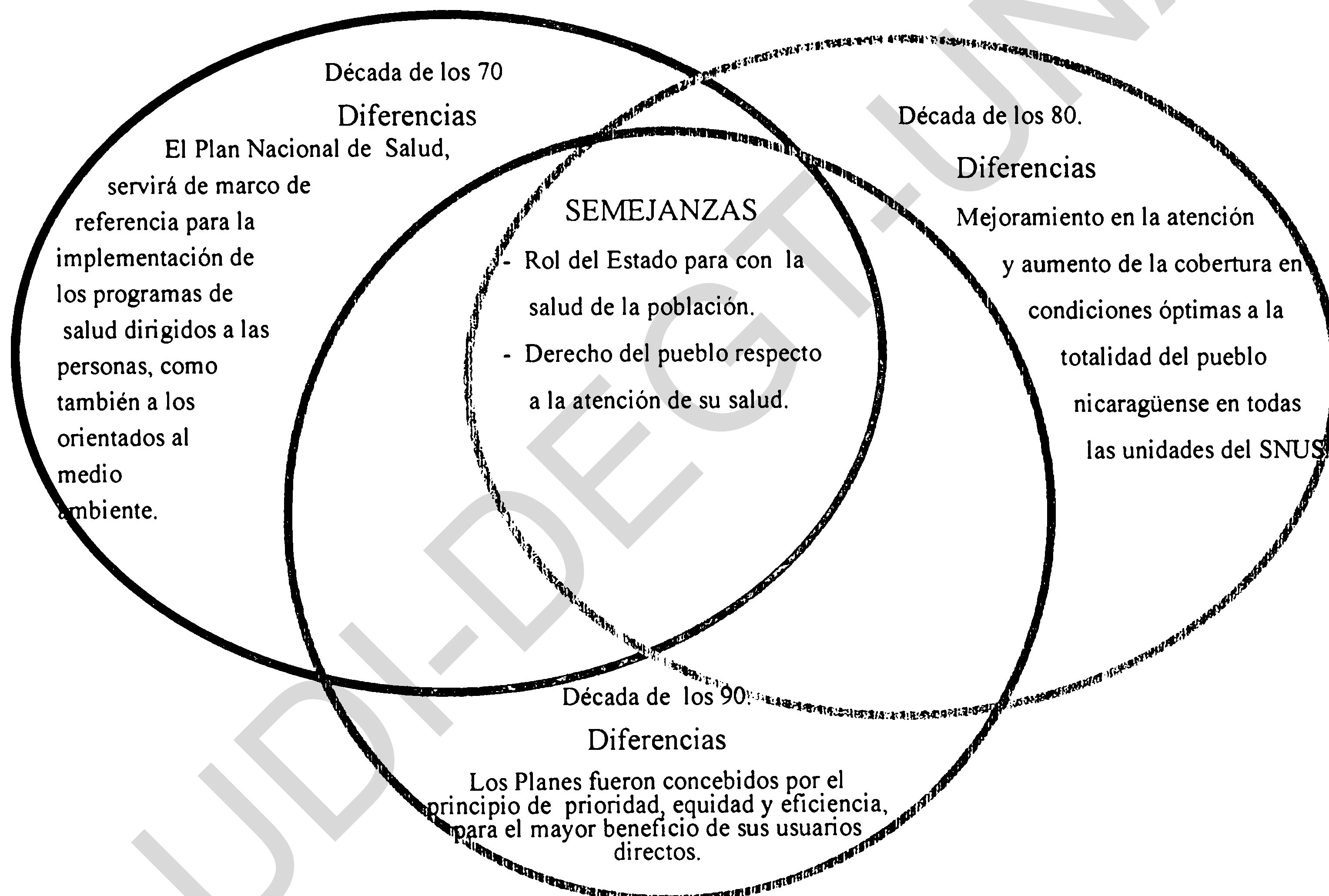
CAPITULO V

126

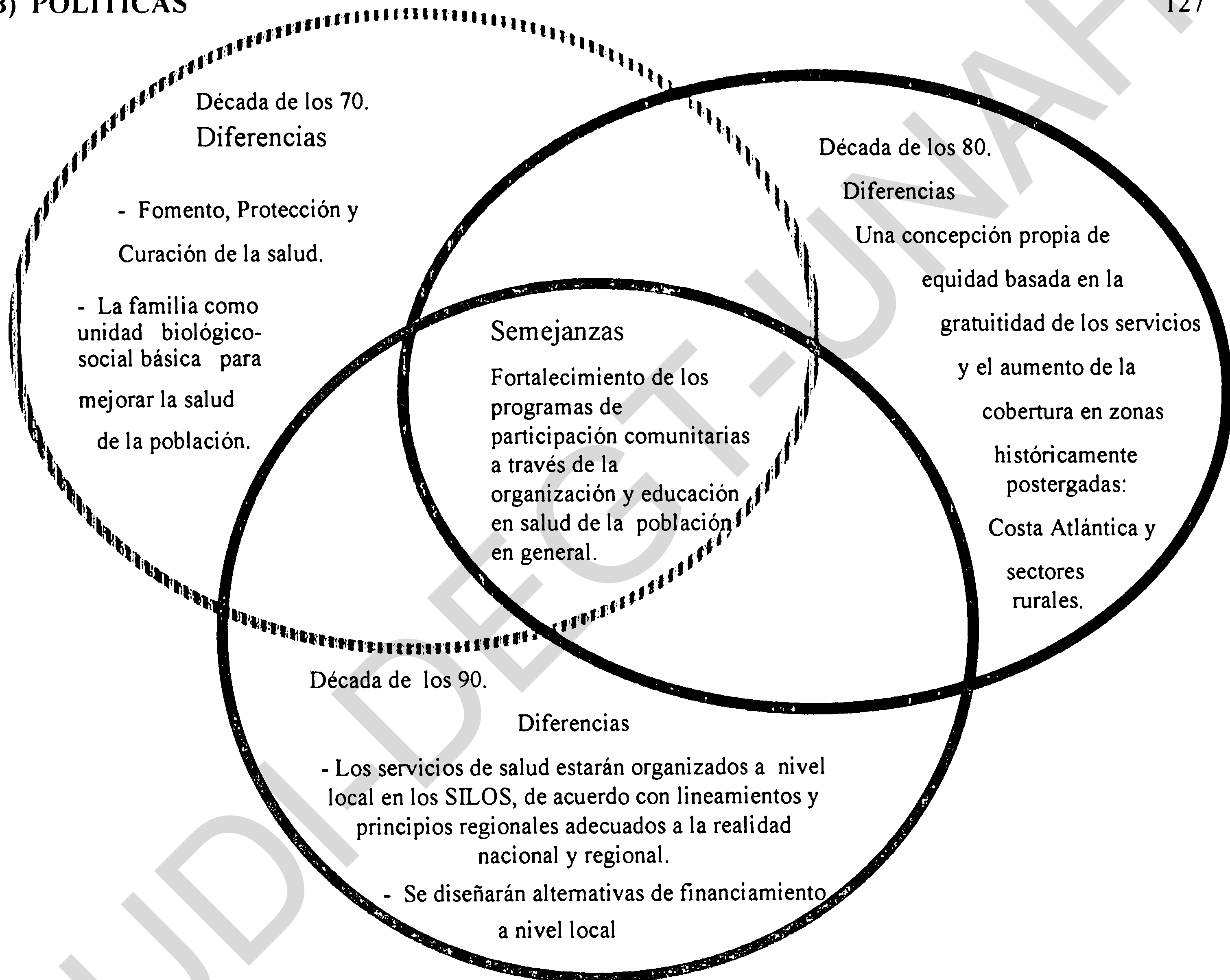
1.- Diagrama de Venn: aplicado a la ilustración que compara y resalta las semejanzas y diferencias en los Ejes de Análisis de nuestro estudio, referente a: Concepciones, Políticas, Estrategias y Objetivos de los Planes Nacionales de Salud en cada una de las décadas (70, 80 y 90).

Propósito # 3: Establecer comparación entre los elementos fundamentales que están presente en cada uno de los Planes destacando semejanzas y diferencias, así como la constante que los ha caracterizado en su proceso de sostenibilidad.

