



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DEL ZULIA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
SOCIALES DIVISIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS DOCTORADO EN
CIENCIAS SOCIALES, MENCIÓN GERENCIA

FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tesis Doctoral en Ciencias Sociales, Mención Gerencia

Autor: M.S.C. Alejandro José Solís Martínez

Pasaporte: C01399075

Fecha de Vencimiento: 31 de enero 2023

Asesor: *Doctor Manuel Enrique Pedroza*

Pasaporte No. C02037168

Fecha de Vencimiento: 13 de junio 2026

Maracaibo, Diciembre, 2016

Datos Generales

FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE NICARAGUA, EN EL PERÍODO DEL 2015 A 2030

Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales, Mención Gerencia.

SOLIS MARTINEZ, ALEJANDRO JOSE (Master en Salud Pública)

Cédula de Identidad: 001-140463-0001H. Pasaporte No. C01399075

Dirección institucional: Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud de Nicaragua. Costado Oeste de la Colonia Primero de Mayo. Distrito VI, Managua, Nicaragua.

Teléfono Institucional: (505) 8930-1051

Dirección electrónica: dgpd@minsa.gob.ni, (institucional)
alsoma59@yahoo.com (personal)

Solís Martínez, Alejandro José
(Firma)

Doctor Manuel Enrique Pedroza
Pasaporte No. C02037168
Fecha de Vencimiento: 13 de junio 2026
Asesor

VEREDICTO

DEDICATORIA, RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

***“Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora”
(Eclesiastés 3:1)***

Dedico esta Tesis Doctoral a Dios nuestro Señor, al presidente Daniel Ortega S, a la compañera Rosario Murillo Z, máximos dirigentes del gobierno revolucionario identificado con las luchas y al servicio del pueblo, agradezco la oportunidad que me brindaron para realizar este doctorado, a mis padres (q.e.p.d) por su ejemplo y sustento, y a mi familia por su constante respaldo.

Mi reconocimiento por siempre a los docentes, que con sus conocimientos y consejos establecieron las bases para culminar este ingente esfuerzo, a mi asesor por su paciencia y transmisión de experiencia, a mis compañeros de estudio por su solidaridad y gran apoyo en este trabajo.

A los residentes de la especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología del MINSA por su apoyo en la recolección de datos.

Finalmente, agradezco a mi pueblo que desde la época precolombina nos inspira con su gesta heroica, sus sacrificios y sus sueños por hacer de Nicaragua una patria grande lo que nos exhorta a amarla, defenderla y desarrollarla, porque si la patria es pequeña uno grande la sueña.

RESUMEN

El estudio Fortalecimiento y Modernización del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, en el período del 2015 a 2030, tiene la finalidad de formular una propuesta de Lineamientos Estratégicos de Política Pública que contribuyan a fortalecerlo y modernizarlo. La metodología de investigación es observacional, descriptiva y retro-prospectiva. La Fuente de información es Primaria y Secundaria. Los Resultados responden al recorrido histórico de los principales cambios políticos e institucionales desde la época precolombina hasta la época moderna que ha tenido este Sistema en el contexto nacional e internacional, particularmente en la evolución de su Modelo de Atención. Igualmente, se describe el desempeño del MINSA, medido a través de algunos indicadores sanitarios que han impactado en el estado de salud y el bienestar de las familias nicaragüenses del 2006 al 2015. Finalmente, se hace un análisis en perspectiva del Sistema de Salud al año 2030, destacando los cambios demográficos y la transición epidemiológica que deben considerarse para los ajustes del Sistema. Finalmente se presenta una propuesta Estratégica de Política Pública en Salud producto del análisis socio demográfico, epidemiológico, y de los cambios científicos-tecnológicos de la medicina moderna.

El documento está estructurado en cinco capítulos, descritos a continuación:

1. El Problema
2. Marco Teórico
3. Marco Epistemológico o Metodológico
4. Resultados y Discusión
5. Conclusiones y Recomendaciones

PALABRAS CLAVES: Sistema de Salud, Modelo de Salud Familiar y Comunitario, Determinación Social de la Salud, Indicadores de Salud.

Dirección electrónica: alsoma59@yahoo.com

ABSTRACT

The study Strengthening and Modernization of the National Health System of Nicaragua, in the period from 2015 to 2030, has the purpose of formulating a proposal of Strategic Guidelines for Public Policy that contribute to strengthening and modernizing it. The research methodology is observational, descriptive and retrospective. The Source of information is Primary and Secondary. The results respond to the historical period of the main political and institutional changes from pre-Columbian times to the modernity that this system has had in the national and international context, particularly in the evolution of its health care model. Likewise, it describes the performance of the Ministry of Health, measured through some health indicators that have impacted on the health status and well-being of Nicaraguan families from 2006 to 2015. Finally, a perspective analysis of the Health System is carried out to year 2030, highlighting the demographic changes and the epidemiological transition that should be considered for adjustments in the system. Finally, a Strategic Proposal for Public Health Policy is presented as a result of socio-demographic, epidemiological analysis, and scientific-technological changes in modern medicine.

The document is structured in five chapters, described below:

1. The Problem
2. Theoretical Framework
3. Epistemological or Methodological Framework
4. Results and Discussion
5. Conclusions and Recommendations

KEY WORDS: Health System, Family and Community Health Model, Social Determination of Health, Health Indicators.

Electronic address: alsoma59@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La historia de Nicaragua desde su descubrimiento por Cristóbal Colón en 1502 ha estado signada por sometimientos, esclavitud, luchas, rebeliones, arte, poesía, dictaduras, cataclismos y cambios sociales que la han proyectado en el mundo como única y original.

El Siglo XX representó para la nación transformaciones importantes en su sistema social, económico y político con las consecuentes repercusiones en las familias nicaragüenses. Estos cambios también llegaron al Sistema Nacional de Salud, en particular en su Modelo de Atención de Salud.

Desde la década de los 80, con el triunfo revolucionario el 19 de Julio de 1979, conducido por el FSLN se logró instaurar un sistema social y económico más justo, equitativo e incluyente que devolvió la esperanza a la gente de querer construir una patria grande como la soñó Darío, Sandino y todos los Héroes y Mártires que en la lucha libertaria por Nicaragua ofrendaron su vida y su preciosa sangre.

Desafortunadamente este proceso de Restitución de Derechos se vio truncado en 1990 con el triunfo electoral de la Unión Nacional Opositora (UNO) y el ascenso del gobierno conservador de la Presidenta Violeta Barrios de Chamorro, generando cambios dramáticos y retroceso en el campo de la salud impactando en la población, debido a la trascendencia que esta tiene, en detrimento de sus capacidades físicas y mentales para desarrollar las labores productivas y reproductivas en la sociedad nicaragüense.

A partir del 2007 con la conquista del poder político del Sandinismo nuevamente y la consiguiente instalación del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional se inicia un nuevo proceso de reformas sanitarias que garantiza el acceso gratuito a los servicios de salud público y medicamentos genéricos.

El presente trabajo de investigación es producto del análisis de la evolución del Sistema Nacional de Salud (SNS), del Modelo de Atención de Salud y de su impacto en la salud de las familias nicaragüenses en los últimos 10 años de Revolución Sandinista, el cual presenta una propuesta de Lineamientos Estratégicos de Política Pública para fortalecerlo y modernizarlo.