A) CONCEPCIONES

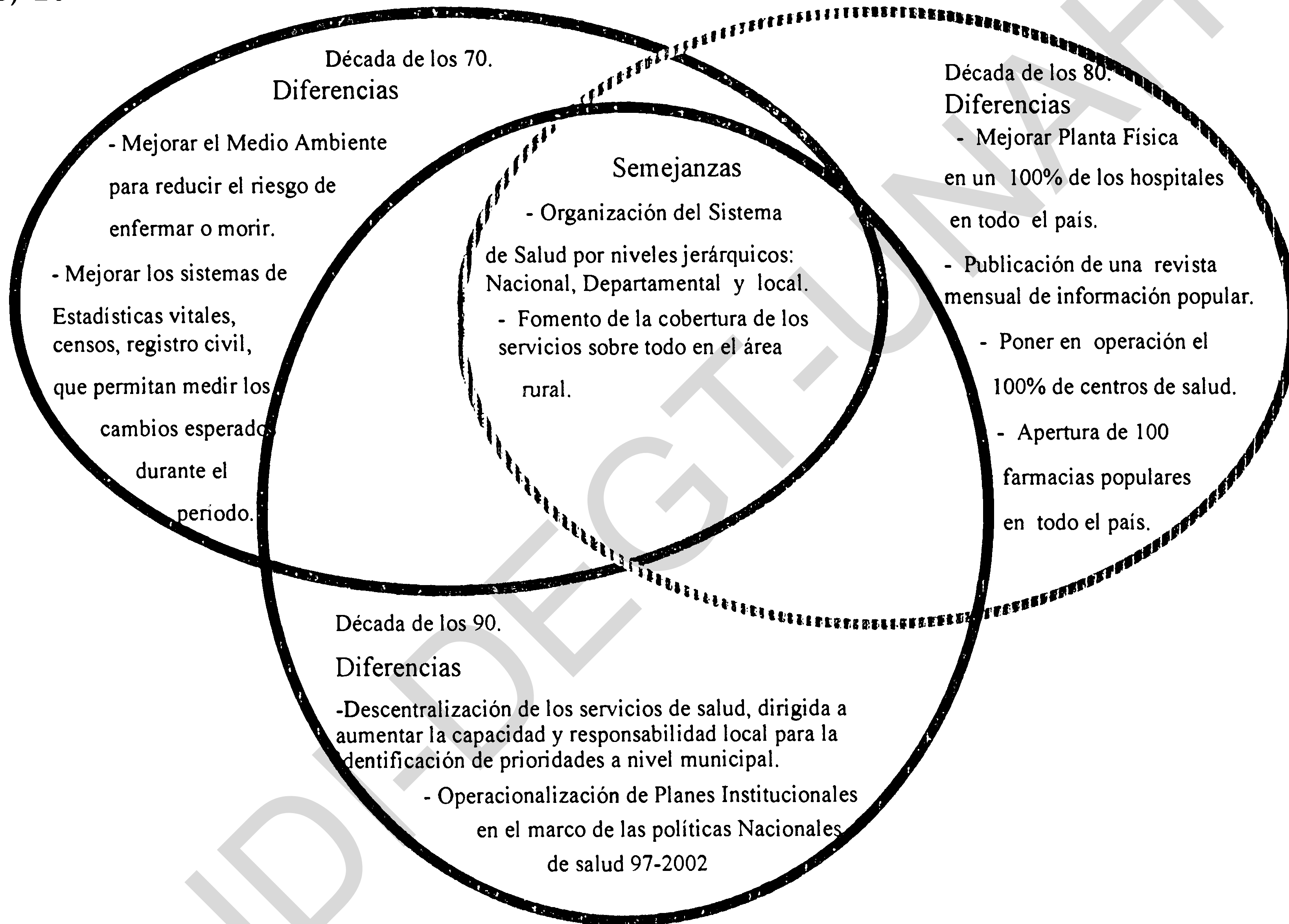


B) POLÍTICAS

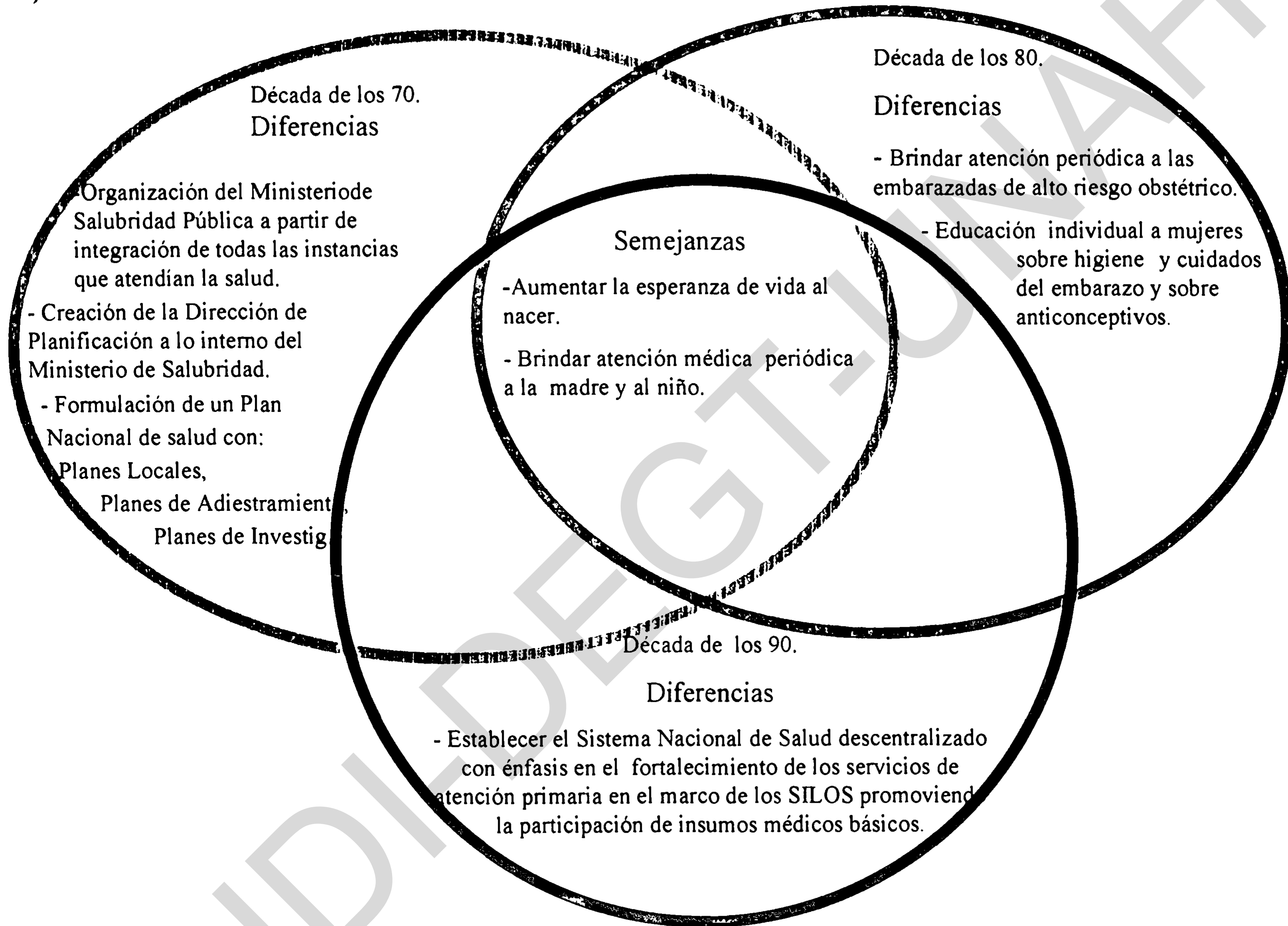


C) ESTRATEGIAS

128

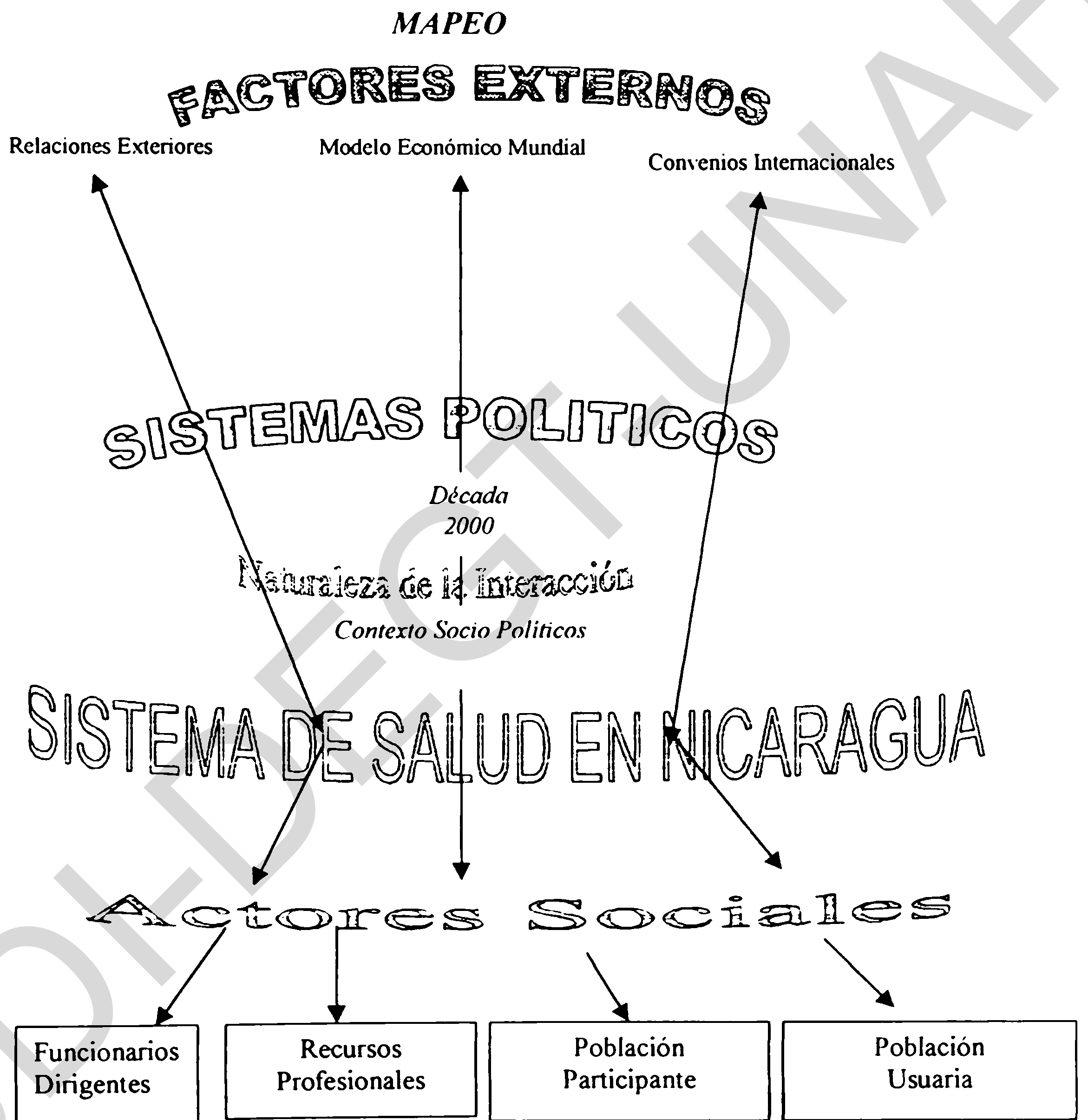


D) OBJETIVOS



2.- Posible Escenario del Sistema de Salud Nicaragüense en la próxima década.

ESCENARIOS DE LOS ACONTECIMIENTOS PARA UN PRIMER ABORDAJE DEL PROBLEMA



Con base en los resultados del presente estudio describiremos el Escenario Posible del Sistema de Salud nicaragüense para la década 2.000 -2.010, basándonos en el mismo mapa conceptual que utilizamos para introducirnos al conocimiento del problema a investigar en nuestra fase exploratoria.

En relación con los factores externos que determinan la fuente de financiamiento y las políticas y programas de salud a ser priorizados, nos encontramos con una mayor apertura y una diversidad de nuevos organismos internacionales como la Unión Europea, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y UNICEF además de países donantes que están respaldando programas y proyectos en el área de la salud lo que favorece al Sistema de Salud en términos de su funcionamiento y la estabilidad del mismo.