Esta Tesis se estructura en cinco capítulos, en los cuales se abordan los siguientes aspectos:

1. El Problema
2. Marco Teórico
3. Marco Epistemológico o Metodológico
4. Resultados y Discusión
5. Conclusiones y Recomendaciones

INDICE GENERAL

CAPITULO I: EL PROBLEMA	14
1.1 Planteamiento del Problema	14
1.1.1 Delimitación del Problema	15
1.2 Formulación del Problema	15
1.3 Sistematización del Problema	16
1.4 Objetivo General	17
1.4.1 Objetivos Específicos	17
1.5 Justificación e Importancia de la Investigación	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 Marco Epistemológico y Antecedentes	19
2.1.1 Paradigma Socio – Crítico	19
2.1.2 Materialismo Dialéctico	20
2.1.3 Antecedentes	21
2.2 Bases Teóricas de la Investigación	23
2.2.1 Contexto Internacional de los Sistemas de Salud	23
2.2.1.1 Países Asiáticos	24
2.2.1.2 España, la más eficiente de Europa	25
2.2.1.3 EE.UU. Líder en ineficiencia	25
2.2.1.4 Francia	27
2.2.1.5 Uruguay	27
2.2.1.6 Malasia	27
2.2.1.7 Costa Rica	27
2.2.1.8 México	27
2.2.1.9 Los 11 mejores Sistemas de Salud del mundo	28
2.2.1.10 ¿Cuáles son los mejores Sistemas de Salud en el mundo?	29
2.2.1.10.1 Francia	29
2.2.1.10.2 Italia	30
2.2.1.10.3 Omán	30
2.2.1.10.4 Austria	31
2.2.1.10.5 Japón	31

2.2.1.10.6	Mejores Sistemas Sanitarios de Europa	32
2.2.1.11	¿Qué criterios se siguen para elaborar las clasificaciones de Sistemas Sanitarios del mundo?	33
2.2.1.11.1	Cuba, el país ejemplo en Salud Pública en América Latina	33
2.2.2	El Estado y los Sistemas Nacionales de Salud	34
2.2.3	Tipología de los Sistemas de Salud	43
2.2.4	Caracterización de Modelos y Sistemas Sanitarios	45
Fig. 1.	Análisis Comparado de Modelos Sanitarios Europeos	50
Fig. 2.	Transición que han sufrido los Sistemas de Salud y la ruta hacia dónde van:	54
2.2.5	Las Funciones y Componentes de los Sistemas de Salud	56
Fig.3.	Componentes de un Sistema de Salud	57
2.2.6	Estructura Organizativa Asistencial de los Sistemas de Salud	57
Fig. 4.	Pirámide Poblacional del Sistema de Salud	58
2.2.7	Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS	65
2.2.8	Los Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (OPS-OMS)	67
	CAPITULO III: MARCO EPISTEMOLÓGICO O METODOLÓGICO	69
3.1	Tipo de Estudio	69
3.2	Categoría y Variables e Indicadores, según los objetivos específicos.	70
3.3	Fuente de Información	71
3.4	Recolección de la Información e Instrumentos	72
3.5	Discusión de los Resultados	72
	IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	73
4.1	Contexto Internacional del Sistema de Salud	73
4.1.1	Nicaragua - Índice de Desarrollo Humano 2014	75
Tabla 1.	Índice de Desarrollo Humano	75
4.1.2	Reconocimiento internacional a los logros en salud	76
4.2	Contexto Nacional del Sistema de Salud	76
4.2.1.1	Evolución del Gasto Público 1995 al 2013 y el Presupuesto en Salud 2007 al 2014	80
Tabla 2.	Indicadores Porcentuales del Gasto en Salud	81
4.2.1.2	Producto Interno Bruto (PIB)	82
Figura 1.	PIB per Cápita, Nicaragua 2000-2014	83

4.2.1.3	Crecimiento Económico	83
	Figura 2: Crecimiento Anual del PIB, Nicaragua 2000-2014	84
	Figura 3. Presupuesto MINSa 2006-2015	84
	Figura 4. PIB-Presupuesto MINSa, 2006 al 2015	85
	Figura 5. Presupuesto MINSa Miles C\$	85
	Figura 6. Presupuesto MINSa 2006-2015 US\$	86
	Figura 7. Presupuesto MINSa por niveles de atención 2006-2015	86
	Figura 8. Presupuesto MINSa 2006-2015 U\$	87
4.3	Reseña histórica de la salud en Nicaragua desde el siglo XIX	87
4.3.1	La Medicina Precolombina o indígena en Nicaragua	87
4.3.2	De la colonia al siglo XIX: la medicina en Nicaragua	87
4.3.3	El Primer Médico Graduado de la Provincia	89
4.3.4	La Primera Cátedra Universitaria	89
4.3.5	Fray Juan Gómez en León	90
4.3.6	El nivel académico de la universidad de León	90
4.3.7	El Hospital San Juan de Dios y los médicos leoneses	91
4.3.8	El deplorable atraso mental	93
4.3.9	Las ideas científicas obsoletas	94
4.3.10	Martínez y Debayle	96
4.3.11	Sistema de Salud Somocista: caos, elitismo y beneficencia 1950-1979	98
4.3.12	El triunfo de la Revolución Popular Sandinista y la Salud 1979-1990	103
4.3.13	El Neoliberalismo y la Salud 1990-2006	106
4.3.14	El segundo período de la Revolución Popular Sandinista y la Salud, GRUN 2007-2011 y 2012-2016	115
4.3.14.1	La Política Nacional de Salud del GRUN	115
4.3.14.2	Otras Leyes que complementan la implementación del MOSAFC	117
	Figura 9. Componentes del MOSAFC	119
	Figura 10. Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios de Salud 2007–2012	120
4.3.15	Evolucionando del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud al enfoque de la Determinación Social de la Salud	121
	Figura 11. Los Determinantes de la salud y el gasto para la salud	122
4.3.15.1	Determinantes Medioambientales	123

4.3.15.2	Determinantes Políticos	126
4.3.16	La Determinación Social de la Salud un enfoque revolucionario y alternativo en Nicaragua	127
4.3.17	¿Se aplica el enfoque de la Determinación Social de la Salud en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua?	133
	Figura 12. Organización Ministerio de Salud de Nicaragua, 1963	136
	Figura 13. Organización del Ministerio de Salud de Nicaragua, 1965	137
	Cuadro 1. Cobertura de los Sub Sistemas de Salud, 2011	151
	Figura 15. Estructura Organizativa del Ministerio de Salud, 2011	155
	Figura 16. Estructura Organizacional del Ministerio de Salud, 2015	156
4.3.18	El Sistema de Salud y sus Funciones Esenciales	157
	Cuadro 2. Funciones Esenciales de Salud Pública	157
4.3.19	Análisis general de los resultados	159
	Figura 17. Resultados de la Medición FESP	159
4.3.20	Los Recientes Modelos de Atención de Salud en Nicaragua	161
4.3.20.1	Los Principios del MAIS	163
4.3.21	El nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario en el GRUN	164
4.3.21.1	Proceso de implementación del MOSAFC	166
	Figura 18. Distribución de la Red Comunitaria Nacional 2016	166
	Figura 19. Primer Mapa de la Sectorización-MOSAFC, 2007	169
	Figura 20. Evolución de los Mapas de la Sectorización-MOSAFC, 2015	170
	Cuadro 3. La Sectorización MOSAFC por SILAIS, 2014 al 2016	170
4.3.21.2	Aspectos Organizativos y Operativos del MINSA con el GRUN	172
4.3.21.3	La RISS y el MOSAFC	174
	Figura 21. La RISS y el MOSAFC en Nicaragua	175
	Figura 22. Esquema funcional Redes Integradas de Servicios de Salud, MINSA	177
4.3.21.4	Evolución de la Red de Servicios de Salud al 2016	180
	Cuadro 4. Crecimiento de la Red de Servicios de Salud al 2016	180
	Cuadro 5. Capacidad Resolutiva en el MINSA 2006 y 2016	181
	Cuadro 6. Red de Servicios de Salud en Nicaragua, 2016	181
	Cuadro 7. Red de Servicios de Salud Privada 2016	182

4.3.21.5	Crecimiento de los Recursos Humanos en el Sistema de Salud Nicaragüense	182
Cuadro 8.	Indicadores de Recursos Humanos en Salud, Nicaragua 2005-2015	183
Cuadro 9.	Distribución de Ginecoobstetras MINSAs 2006-2016	183
4.3.21.6	Los Convenios de Gestión una herramienta Institucional local que complementa el MOSAFC	184
4.3.21.7	El Pueblo Presidente y la Gobernabilidad Democrática en Salud en el GRUN	185
4.3.22	Paralelismo sobre el Modelo Económico Capitalista y el Modelo Cristiano, Socialista y Solidario	187
Figura 23.	Proceso de cambio de gobierno neoliberal vs revolucionario	190
Figura 24.	Nuevo Modelo, el poder en el pueblo y su participación en la Gestión en Salud	192
4.3.23	Plan Plurianual de Salud en el GRUN	196
Cuadro 10.	Financiamiento del Plan Plurianual de Salud 2015-2018 de acuerdo con el Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo en Salud (MGIMP)	198
4.3.24	Plan Institucional de Salud de Corto Plazo Orientado a Resultados	199
Figura 25.	Ámbitos de la Planificación	199
Figura 26.	Sistema Nacional de Planificación, Cooperación e Información	200
Figura 27.	Instrumentos políticos de Planificación en el MINSAs	201
4.3.24.1	Seguimiento y Evaluación del Plan	201
Figura 28.	Tasas de Mortalidad por diarreas en menores de 5 años. Nicaragua 2006-2015	203
Cuadro 11.	Desnutrición Infantil en menores de 5 años en Nicaragua	203
Figura 29.	Tasa de Desnutrición crónica en menores de cinco años	204
Cuadro 12.	Dengue Sospechosos por SILAIS Casos y Tasas por 10,000 habitantes 2006 – 2015 Nicaragua	205
Cuadro 13.	Casos y Tasas de Dengue confirmado 2006-2015	206
Cuadro 14.	Casos de Dengue Confirmados por grupo Etéreo, Nicaragua 2006 – 2015	207
Figura 30.	Número de Casos de Malaria 2006 - 2015	208
Figura 31.	Malaria: Índice Parasitario Nicaragua 2006 – 2015 (Por 1,000 habitantes)	208
Cuadro 15.	Casos acumulados de Malaria de ambos sexos Hasta semana epidemiológica No.53, 2006 – 2015	209
Cuadro 16.	Casos Acumulados de Malaria Falciparum ambos sexos, 2006 – 2015 semana epidemiológica No. 53	210

4.3.25	Mortalidad General	211
	Cuadro 17. Peso porcentual de defunciones según agrupación por Capítulos de la CIE 10 Nicaragua 2006 – 2015	212
	Cuadro 17. Tasa de Defunciones por Problemas Cardiovasculares, según Edad. Nicaragua 2006-2015	215
	Figura 32. Cinco principales Causas de Muerte en Nicaragua y EUA 1959.	216
	Figura 33. Peso Porcentual de las causas de defunción ambos sexos 1975-2015	217
	Cuadro 18. Diez Principales Causas de Defunción, Año 2006	217
	Cuadro 19. Diez Principales Causas de Defunción, Año 2015	218
4.3.25.1	Mortalidad Materna	218
	Figura 34. Razón de Mortalidad Materna en Nicaragua, 2000 al 2016	219
	Figura 35. Egresos de Casas Materna 2006-2012	220
	Figura 36. N°. de Casas Maternas 2006-2016	220
	Cuadro 20. Número de Pacientes con Tuberculosis con Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado	221
4.3.25.2	Número de adultos y niños con infección del VIH avanzado que reciben Tratamiento Anti Retroviral (TARV).	221
	Figura 37. Transmisión Materno-Infantil VIH	223
	Figura 38. Casos de Co-infección TB/VIH	223
	Figura 39. Tendencia del VIH 2006-2015	224
	Figura 40. Personas en TAR 2006-2015	224
	Figura 41. Pruebas realizadas de VIH a la Población 2007- 2015	225
	Cuadro 21. Indicadores Sanitarios, Nicaragua 2006-2015	226
	Cuadro 22. Indicadores Sanitarios de Nicaragua	227
	Cuadro 23. Indicadores Sanitarios de Nicaragua	228
4.3.26	Reducción de la Mortalidad Infantil	228
	Figura 42. Mortalidad Infantil, Nicaragua 1998-2012	229
4.4	Propuesta Estratégica de Política Pública en Salud	229
4.4.1	Análisis demográfico	230
	Figura 43. Pirámide Poblacional por grupo de edades y sexo. Nicaragua 1995 y 2005	231
4.4.2	Transición demográfica	233
4.4.3	Crecimiento Poblacional	234

4.4.4 Tasa Global de Fecundidad	235
4.4.5 Tasa de Natalidad	236
4.4.6 Tasa de Mortalidad	237
4.4.7 Esperanza de Vida al Nacer	238
4.4.8 Tasa de Dependencia	239
Cuadro 24. Tasa de Dependencia	240
4.4.9 Migración	240
4.4.10 Bono demográfico	240
Cuadro 25. Población por décadas y grupos etáreos	241
4.5 La transición epidemiológica y demográfica del país constituyen un Reto en Salud Pública para las próximas décadas	241
4.5.1 Cambio Climático y Salud	242
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	243
CONCLUSIONES	243
RECOMENDACIONES	244
Cuadro 26. Propuesta Estratégica de Política Pública en Salud	244
VI ANEXOS	246
Cuadro 1. Características de la Evolución del Sistema de Salud de Nicaragua	246
Cuadro 2. Ministros de Salud que han conducido la institución en las diferentes etapas históricas	248
Cuadro 3. Indicadores Sanitarios de Nicaragua, 2006- 2015	249
Cuadro 4. Indicadores de Producción de Servicios de Salud 2006 a 2015	250
Cuadro 5. Diez Principales Causas de Fallecimiento de la Población Nicaragüense en 1975 y 2015	252
Cuadro 6. Indicadores de Recursos Humanos y Presupuesto de Salud 2006 a 2015	253
GUÍA NUMERO 1.	254
GUÍA NUMERO 2.	255
VII BIBLIOGRAFÍA	256

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Al referirse a los Sistemas de Salud, inmediatamente se relaciona con las unidades de salud, el personal de salud que atiende a los pacientes, con los instrumentos de gestión clínica que apoyan los procesos de atención, con la participación de la comunidad y las instituciones del estado que participan en las actividades de salud, con indicadores sanitarios, presupuesto de salud, enfermedades y muerte de la población y en aquellos países desarrollados que tienen los mejores Sistemas de Salud, y el concepto que ha planteado la (OMS, 2000) “El Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud de sus ciudadanos, los cuales tienen que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se asegure un trato digno a los usuarios”.

En este contexto, se sabe que en el mundo existen distintas formas de estudiar y clasificar los Sistemas de Salud en dependencia de su eficiencia, calidad, accesibilidad, desigualdades, capacidad de respuesta, percepción de la población y financiamiento. Dentro de estos criterios la eficiencia mide la obtención de resultados y la cantidad de recursos utilizados para obtener este fin. Un sistema de salud será el más eficiente cuando proporcione un servicio de salud con el menor costo posible, de manera que sea financieramente sostenible.

Tanto en la región centroamericana y caribeña como en el caso particular de Nicaragua se carece no sólo de una calificación técnica particular que permita clasificar sus sistemas sanitarios con estándares internacionales adecuados a sus propias realidades y por lo tanto, no existe un ranking para evaluar su desempeño institucional y social, sino que también hace falta una sistematización completa de los cambios que han acontecido en los Sistemas de Salud y de las lecciones aprendidas, lo cual evidencia la dificultad de encontrar valoraciones específicas que den cuenta de la evolución del Modelo de Atención de Salud.

Por consiguiente, es relevante abordar el proceso de transformación que ha tenido el Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, que permitan reconocer errores cometidos, lecciones aprendidas y aquellos aspectos que siguen siendo débiles y como resultante de este análisis en profundidad llegar a proponer ajustes en esta

materia, a través de Lineamientos Estratégicos para fortalecer y modernizar el SNS.

1.1.1 Delimitación del Problema

Esta investigación está dirigida a profundizar en el análisis del proceso evolutivo - histórico en el que ha transitado el Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, específicamente en el estado del arte de la transformación de su Modelo de Atención de Salud, durante los últimos 40 años, período 1975-2015 y su impacto en salud en la última década 2006-2015, que permita formular una Propuesta de Lineamientos Estratégicos para fortalecer y modernizar el Sistema de Salud.

1.2 Formulación del Problema

En el mundo actual existen diversos Sistema de Salud que se corresponden indiscutiblemente con el modelo económico imperante el cual determina el enfoque, la cobertura y el tipo de financiamiento del modelo de salud que se desarrolla en cada país. Los Sistemas de Salud de los países capitalistas como Estados Unidos, Japón e Inglaterra entre otros, están sustentados en la medicina privada financiada por los seguros privados, en cambio hay otros países de Europa y Canadá cuyos Sistemas de Salud tienen un enfoque solidario sostenidos por las contribuciones a la Seguridad Social de los trabajadores, empleadores y el estado. Aunque existen otros países en vías de desarrollo en los que su Sistema de Salud Público es financiado totalmente por el Estado, no obstante, en algunos de ellos también existe cobertura por separado de la seguridad social para sus trabajadores y derechohabientes.