El modelo económico mundial es globalizante con una tendencia a la privatización de los activos nacionales del Estado convirtiéndolo en un intermediario de las políticas sociales y económicas y no en un garante de las mismas, lo que le resta responsabilidades frente a los problemas más sensibles de la población, ocasionando así que el presupuesto del Estado destinado a la Salud sea cada vez menor. Este modelo además deja en libertad la privatización de los servicios de salud, abre más el mercado a la medicina privada y las leyes de seguridad social pueden ser reformadas en beneficio del mercado aunque esto signifique mayor cuota de sacrificio para los trabajadores cotizantes que cada vez se le restringe más la calidad y el acceso de la atención.

Los convenios internacionales establecidos por este Sistema han aumentado en relación a las décadas anteriores, se suma a ello la presencia de los ONGs con perfiles de salud, que están presentes en el país y que desarrollan programas y proyectos en zonas más vulnerables del territorio nacional sin embargo, no se logra aún la correspondencia entre el esfuerzo de todos estos programas financiados por nuevos organismos y los ONGs con las demandas de la población usuaria.

El Sistema Político del país ha demostrado un proceso de democratización y se ha venido logrando gracias a la vocación y voluntad del mismo pueblo, que de manera organizada y beligerante está participando activamente de estos procesos, lo que podría ser educativo en el cambio de valores y actitudes de la misma población para contribuir en el cuidado, prevención y conservación de la salud lo que vendría a ser fundamental y determinante en los esfuerzos que pueda hacer el Estado a través del Ministerio de Salud, el Instituto de Seguridad Social y la Medicina Privada.

En la educación en salud a la población, los medios de comunicación han jugado un papel preponderante ya que la información periodística va conjugada con la función de educar y concientizar a la población sin embargo desde los años 90 ha habido un descenso y casi está desapareciendo la educación y promoción en salud de forma organizada y sistemática, sumándose a ello la desesperanza de la población excluida de toda posibilidad de acceso y participación, además de las grandes masas poblacionales originaria de zonas rurales que han emigrado a las ciudades por falta de empleo, proliferando así los asentamientos humanos sin previa planificación y urbanización.

El Sistema de Salud desde su dinámica interna presenta evidencia en algunos cambios detectados desde la perspectiva de sus Planes Nacionales, resultando controversial para efecto de nuestro estudio el hecho que después de haber concluido el Plan Maestro de 1991-1996, no se elaboró un nuevo Plan Nacional para

darle continuidad al proceso de planificación que (nosotros consideramos como nuestra Tesis central) fue determinante para la estabilidad del Sistema de Salud.

Los Actores Sociales, como los funcionarios dirigentes hemos sido testigo de los perfiles que se han priorizado para su nombramiento como Ministros o Ministras del Ministerio de Salud. No es casual que desde 1990 hasta la fecha 2.002, han sido profesionales de Administración de Empresa y de Economía, lo que nos está sugiriendo un manejo más mercantilista de la salud por los gobiernos de turno.

Los recursos humanos profesionales de la salud aparecen en la actualidad como empleados asalariados enajenados de la definición de políticas y programas al igual que de la toma de decisiones, desprotegidos de una política salarial justa y como consecuencia de una política de estímulo.

La población participante, que en la década de los 80 experimentó su mayor expresión de forma organizada y sensibilizada por la manera en que fue valorada y capacitada por el Sistema Nacional Unico de Salud, ha venido perdiendo su beligerancia en esos recursos aprehendidos debido a la falta de valoración y de potencialización por parte de los gobiernos subsiguientes.

La población usuaria está pasando por su momento más difícil frente a las pocas alternativas de atención en salud y obtención de medicamentos debido a: 1.- proceso de privatización del Estado y con ello los Servicios de Salud, 2.- la disminución en el presupuesto general de la República destinado a la salud, 3.- el cierre de Puestos de Salud en las zonas más alejadas y más vulnerables del país, 4.- el masivo desempleo que dificulta aún más la accesibilidad a la atención médica.

A lo largo de nuestro Análisis Fenomenológico del proceso de Construcción y estabilidad del Sistema de Salud nicaragüense, nuestra Tesis: "La presencia sistemática de Planes Nacionales de salud, regulares y emergentes en las últimas tres décadas, han sido un elemento determinante para la estabilidad del sistema de salud nicaragüense", la misma está siendo demostrada desde la perspectiva de la :