En la práctica, los Sistemas de Salud varían ampliamente de un país a otro. La comparación de Sistemas es el enfoque de la política e investigación actual de la asistencia sanitaria, aunque en general los Sistemas sólo son comparados por la manera en que son financiados y manejados. Pueden ser financiados y/o manejados por el sector público, por el sector privado, en forma mixta o por entidades sin fines de lucro. En la realidad, resulta difícil encontrar valoraciones específicas que den cuenta de los modelos de atención de salud con los que se atiende a la población en estos Sistemas de Salud. En Nicaragua esta situación no ha sido diferente, por lo tanto, la presente investigación se propone analizar y responder la siguiente pregunta principal:

1. ¿Cuáles han sido los principales cambios históricos, políticos e institucionales en el Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, durante el período 1975-2015?

A partir de los hallazgos relevantes obtenidos de la presente investigación, se formularán los Lineamientos Estratégicos de Política Pública para fortalecer y modernizar el Sistema Nacional de Salud (SNS).

1.3 Sistematización del Problema

El Sistema de Salud de Nicaragua está constituido por tres Modelos, el de Gestión, el de Atención y el de Financiación, determinados básicamente por el Sistema Económico y Político-Ideológico establecido en el país, cuyo enfoque curativo o preventivo también es el resultado del paradigma o corriente epidemiológica hegemónica ya sea de los determinantes sociales de la salud o de la determinación social de la salud.

Por otro lado, es importante señalar que la principal causa de fragmentación de los servicios de salud es la segmentación de la población de acuerdo con la capacidad de pago que esta tiene, lo que incentiva el voraz apetito del mercado por arrebatar el poco dinero (ahorrado y de futuro por endeudamiento) y los escasos activos de la población para comprar la mercancía “salud” conculcada y privatizada por los gobiernos de derecha neoliberal, de finales del siglo XX que dominaron el país.

En este contexto nacional e internacional, la presente investigación se propone analizar y dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál ha sido el contexto internacional y nacional en el que se ha venido transformado el Sistema Nacional de Salud, destacando las características sociales, demográficas, económicas y políticas de Nicaragua?
2. ¿Cuáles han sido los principales cambios institucionales de carácter organizativo que se han dado en el Modelo de Atención?
3. ¿Cuáles han sido los resultados e impacto en salud que ha generado este proceso de transformación sanitario en las familias nicaragüenses?

1.4 Objetivo General

Diseñar una propuesta de Lineamientos Estratégicos de Política Pública que contribuyan al fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, período 2015-2030.

1.4.1 Objetivos Específicos

- 1.4.1.1 Describir el contexto internacional y nacional desde una perspectiva histórica, política e institucional del proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud enfatizando en las características sociales, demográficas, económicas y políticas de Nicaragua, período 1975 al 2015.
- 1.4.1.2 Examinar los cambios institucionales de carácter organizativo del proceso de transformación del Modelo de Atención de Salud en Nicaragua.
- 1.4.1.3 Determinar los resultados e impacto en salud que ha generado el proceso de transformación sanitaria en las familias nicaragüenses, 2006 al 2015.
- 1.4.1.4 Establecer los lineamientos estratégicos para la Política Pública, 2015 al 2030.

1.5 Justificación e Importancia de la Investigación

Originalidad: Basado en la una búsqueda exhaustiva de estudios similares, para lo cual se consultaron diferentes Bases de Datos en la bibliografía científica especializada, se encontró que en el país se carece de un estudio similar, lo que motivo a profundizar en esta temática y realizar la presente investigación.

En Nicaragua el proceso evolutivo que ha sufrido el Sistema Nacional de Salud en los diferentes momentos históricos no se ha sistematizado de forma ordenada y completa que dé cuenta de los cambios favorables y negativos que en materia de salud pública ha vivido el país en los últimos cuarenta años, ni de sus buenas prácticas que han influido directa e indirectamente en la salud y el bienestar de la sociedad nicaragüense.

El estudio del Sistema de Salud de Nicaragua está orientado al análisis fenomenológico de los cambios estructurales en el contexto en que se han suscitado, explicar el proceso de transformación del Modelo de Atención de Salud y los resultados e impacto en la salud de las familias nicaragüenses en el período 2006-2015. En este sentido hay cinco aspectos que se destacan en esta investigación:

Conveniencia institucional: Su enfoque está dirigido a aprender de los errores pasados y malas prácticas que otros Sistemas de Salud han sufrido en diferentes latitudes del mundo incluida Nicaragua.

Relevancia Social: Esta investigación tiene trascendencia para toda la población ya que los resultados podrán beneficiar la salud y el bienestar, contribuyendo de esta manera a mejorar el nivel y calidad de vida de la población.

Valor Teórico: Por su aporte científico al mundo académico y de los servicios de salud y por consiguiente al desarrollo de la salud pública del país.

Relevancia Metodológica: Este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas, para mejorar la forma de investigar esta problemática compleja.

Importancia e implicaciones prácticas económico, social y productiva: Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre la evolución del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, así como de la implementación y cambios en su Modelo de Atención en salud, hasta llegar a proponer Lineamientos Estratégicos que contribuyan al fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

1.1 Marco Epistemológico y Antecedentes

Los fundamentos filosóficos de la Tesis se basan en 2 corrientes epistemológicas:

1. Paradigma Socio-Crítico
2. Materialismo Dialéctico

1.1.1 Paradigma Socio – Crítico

Esta perspectiva surge como respuesta a las tradiciones positivistas e interpretativas y pretenden superar el reduccionismo de la primera y el conservadurismo de la segunda, admitiendo la posibilidad de una ciencia social que no sea ni puramente empírica ni sólo interpretativa. El paradigma crítico introduce la ideología de forma explícita de autorreflexión crítica de los procesos del conocimiento. Tiene como finalidad la transformación de la estructura de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas. Sus principios son: 1. Conocer y comprender la realidad como praxis; 2. Unir teoría y práctica (conocimiento, acción y valores); 3. Orientar el conocimiento a emancipar y liberar al hombre; 4. Implicar al docente a partir de autorreflexión. En este paradigma se considera la unidad dialéctica de lo teórico y lo práctico. La teoría crítica nace como una crítica al positivismo transformado en cientificismo. Es decir, como una crítica a la racionalidad instrumental y técnica preconizada por el positivismo y exigiendo la necesidad de una racionalidad substantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la humanidad.

Fue la escuela de Frankfurt (Horkheimer, Adorno, Habermas) la que desarrolló un concepto de teoría que tenía como objetivo fundamental la emancipación del hombre. A esta concepción de teoría es a la que se refiere el nombre de Teoría Crítica, (al menos con el sentido que aquí nos interesa).

Para la teoría crítica es fundamental la relación entre teoría y praxis, porque ella misma surge de la revisión de esta relación y es por ello que la concepción de la relación teoría-praxis es el criterio que utiliza el paradigma crítico para diferenciar los distintos paradigmas o tradiciones de la investigación.

La ciencia social crítica será pues aquella que yendo más allá de la crítica aborde la praxis crítica; esto es una forma de práctica en la que la “ilustración” de los agentes tenga su conciencia directa en una acción social transformada. Esto requiere una integración de la teoría y la práctica en momentos reflexivos y prácticos de un proceso dialéctico de reflexión, ilustración y lucha política, llevado a cabo por los grupos con el objetivo de su propia emancipación.

(<http://asistidametodologia001edu.lacoctelera.net/post/2010/04/19/paradigmas-o-tendencias-investigacion-educativa>. Bajado de Internet, 4 de octubre 2016).

Considerando que la base del conocimiento que explica el proceso evolutivo de la transformación de los Sistemas de Salud en algunos países de América Latina en este Nuevo Milenio es esencialmente su realidad histórica, social, política y económica que ha vivido la sociedad a pesar del saber y de las experiencias de los gobernantes de épocas pasadas y actuales.

Los resultados e impactos de esta transformación en el Sistema de Salud es producto de las acumulaciones y de las nuevas realidades epistémicas que se han afirmado en los diferentes Modelos Económicos y Sociales existentes en los países, donde la exclusión social de los pobres era común y el mayor enriquecimiento era para los ricos. Durante 50 años esa fue la cruda y vergonzosa realidad Nicaragüense (Somocismo 1933 a 1979, un sistema de poder basado, en la fuerza militar, en lo político, en un sistema electoral controlado por unas pocas familias oligárquicas; en lo económico, en el control monopólico de los principales recursos productivos (plantaciones, bosques, ferrocarriles, aduana) por parte de la familia Somoza y la red de amistades), (Pellini Claudio, Historia Universal, La dictadura de los Somoza en Nicaragua Gobierno Autoritario de Somoza Recuperado de <http://historiaybiografias.com/somoza>).

El cambio sustancial en los principios de la salud pública ocurre a partir del triunfo de la Revolución en el año 1979: La voluntad política de transformar la crítica situación encontrada y enfrentar todo lo que atente en contra de la salud de la población, es el elemento catalizador del cambio.

1.1.2 Materialismo Dialéctico

También se aplicarán los fundamentos provenientes del Materialismo Dialéctico, (Diccionario Filosófico Marxista. URSS 1946. P. 201-203) ciencia filosófica sobre las leyes más generales del desarrollo de la Naturaleza, de la Sociedad humana y del pensamiento, la concepción filosófica del partido marxista-leninista, creada por Marx y Engels y perfeccionada por Lenin y Stalin. Esta concepción filosófica “llamada materialismo dialéctico, porque su modo de abordar los fenómenos de la Naturaleza, su método de estudiar estos fenómenos y de concebirlos, es dialéctico. Así mismo, su interpretación de los fenómenos de la Naturaleza, su modo de enfocarlos, su teoría es materialista” (Stalin).

Al crear el materialismo dialéctico, Marx y Engels lo hicieron extensivo al conocimiento de los fenómenos sociales. Esta corriente filosófica permitirá lograr una mejor y contundente interpretación de los cambios sucedidos en el campo de

la salud, ya que todos los fenómenos evolutivos acaecidos en el mundo de naturaleza material sin duda alguna son explicados por las Leyes de la Dialéctica, mediante un pensamiento evolucionista, progresista y científico que tiene su expresión en el tiempo y en el espacio. Con los fundamentos filosóficos anteriores se analiza la evolución histórica del Sistema de Salud de Nicaragua y sus principales cambios e impacto en salud en las familias, para lo cual se utilizarán Categorías, Variables e indicadores sanitarios.

1.1.3 Antecedentes

Luego de realizar una exhaustiva búsqueda en línea a través de sitios web y en las bibliotecas nacionales de prestigio, se encontraron diversos estudios que antecedieron esta investigación y que se detallan a continuación:

En México en el año 1985 se publicó el artículo Nueva Antropología, Vol. VI, n°.28, denominada Sistemas de Salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México por Jeannette Ulate J. y Benno de Keijzer, en el cual se realiza una reelaboración y actualización del documento "Organización y participación popular en salud en Nicaragua a dos años de Revolución, publicado por la revista Centroamericana de Ciencias de la Salud en 1981. En el artículo se abordan experiencias concretas de educación y participación en el área de la salud con respecto a la construcción de un nuevo estado en Nicaragua. De igual forma se muestran las complejidades que existen en la puesta en marcha de un proyecto de salud, que incluye avances, dificultades y alternativas que surgen en dicho proceso.

En el año 2000, se publica el documento Análisis de la Situación de Salud de 1992 hasta 1998, 1a. edición, elaborado por el Ministerio de Salud de Nicaragua en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en donde se identifican las características socio-económicas, históricas, geográficas, demográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población. Igualmente se analizan una serie de indicadores sanitarios de impacto, con el fin de evaluar los principales problemas de salud de la población para diseñar estrategias o acciones que brinden posibles soluciones.

En el mes de Febrero de 2002, la fundación Friedrich Ebert Stiftung reprodujo 300 ejemplares del Modelo de Salud Previsional en Nicaragua, Evolución y Perspectivas de las EMP, segunda Edición, elaborado por el Dr. Larry Valladares que aborda el modelo de salud previsional de Nicaragua (Caracterización, Fortalezas y Debilidades, Experiencias y Logros) y el sistema de Salud que existía en el país antes de la creación de las E.M.P. así como, las reformas del sector salud y el papel que tiene el estado en la salud.

Un documento publicado en Octubre 2002 por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud sobre El Modelo de Atención en salud del Ministerio de Salud de Nicaragua: Una Revisión desde la perspectiva de la Ley General de Salud # 423, elaborado por el Dr. Octavio Torres, funcionario del Ministerio de Salud en la División de Planificación del Ministerio de Salud realiza una consolidación sobre la información disponible en relación a los Modelos de atención en el sistema de salud de Nicaragua para facilitar la definición de nuevas opciones que el sistema exige en el contexto de la Ley General de Salud para que la institución pudiera definir alternativas viables y sostenible para la atención integral de salud de la población.

Otro esfuerzo importante relacionado con este tema fue realizado en el 2002 por la Doctora Ana María Sánchez Barquero, con su Tesis Doctoral El Proceso de Construcción del Sistema de Salud Nicaragüense 70, 80 y 90, un estudio de caso que analiza la gestión, su estabilidad, sus fortalezas y sus debilidades. Este análisis está centrado en los Planes Nacionales de Salud, los que fueron descritos por cada una de las décadas el proceso de análisis se realizó mediante los ejes de Concepciones, Políticas, Estrategias y Objetivos, destacando semejanzas y diferencias. El estudio de caso logra ordenar de manera sistemática los Planes Nacionales de Salud, regulares y emergentes y realizar un análisis profundo con el fin de encontrar elementos fundamentales que contribuyeron a la construcción de un Sistema estable. (UDI-DEGT, UNAH, Ciudad Universitaria, Noviembre 2002, Tegucigalpa Honduras).

En Noviembre 2004, el Dr. Jean Macq de la Universidad Libre de Bruselas-Bélgica publicó el tema de Tesis Doctoral Documentar y actuar sobre los sistemas locales para mejorar la gestión de la atención de las personas afectadas por la tuberculosis: El caso de Nicaragua, que trata sobre el control de la tuberculosis, el manejo simple, la creencia que las actividades para cuidar a las personas afectadas por la tuberculosis pueden ser normalizadas de manera informal y centradas en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en el país.

Las Naciones Unidas y CEPAL en agosto 2006, lanzaron la Serie 175 Financiamiento del Desarrollo, con el tema La reforma de salud en Nicaragua, escrito por Adolfo Rodríguez Herrera, Consultor de la Unidad de Estudios Especiales de CEPAL, en donde se detalla el éxito de la Reforma en materia de la expansión de la cobertura horizontal y vertical y en materia de Organización hospitalaria.

El Perfil de los Sistemas de Salud de Nicaragua publicado por la Organización Panamericana de la Salud en mayo 2008, Monitoreo y Análisis de los procesos de

cambio y Reforma, en el que se destaca el Contexto del Sistema de Salud, las funciones y el Monitoreo de los procesos de cambio y reformas.

Revista Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Salud Pública de México publicado en 2011, en este artículo se describen las condiciones de salud de Nicaragua y las características de su sistema de salud, incluyendo su estructura y cobertura con fuentes de financiamiento, explican los mecanismos de parificación ciudadana en la gestión y evaluación de los Sistemas de Salud y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

1.2 Bases Teóricas de la Investigación

1.2.1 Contexto Internacional de los Sistemas de Salud

Para (Bloomberg 2013) el ranking de la compañía estadounidense que ofrece software financiero, datos y noticias, fundada en 1981 por Michael Bloomberg, exalcalde de la ciudad de Nueva York que se dedica a analizar la eficiencia de los Sistemas de Salud de 48 países desarrollados tiene en cuenta los siguientes 3 criterios:

1. La esperanza de vida de la población;
2. El coste de salud como porcentaje del PIB per cápita (porcentaje del PIB per cápita que se destina a cubrir los gastos del sistema sanitario);
3. El coste absoluto per cápita del Sistema de Salud. El gasto total en salud va destinado a cubrir tanto servicios preventivos como curativos, planificación familiar, nutrición y asistencia de emergencia.

Sobre estos criterios se identificó que el sistema de salud de España es el más eficiente de Europa ocupando el quinto lugar en el mundo y el primero en Europa en cuanto a eficiencia. Este se caracteriza por tener una sanidad pública financiada por impuestos con una cobertura completamente universal que extiende los servicios a toda la población. Sin embargo, sufre de largas listas de espera y también cuenta con zonas geográficas donde no hay infraestructura suficiente.