- a) Presencia sistemática de los Planes Nacionales, a pesar de las rupturas sociopolíticas en que se vieron inmersos.*
- b) Semejanza en las Concepciones de los Planes Nacionales respecto al rol del Estado con la salud de la población y el derecho que ésta tiene de demandar la atención de su salud, lo que se repite en los Planes de las tres décadas estudiadas. (reflejado en el Diagrama de Venn.).*
- c) Coincidencia en las Políticas de las tres décadas respecto al fortalecimiento de los programas de participación comunitaria a través de la organización y educación en salud de la población en general. (ilustrado también en Diagrama de Venn.)*
- d) Convergencia en las Estrategias asumidas por los Planes respecto a la organización del Sistema de Salud por niveles jerárquicos: nacional, departamental y local además del fomento de la cobertura de los servicios sobre todo en el área rural, igual para todas las décadas. (Diagrama de Venn).*
- e) Similitud en los Objetivos orientados a lograr un aumento en la esperanza de vida de la población y la atención médica periódica a la madre y al niño. (Diagrama de Venn). Sin embargo encontramos que la estabilidad de este Sistema desde el enfoque social y humano desde los años 90 ha venido dando señales de decadencia ya que su respuesta a la población es cada día más excluyente en*

términos de menos cobertura y menos accesibilidad lo que se refleja en el aumento de la privatización de los servicios de salud, el cierre de Puestos de Salud comunales, un desabastecimiento cada vez mayor de medicamentos en los servicios hospitalarios, congelamiento de salarios a los trabajadores de la salud, y un recorte presupuestario año con año a este Ministerio, sumado a ello el aumento rápido de la población y una ascendente migración del campo a la ciudad.

En nuestra sustentación teórica respecto a la Sostenibilidad hicimos énfasis en la respuesta social a la población y no solamente en la duración del sistema en el tiempo, eso para nosotros significó una dimensión, por lo que ahora podemos afirmar categóricamente que: El Sistema de Salud nicaragüense en las últimas tres décadas ha sido estable desde el punto de vista de su funcionamiento formal por el proceso organizado y planificado que ha venido practicando desde que organizó su Primer Plan Nacional de Salud, pero desde el punto de vista de responder a la población demandante la atención en salud, ha venido presentando limitaciones y un proceso de deterioro.

Si el contexto continúa de la manera que hemos analizado el Escenario Posible, la tendencia del Sistema de Salud nicaragüense será la de un Sistema incapaz de responder socialmente por sí solo a las demandas de salud de la población, como se lo planteó en la totalidad de sus Planes Nacionales durante las tres últimas décadas hasta su último Plan Nacional de 1996; tendrá que buscar aliados en la Sociedad Civil y en la Empresa Privada para poder hacerle frente a las demandas de salud, compartiendo y delegando así su responsabilidad; la estabilidad del mismo se verá constantemente amenazada si no logra aliados, las presiones del nuevo Modelo Económico mundial están debilitándolo; su salvación estará en las nuevas alianzas con otros Actores Sociales y la recuperación de los aspectos fundamentales de la Planificación y Organización del Sistema que le impregnaron esa Estabilidad que estamos demostrando con nuestra Tesis...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *Avilés Rueda Orontes. Anteproyecto Administrativo del Sector Salud de Nicaragua. Managua, Nicaragua 1963.*
- *Avilés Rueda Orontes. Esbozo Resumido y Comentarios sobre la Planificación de la Salud.. Managua, Nicaragua 1965.*
- *Avilés Rueda Orontes. Primer Plan Nacional de Salud (1965 – 1974). Aprobado en Decreto # 2 del 24 de Abril 1964. Ministerio de Salubridad Pública.. Managua, Nicaragua 1964.*
- *Avilés Rueda Orontes. Plan Emergente de Salud “Costo de los daños ocasionados al sector salud por el terremoto del 23 de Diciembre de 1972 en la ciudad de Managua”. Ministerio de Salubridad Pública. Managua, Nicaragua Mayo de 1973.*
- *Ministerio de Salud Pública Segundo Plan Nacional de Salud (1976 – 1980). Managua, Nicaragua Julio de 1975.(firmado por el Ministro de Salud Adán Cajina Ríos).*
- *Ministerio de Salud Pública. Plan de Emergencia del año 1979 (Revolución Sandinista). Fundamentos y Principios. Pública. Managua, Nicaragua 1979.*
- *Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Atención Médica 1980. Managua, Nicaragua 1980.*
- *Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1981. El Sistema Nacional Unico de Salud. Tres años de Revolución 1979-1982.*
- *Ministerio de Salud . Plan Nacional de Salud 1982. Managua Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1983. Managua, Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1984. Managua, Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1985. Condiciones de Salud, logros alcanzados 1982-1985. Managua, Nicaragua. Septiembre de 1986.*
- *Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1986. Managua, Nicaragua .*
- *Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1987. Managu, Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud . Plan Nacional de Salud. Territorialización de los Servicios de Salud. Managua, Nicaragua.*

- *Ministerio de Salud Pública Planes Anuales de la Organización de los Servicios de Salud I Etapa 1985 – 1987. Managua, Nicaragua*
- *Ministerio de Salud. Situación de Salud de las Américas. República de Nicaragua 1985–1988.*
- *Ministerio de Salud Planes Anuales de Planificación y Organización de las Regiones, Territorialización de los Servicios 1988 – 1990. Managua, Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud. Primer Plan Trienal de la Definición de los Perfiles Hospitalarios 1988 – 1990. Managua, Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud. Plan Maestro de Salud 1991 – 1996. República de Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud. Análisis de la situación de Salud 1992 – 1998. República de Nicaragua.*
- *Ministerio de Salud OPS. Análisis del Sector Salud .Managua, Nicaragua, Marzo del 2000.*
- *Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1997 – 2002. República de Nicaragua..*
- *Ministerio de Salud. Plan Trienal de Salud 1991-1993. República de Nicaragua*
- *Jaramillo Pérez Iván. Macrotendencias en el proceso de Reforma del Sector Salud en latinoamérica , hacia la Redefinición del Papel del Estado en la Prestación y Aseguramiento en de los Servicios de Salud. Documento de Trabajo. Fundación Friedrich Ebert de Nicaragua Octubre del 2.000.*
- *Instituto Nicaragüense de Seguridad Social . Ley Orgánica de Seguridad Social de Nicaragua.Publicada en la Gaceta No. 175 del 21/9/94.*
- *Jaramillo Pérez Iván Evaluación de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud – SILAIS. Resultados del Taller de Expertos, Octubre del 2000. (Consultor). Fundación Friedrich Ebert de Nicaragua. Managua, Enero del 2001.*
- *Avendaño Néstor y Jaime Espinoza. El Sistema de Salud en Nicaragua. Evolución reciente y principales retos. Documento de Trabajo. Fundación Friedrich Ebert de Nicaragua Octubre del 2.000.*
- *FETSALUD/OWA/CEAL/CEAS. Las Reformas en los Servicios de Salud a partir de 1990. Managua, Nicaragua Mayo 1994.*
- *Ministerio de Salud. Informe Final de la Consulta Nacional del Programa de Modernización del Sector Salud de Nicaragua 1998 – 2002. Managua, Nicaragua.*

- *Arana Mario, Juan Sebastián , Chamorro y otros. Revisión del Gasto Público en Servicios Sociales Básicos: Financiamiento, Equidad, Eficiencia e Impacto. El Caso de Nicaragua. Managua 1999.*
- *Serrano López Augusto. De la Gestión del Desarrollo Humano Sostenible. Tegucigalpa Honduras Mayo del 2.000.*
- *Serrano López Augusto y Zoran Trputec. Hacia un Concepto de Desarrollo Humano Sostenible. Revista Paraninfo Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Noviembre de 1997.*
- *Organización Mundial de la Salud, OPSI. Salud para todos en las Américas. Informe Final Reunión del Grupo Asesor del Director de la OPS. Washington, D.C. 3 6 4 de Abril de 1995.*
- *OPS' Comité Comité Ejecutivo del Consejo Directivo. Revonación de Salud para todos. Washington, D.C. 25 al 27 de Marzo de 1996.*
- *Organización Panamericana de la Salud. Apoyo Económico a las Estrategias Nacionales de Salud Para Todos. Washington, D.C 1989.*
- *March, Joan Carles, Maria del Mar García Calvente y Alexandra Prados Torres. Los Métodos de Investigación y Evaluación en la Promoción de la Salud.*
- *El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000 Equidad para superar la vulnerabilidad. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 1ª. Ed. Managua: PNUD, 2000.*
- *Neef Max, Manfred A. y otros. Desarrollo a Escala Humana. Red de Ecología Social. Montevideo Uruguay. Barcelona Editorial Icaria 1992.*
- *Pinault Raynald, y Carole Daveluy. La Planificación Sanitaria . Conceptos , Métodos, Estrategias. Barcelona 1987.*
- *Mokate Karen, Eficiencia, Eficacia, Equidad y Sostenibilidad: Qué queremos decir?. INDES. Enero 2000.*
- *Laurell Asa Cristina. La Reforma contra la Salud y la Seguridad Social. Ediciones ERA, S.A México 1997.*

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
HONDURAS
UNAH-PLATS
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON MECION EN
GESTION DEL DESARROLLO**

Entrevista a Informantes claves para la Tesis Doctoral sobre el tema:
LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD NICARAGUENSE EN LAS ULTIMAS TRES
DECADAS (1970-200).

Fecha _____ Lugar _____ hora inicio _____ hora
finalización _____

I.- Datos personales y Académicos:

a)- Nombre y Apellidos _____ Nacionalidad _____ Estado Civil _____

b) Profesión _____ Universidad _____ País _____
Año _____

c) Especialidad _____ Universidad _____ País _____ Año _____

Otros Estud./ Especialid. _____ Universidad _____ País _____ Año _____

_____ Universidad _____ País _____
Año _____

II.- Datos Laborales.

Cargos y Funciones desempeñados/as en el área de la Salud a nivel nacional e Internacional.

Cargo año	Función	Institución	Cobertura
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

III.- Contenido de la Entrevista.

a) Considera Ud. que el área de la Salud en Nicaragua ha logrado Conformar un Sistema. Ubique en cuál de las décadas y cómo ha sido su relación con la Medicina Privada y la Seguridad Social.

b) Cómo podría caracterizar dicho Sistema, en su proceso de consolidación, durante las tres últimas décadas y cuáles han sido las Modalidades de Atención de la Medicina Privada, la Salud Pública y Seguridad Social.