Para ver los Sistemas de Salud más eficientes, nos remitiremos al ranking de Bloomberg 2013 (compañía estadounidense que ofrece software financiero, datos y noticias, fundada en 1981 por Michael Bloomberg, ex alcalde de la ciudad de Nueva York) que analiza la eficiencia de los Sistemas de Salud de

El Reporte Anual Global Retirement Index 2014, (Publicado el 30 Octubre de 2014 en el portal International Living.com), señaló que en Latinoamérica los tres países que están a la vanguardia de los mejores Sistemas de Salud en el mundo son: Francia, Uruguay y Malasia, quienes ofrecen la mejor y más asequible atención sanitaria en el mundo. Tomando en cuenta principalmente parámetros como el costo de la atención y la calidad.

Al comparar las publicaciones de las organizaciones expertas en este tema se puede comprobar que para formar parte de un sistema de salud ideal se debe contar con una excelente capacidad instalada que permita atender la demanda de la población. En los países que existe desequilibrio entre oferta y demanda de servicios originan listas de esperas e inconformidad en el manejo de la atención hospitalaria, lo que permite que los pacientes no sean atendidos de forma oportuna.

De igual forma se deben implementar políticas y programas adecuados para la prevención y promoción de la salud, enfocados a brindar eficiencia, calidad y calidez.

1.2.1.1 Países Asiáticos

Los 3 primeros países de la lista son: Hong Kong, Singapur y Japón y se caracterizan por tener un gobierno que controla un Sistema de Salud Universal.

En el caso de Hong Kong, con una economía considerada de las más libres del mundo, vemos que el Sector Público tiene el peso más importante a la hora de proporcionar un Sistema de Salud accesible a todos sus ciudadanos. Este país ofrece una sanidad universal y es el más eficiente del mundo, destina tan sólo el 3,8% del PIB per cápita.

En Japón, el gasto en salud corresponde a un 8,5% del PIB per cápita. La mayoría de los servicios de salud están financiados también por el sistema público, situándose por encima de la media de 72,2% entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

En el caso de Singapur, el estado cubre sólo una cuarta parte de los gastos totales destinados al Sistema de Salud mediante impuestos y fondos. Los individuos y los empleadores pagan el resto. Este sistema requiere que los ciudadanos se responsabilicen de su propia salud y dediquen parte de sus ingresos a cubrir su seguro médico. El estado espera así que los pacientes colaboren mediante el copago y tengan la posibilidad de pagar más en caso que demanden un mayor nivel. De la misma manera, el estado subsidia aquellos que no sean capaces de cubrirse los servicios mínimos de salud.

En este sistema el gobierno ejerce dos funciones, la primera es la de obligar a los ciudadanos a ahorrar para cubrir aquellos gastos de salud no esperados. En el caso de las personas que no se puedan permitir ahorrar suficiente para su seguro médico, el estado se encarga de ayudarles. La segunda función es la de regular la oferta y los precios de los servicios médicos. Con esta regulación se persigue que el gasto en salud no aumente considerablemente y sea víctima de presiones inflacionarias.

Singapur es una economía pequeña, que goza de una estabilidad política y cuya sucesión de gobiernos del mismo partido le ha permitido introducir medidas consistentes respecto a la responsabilidad individual, ahorro obligado y desincentivo de consumir más allá de lo que es necesario mediante el copago, y el control regulado de los servicios sanitarios y sus costes.

1.2.1.2 España, la más eficiente de Europa

España ocupa el quinto lugar en el mundo, y el primero en Europa en cuanto a eficiencia. Ofrece un ejemplo de sanidad simple y barata. Ésta se caracteriza por tener una sanidad pública financiada por impuestos con una cobertura completamente universal que extiende los servicios a toda la población. Según las estadísticas gasta un 10.4% del PIB per cápita. El sector público determina los impuestos que se destinan al sistema, regula la gestión de los centros sanitarios y la financiación de las prestaciones. Todo el mundo contribuye a la financiación, de manera que el acceso es también universal. El sistema también contempla la posibilidad de colaborar mediante copago en determinadas prestaciones.

El Sistema de Salud español sufre sin embargo de largas listas de espera y también cuenta con zonas geográficas donde no hay infraestructura suficiente. La crisis económica ha dado un duro golpe a las finanzas públicas y con la reforma del 2012 se implantaron dos medidas con el fin de garantizar la eficiencia del sistema sanitario. La primera modificaba la regulación del estado de los no asegurados y beneficiarios del Sistema de Salud. El cambio más notable fue negar el derecho de acceso a la salud a aquellas personas sin permiso de residencia, así como aplicar reglas más estrictas a los ciudadanos de la Unión Europea que hagan uso del Sistema Español de Salud. La segunda medida consistió en aplicar el copago a los medicamentos: dependiendo de los ingresos de los ciudadanos, éstos contribuyen a pagar una parte de su coste.

1.2.1.3 EE.UU. líder en ineficiencia

Entre los 48 países analizados, EE.UU. ocupa la posición número 46. Esto pone en evidencia los elevados costes del Sistema de Salud norteamericano: uno de los países más ricos del mundo gasta más en salud y obtiene como resultado menos

de lo que obtienen el resto de naciones analizadas. Aún más sorprendente es que también deja a un gran porcentaje de la población sin seguridad o pobremente protegidos en el caso de necesitar asistencia.

Los Estados Unidos, junto con México y Chile, son los únicos países de la OCDE donde menos del 50% del gasto en salud está financiado por el estado. El Sistema de Salud está gestionado principalmente por aseguradoras privadas, pagadas en su mayoría por las empresas empleadoras. Además, existen programas públicos especiales, pero sólo destinados a aquellos pacientes que las aseguradoras privadas no quieren cubrir y que pertenecen a grupos especiales (jubilados, gente sin recursos, ex militares y niños de padres sin seguro médico). Las aseguradoras privadas tienen muchos incentivos para no querer asegurar a los pacientes más problemáticos y quedarse con la población más sana. Ofrecen un contrato por paciente con coberturas específicas generando así un gasto administrativo considerable, de aplicando unas cuotas elevadas para poder incrementar sus beneficios. Existe una masa crítica de gente trabajadora cuya empresa no proporciona un seguro médico.

Si tenemos en cuenta las estadísticas, Estados Unidos (en adelante EE.UU) se sitúa por detrás de Japón y numerosos países europeos en medidas estándares de salud: mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y muertes que podrían haber sido evitadas con el cuidado médico apropiado. En este caso un elevado presupuesto no conlleva siempre un mejor servicio, EE.UU. paga más y obtiene menos. Como dato interesante, los ciudadanos de Singapur pagan sólo una quinta parte de lo que pagan los americanos por su seguro médico.

Finalmente, vemos que los países que encabezan el ranking Bloomberg tienen en común una participación mayoritaria del estado en cuanto a la gestión: las instituciones públicas ejercen su influencia y deciden la financiación, la gestión y la regularización de las prestaciones sanitarias para evitar el malgasto innecesario de los recursos disponibles. Por ejemplo, en países donde el modelo de gestión está más privatizado, tanto los médicos como las aseguradoras tienen incentivos a cobrar precios muy altos por los servicios médicos y a aplicar tratamientos más caros, ya que las empresas pagan una prima alta.

Para realizar esta clasificación de los mejores países en la categoría "Cuidado de Salud" se consideraron parámetros como el costo de la atención y la calidad. Además se tomaron en cuenta el número de personas por médico, número de camas de hospital por cada 1,000 habitantes, el porcentaje de población con acceso al agua potable, la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida y los gastos en salud pública como porcentaje del PIB de cada país, The Yucatan Times.

Los 5 países con la mejor asistencia sanitaria en el mundo son los siguientes: Francia, Uruguay, Malasia, Costa Rica, México.

1.2.1.4 Francia

Según la Organización Mundial de la Salud, Francia cuenta con el mejor sistema de atención médica en el mundo. Este factor ha sido clave para llevarse el primer lugar en la categoría de asistencia sanitaria en el último reporte del Global Retirement Index. Además, se indica que, en la nación gala, la esperanza de vida tiene un promedio de 85 años para las mujeres y 78 años para los hombres.

1.2.1.5 Uruguay

Este país sudamericano aparece en el segundo lugar de la clasificación gracias a que cuenta con una variedad de opciones para la atención médica, que incluye un Sistema de Salud pública para las personas que no pueden permitirse el lujo de pagar por un tratamiento médico en centros privados, una serie de seguros de salud privados, y la opción más popular, es la de un plan hospitalario denominado comúnmente “mutualista”.

1.2.1.6 Malasia

La nación asiática ha ganado fama como destino de turismo sanitario gracias a que su atención médica es una de las mejores y más baratas del mundo. La experiencia médica con la que cuenta Malasia es igual o mejor que en muchos países occidentales. A pesar del bajo costo de la atención médica en ese país, muchos extranjeros optan por un seguro de salud privado que en ocasiones puede resultar aún más barato con respecto al público.

1.2.1.7 Costa Rica

La excelente y asequible atención médica de este país centroamericano se debe en gran parte a la gran inversión que realiza el Gobierno Costarricense en el sector de la salud.

Además, Costa Rica presta uno de los mejores cuidados sanitarios en América Latina. No sólo eso, sino que sus Sistemas de Salud, tanto públicos como privados, constantemente han mejorado sus hospitales, adquiriendo nuevos equipos y capacitando al personal médico.

1.2.1.8 México

Dado que los costos de la atención médica han aumentado constantemente en EE.UU. y en otros países, la asequible asistencia sanitaria y de primera

categoría con la que cuenta México es un gran motivo para vivir en este país latinoamericano. Prácticamente en todos los ámbitos, la atención médica en esta nación cuesta menos de la mitad que en EE.UU. Además un seguro de salud en México, con cobertura en todo su territorio, cuesta sólo un 20% de lo que se paga en la vecina nación del norte (InternationalLiving.com).

1.2.1.9 Los 11 mejores Sistemas de Salud del mundo

En junio de 2014, la fundación privada e independiente de los Estados Unidos The Commonwealth Fund realizó una encuesta comparando ciertos aspectos de la salud con 5 grupos de indicadores, como la calidad del Sistema de Salud, la equidad, efectividad y otros para evaluar el rendimiento de los Sistemas de Salud. La finalidad consistía en averiguar el grado de eficiencia de la asistencia sanitaria en Estados Unidos. A continuación, mostramos los 11 países con mejor Sistema de Salud del mundo.

1. Reino Unido: Si bien quedó en el primer puesto, el Reino Unido tuvo una mala puntuación en lo que refiere a vida saludable.
2. Suiza: Suiza quedó segundo en la lista ya que tiene un seguro de salud obligatorio para todos sus residentes.
3. Suecia: El sistema sanitario de Suecia está financiado casi exclusivamente por el gobierno, aunque también existen planes de salud privados.
4. Australia: tiene un Sistema de Salud brindado por instituciones privadas y por el Estado.
5. Alemania: tiene un sistema sanitario mixto en el que conviven un sistema público y uno privado.
6. Países Bajos: El Sistema de Salud es financiado por un sistema dual, efectivo desde enero de 2006.
7. Nueva Zelanda: En el puesto número siete quedó Nueva Zelandia, que pasó por varios cambios significativos en las últimas décadas.
8. Noruega: todos los hospitales públicos son financiados con fondos públicos y son administrados por cuatro autoridades de salud regionales, dirigidas a su vez por el Ministerio de Salud.
9. Francia: el sistema sanitario está subvencionado casi en su totalidad por el seguro de salud nacional del gobierno.

10. Canadá: El Sistema de Salud de Canadá es un sistema público financiado por el estado y cubren la atención médica.

11. Estados Unidos: El Sistema de Salud en los Estados Unidos es altamente costoso, ineficiente, aunque con elevada capacidad resolutive pero excluyente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una clasificación de los mejores y peores Sistemas de Salud en el mundo, que se elaboró a partir de variables como desigualdad, nivel global de salud de la población, capacidad de respuesta del sistema, percepción de la gente de diferentes niveles económicos sobre qué tan bien son atendidos y quiénes son los encargados de pagar los costos del Sistema de Salud.

La OMS realizó una evaluación sobre el funcionamiento del Sistema de Salud durante 1997 en países miembros donde se destacan 10 países: Francia, Italia, San Marino, Andorra, Malta, Singapur, España, Omán, Austria y Japón. Según el trabajo, los países que tienen la distribución más desigual de su inversión en el cuidado médico son Sierra Leona (último lugar), Birmania, Brasil, China, Vietnam, Nepal, la Federación Rusa, Perú y Camboya. Algunas sorpresas fueron el sultanato de Brunei, bien ubicado en el lugar 40, después de Cuba. Colombia, que ahora tramita una reforma estructural del Sistema de Salud para solucionar una crisis profunda en el sector, ocupa el puesto número 22 en el grupo de 191 Estados Miembros de la OMS, por encima de otros latinoamericanos como Chile, Costa Rica y Cuba (OMS, Informe sobre la Salud Mundial 2000. "Sistemas de Salud: Hacia un mejor desempeño" p.25, cap.2).

1.2.1.10 ¿Cuáles son los mejores Sistemas de Salud en el mundo?

1.2.1.10.1 Francia

Combina el sector público (hospitales) y privado (clínicas) con el objetivo de hacer una cobertura de salud para todos. Los gastos de protección y seguridad social en Francia representan aproximadamente un tercio de su patrimonio nacional. Es el segundo país europeo que destina más dinero al funcionamiento del Sistema de Salud y el tercero a nivel mundial.

El Estado es el encargado de controlar las relaciones entre las instituciones de financiamiento, los enfermos y los profesionales de la salud.

También se encarga de la formación de los médicos, enfermeros y personal paramédico.

Dentro de la política general de salud pública está la prevención, la vigilancia sanitaria, la lucha contra las enfermedades y las adicciones (tabaquismo, alcoholismo, toxicomanía).

Los gastos de salud no son directamente auxiliados por los pacientes, sino asumidos (bajo la forma de reembolso o de adelantamiento de gastos) por el seguro de enfermedad obligatorio.

1.2.1.10.2 Italia

Se trata de un servicio público que en gran parte es financiado con los impuestos.

Urgencias y la medicina general no tienen ningún costo. Son pocos los servicios que necesitan pagos extras.

Los pacientes tienen el derecho a elegir su propio médico o pediatra. Un profesional puede tener un máximo de 1,500 pacientes, aunque en el caso de los pediatras sólo podrán tener 800. Un médico también tiene el derecho a negarse a aceptar a un paciente.

Los servicios gratuitos son las consultas médicas en clínicas o en casa, recetas a especialistas para la realización de exámenes médicos, fórmulas médicas, servicios de enfermería, terapias específicas y certificados médicos.

1.2.1.10.3 Omán

Grandes inversiones en salud por parte del Gobierno han sido eficientes para mejorar el desempeño del sistema.

Existe una red de 180 centros de salud locales, de distrito y regionales donde trabajan cinco mil profesionales de la salud que prestan atención sanitaria a la gran mayoría de los ciudadanos.

Más del 98 por ciento de los nacimientos son atendidos por personal de salud capacitado.

Más del 98 por ciento de los recién nacidos son vacunados contra la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina y el sarampión.

La esperanza de vida al nacer, que era inferior a 60 años hacia finales de los años setenta, ahora es de aproximadamente 74 años.

Tiene una red de cobertura con ambulancias para asegurar que los servicios de salud de alta calidad estén disponibles para los ciudadanos.

Está calificado por la Organización Mundial de la Salud como el Sistema de Salud más eficiente del mundo.

1.2.1.10.4 Austria

Hay una red extensa de hospitales y médicos que cubren hasta las zonas más remotas de Austria. El Sistema de Salud hace parte de la seguridad social. Dependiendo del tipo de trabajo, hay distintos tipos de tarifas y categorías. La seguridad social también incluye seguro de accidente, pensiones y desempleo.

Son gratuitos la atención primaria, los tratamientos dentales en hospitales públicos, los medicamentos y las visitas a especialistas.

Los austríacos invierten el 10,2 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) a la salud. Su sistema es de cobertura universal y es financiado por impuestos y a través de seguros. La hospitalización se paga como cuota fija o hasta un 20 por ciento del costo total.

1.2.1.10.5 Japón

El Seguro de Salud de Japón incluye al Sistema de Seguro de Salud de la empresa al cual pertenecen los empleados de empresas privadas, el Sistema médico de Longevidad (para personas de la tercera edad) y el Sistema de Seguro Nacional de Salud; aquel que reúne al resto de la población.

Tiene una alta calificación en lo que respecta a la esperanza de vida, así como una atención de calidad.

El sistema de atención médica de Japón está dominado por los sectores de salud públicos y privados.