- c) Se han definido Políticas de Salud desde el Sistema, en las diferentes décadas que Ud. recuerde. En base a qué se han definido esas Políticas de Salud: en cada una de las décadas y cómo éstas se ha conjugado con la Práctica de la Medicina Privada, la Salud Pública y la Seguridad Social.
- d) Nicaragua se ha visto involucrado en contextos sociopolíticos en las últimas tres décadas que han originado cambios y transformaciones en su estructura. Esto sin duda, afectó al Sistema de Salud, para Ud. fueron positivos o negativos estos cambios para la Medicina Privada. Y cuáles han sido los cambios fundamentales para la sostenibilidad del Sistema de Salud en general y el desarrollo de la Medicina Privada y el impacto en la Seguridad Social.
- e) Qué factores considera Ud. han determinado la relativa estabilidad del Sistema a lo interno de la Salud Pública, Medicina Privada en cada una de las décadas 70-80, 80-90 y 90-2000.
- f) Según su experiencia, qué reformas y cambios dentro del Sistema de Salud y por ende en la Medicina Privada y la Seguridad Social considera Ud. han sido relevantes, y si los puede ubicar en las últimas tres décadas.
- g) Ha habido Planificación a lo interno de la Práctica de la Medicina Privada y que correspondencia han tenido con los Planes Nacionales de Salud o si han funcionado de forma coyuntural? Si pudiera ubicar su respuesta por cada década, calificando el tipo de Planificación de Ud. conoció.
- h) Opine sobre las Reformas a las leyes de Seguridad Social, a los Planes de cobertura nacional y a las Modalidades de Atención Privada que Ud. conoce desde el Sistema Nacional de Salud, en las diferentes décadas 70-80, 80-90 y 90-2000.
- i) Cómo calificaría Ud. la relación existente entre el Estado Nicaragüense y el Sistema de Salud en las diferentes décadas en mención?

III.- Sus valoraciones, opiniones y críticas desde su experiencia profesional respecto a:

- 1.- Organización de los servicios de Salud en Nicaragua en la década en que Ud. laboró para ese sector, incluyendo Salud Pública, Seguridad Social y Medicina Preventiva.¹
- 2.- La relación existente entre el Estado y el Funcionamiento del Sistema de Salud Nicaragüense.
- 3.- Incidencia de las Políticas del Estado en el Funcionamiento del Sistema de Salud.
- 4.- Considera Ud. que ha habido cambios, reformas y modalidades de atención en la Salud Pública, la Seguridad Social y la Medicina Preventiva en estas tres últimas décadas? Describalas:

- 5.- Cree Ud. que el Sistema de salud presenta aspectos sostenibles a través de estas tres décadas Cuáles?

6.- Qué opinión le merece el Funcionamiento del Sistema respecto a la:

Planificación: _____

Sostenibilidad: _____

Participación Social: _____

7.- En las últimas tres décadas el País se vio impactado por acontecimientos de origen natural como de origen sociopolíticos, como puede calificar la posición y comportamiento del Sistema de Salud en estos contextos?

UD-DEGT-UNAH

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
HONDURAS
UNAH-PLATS
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON MECION EN
GESTION DEL DESARROLLO**

**GUA METODOLOGIA PARA RECOPIRAR LA INFORMACION
ESCRITA DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD REGULARES Y
EMERGENTES (APROBADOS Y EJECUTADOS).**

1.- Década correspondiente al Plan.

- a.- 70-80 _____
- b.- 80-90 _____
- c.- 90-2000 _____

2.- Año o período en que se ejecutó.

- de _____ a _____ de _____ a _____
- de _____ a _____ de _____ a _____
- de _____ a _____ de _____ a _____
- de _____ a _____ de _____ a _____
- de _____ a _____ de _____ a _____

3.- Duración del Plan en el Tiempo:

- a. Anual _____
- b. Bienal _____
- c. Trienal _____
- d. Cuatrienal _____
- e. Quinquenal _____
- f. Dienal (para diez años) _____

4.- Respuesta ante contexto Sociopolítico.

- a) Regular _____
- b) Emergente _____

5.- Característica del Plan de acuerdo a:

- a) Concepción
- b) Política/s
- c) Estrategias
- d) Objetivos

6.- Tipo de Planificación implementada en el presente Plan.

- a) Normativa / Política _____
- b) Estratégica / Poblacional _____
- c) Táctica / Estructural _____
- d) Sociopolítica / Operativa _____

7.- Aspectos considerados como relevantes en este Plan.

a. _____ b. _____ c. _____
d. _____ e. _____ f. _____ g. _____

8.- Aspectos considerados, determinantes para el cumplimiento de los Objetivos.

a. _____ b. _____ c. _____
d. _____ e. _____ f. _____

9.- Elementos Nuevos incluidos en este Plan.

a. _____ b. _____ c. _____

10.- Reformas al Sistema de Salud reflejadas en el presente Plan.

a) Políticas del Sistema

b) Leyes de Seguridad Social

c) Modalidades en la Medicina Preventiva.

Tipos de planificación: 1.- Normativa o Política / Extensión del proceso. Puede conducir al cambio de valores o de ideología en el sentido de conseguir grandes objetivos del Sistema Ej: Equidad e Igualdad.

2.- Estratégica / Organizacional / Poblacional. Representa un plan de acción concreto para realizar los objetivos teniendo en cuenta los elementos internos, es decir el entorno, se asocia a una organización concreta como el Hospital o Centro de Salud.

3.- Táctica o estructura / Racional o Pragmática. Se ocupa de la disposición, organización y la incorporación de las actividades y los recursos, el producto de ésta es evidentemente el Programa.

4.- Contexto Sociopolítico / Planificación Operativa. Es decir decisiones a más corto plazo, concierne al desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución, la gestión de los recursos.