El gasto total del país en el Sistema de Salud es de hasta el 8,2 por ciento del PIB.

Japón tiene tres veces más número de hospitales por cada 1.000 habitantes en comparación con Estados Unidos.

El seguro de salud pública costea al menos el 70 por ciento del tratamiento y la prescripción médica. El pago del seguro mensualmente se ajusta al ingreso anual de las familias.

En Estados Unidos, Suiza, Luxemburgo, Dinamarca y Alemania están los Sistemas de Salud con mayor capacidad de respuesta.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza media de vida está en constante aumento en el mundo, lo que sugiere que la calidad de la

atención sanitaria también tiende a mejorar. Sin embargo, la clasificación de los sistemas sanitarios del mundo muestra que únicamente los países con una renta per cápita elevada gozan de un buen estatus sanitario. Además, en dichos países, los costes sanitarios suelen ser bastante elevados.

1.2.1.10.6 Mejores Sistemas Sanitarios de Europa

Cada año, Health Consumer Powerhouse publica un estudio sobre los Sistemas de Salud de toda Europa: Euro Health Consumer Index (*EHCI*). Este informe clasifica a 35 países de acuerdo con la calidad de sus sistemas sanitarios, conforme a 48 indicadores.

1. Países Bajos
2. Suiza
3. Islandia
4. Dinamarca
5. Noruega
6. Bélgica
7. Alemania
8. Luxemburgo
9. Francia
10. Finlandia

El estudio anual de Bloomberg, Most Efficient Health Care 2014, clasifica no menos de 51 países. Asia resulta la gran vencedora de dicha clasificación.

1. Singapur
2. Hong Kong
3. Italia
4. Japón
5. Corea del Norte
6. Australia
7. Israel

8. Francia

9. Emiratos Árabes Unidos

10. Reino Unido

1.2.1.11 ¿Qué criterios se siguen para elaborar las clasificaciones de Sistemas Sanitarios del mundo?

Para elaborar una clasificación realista de los Sistemas de Salud del mundo entero, las encuestas atienden a una cantidad más o menos importante de indicadores.

El estudio EHCI clasifica los Sistemas de Salud con arreglo a criterios tales como derechos de los pacientes, listas de espera, servicios prestados a los pacientes y prevención.

La fundación Commonwealth Fund ordena los indicadores en 5 grupos: calidad, acceso, eficiencia, igualdad y vida saludable. Así, la encuesta incluye indicadores como la seguridad, listas de espera, organización administrativa e igualdad de acceso a la atención sanitaria.

Para clasificar los Sistemas de Salud del mundo, Bloomberg utiliza la esperanza de vida, el gasto sanitario expresado en porcentaje del PIB y el coste sanitario per cápita.

1.2.1.11.1 Cuba, el país ejemplo en Salud Pública en América Latina

A criterio de expertos en Salud Pública y desafortunadamente por prejuicios políticos e ideológicos excluyentes en los diferentes estudios y valoraciones realizadas injustamente se omite al Sistema de Salud Cubano a pesar de ser eficiente, efectivo y de calidad, el cual es ejemplo para América Latina y el mundo, a pesar del bloqueo económico impuesto por más de 50 años por el imperialismo norteamericano.

El Sistema de Salud Cubano depende del Ministerio de Salud Pública de Cuba, que es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado referente a la salud pública. El Ministerio cubre las funciones de atención médica, asistencia a ancianos y discapacitados, control higiénico-epidemiológico, formación de profesionales y la producción y distribución de medicamentos. Todos los cubanos se atienden gratis. Los gastos que asumen los ciudadanos son los medicamentos para pacientes ambulatorios, las prótesis auditivas, estomatológicas, ortopédicas y las lentes, sillones de ruedas, muletas y

artículos similares, aunque a precios subsidiados por el Estado. Aunado a esto la mayoría de las personas reciben ayudas extras.

Debido a la crisis económica, a partir de 1989 se ha llevado a cabo una reforma del sector, en medio de una cierta polémica: si bien el gobierno sostiene que todo cubano tiene acceso a médicos, enfermeras, especialistas y medicinas, éstas últimas se vieron escasas por los efectos restrictivos en la disponibilidad de recursos por la desaparición del bloque soviético, su principal suministrador; al promulgarse la Ley Torricelli numerosas firmas que tradicionalmente habían vendido equipos médicos o sus componentes a Cuba suspendieron sus operaciones por denegar el Departamento del Tesoro de los EE.UU las licencias de exportación, por ser subsidiarias de alguna transnacional norteamericana o por contar los equipos con componentes de fabricación de dicho país. Esto, en parte, provocó una insuficiencia de medicamentos y de materias primas para la industria farmacéutica y la no renovación de equipos médicos. Lo que provocó inversiones aún mayores en el sector por lo que hoy el país importa menos del 20 por ciento de las medicinas que consume, y produce varios equipos médicos, el resto lo importa de corporaciones europeas como Philips o Siemens.

Otros desafíos y oportunidades en la reforma del Sistema de Salud Cubano, es el envejecimiento de las poblaciones, las migraciones de las zonas rurales a las urbanas y la transición epidemiológica con la creciente incidencia de enfermedades crónicas y la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas constituyen grandes retos a la capacidad de los servicios de salud de dar respuesta a las necesidades cambiantes en los niveles local, nacional y regional. Por otra parte, la reforma de los Sistemas de Salud con la tensión generada entre los servicios públicos y privados, el aumento en los costos de los servicios por el uso de tecnologías avanzadas y las demandas de los gremios de profesionales conforman una realidad, en la cual el mejoramiento de la salud de la población no siempre se considera una meta. (Rev. Panam. Salud Pública/ Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007)

1.2.2 El Estado y los Sistemas Nacionales de Salud

El Estado como organización política o poder público institucional es una creación social que tiene por finalidad la realización del bien común, a través del poder coactivo del Estado, que se manifiesta en el conjunto de las instituciones, poderes, funciones y demás estructuras estatales.

El Estado ha sido, después de la Iglesia que en buena parte le sirvió originariamente de modelo, la primera gran organización y durante mucho tiempo la más importante.

Más tarde, el desarrollo capitalista dio lugar a grandes organizaciones privadas que adquieren algunos rasgos estructurales (como por ejemplo, la organización burocrática) que originariamente eran exclusivos del Estado, pero que son ontológicamente inherentes a toda gran organización.

Las tres formas históricas del Estado son las siguientes: Estado liberal, Estado benefactor, Estado neoliberal.

El Estado liberal nació con las revoluciones burguesas como la forma política que reemplazó al Estado absolutista. Se corresponde históricamente con el período del capitalismo liberal o de libre competencia. Aquí algunas características:

- El poder estatal tendió a despersonalizarse en relación al poder personal de los monarcas y fue asumido por funcionarios elegidos entre los miembros ilustrados de la clase hegemónica: la burguesía.
- El Estado liberal garantizaba los derechos civiles y políticos de los individuos, quienes dejaron de ser súbditos para pasar a ser ciudadanos.
- En relación con la economía, el Estado liberal se caracterizó por no intervenir directamente en lo que la concepción liberal entendía como el curso espontáneo de las fuerzas del mercado.
- El Estado liberal brindaba el marco jurídico-normativo de la sociedad y también intervenía con las fuerzas del orden, cuando éste se veía amenazado.

A partir de la crisis de 1929, el Estado liberal comenzó a ser cuestionado crecientemente:

- Por las burguesías, para quienes resultaba inservible un Estado que no interviniese activamente en la vida económica amortiguando las crisis periódicas del sistema (por ejemplo, regulando el tipo de cambio de la moneda nacional o las tasas de interés bancario, o creando grandes empresas estatales en áreas en que la producción privada era insuficiente o insegura);
- Por las clases trabajadoras como un Estado sin sensibilidad social, que sólo servía para proteger los intereses del mercado.

Entre la corriente liberal y socialista que predominaron durante el siglo XIX, se abrió paso, a un enfoque, que, con muchos matices, apoyó la necesidad del desarrollo de políticas sociales que atenuaran los problemas de un capitalismo

liberal, a ultranza. Esta corriente recibió el nombre de Estado Benefactor a la que hace referencia Liliana Kusnir en su libro *La Política Social en Europa*, 1996.

Después de 1945, en casi todo el mundo occidental, surgió una forma de Estado que acompañó una nueva etapa del capitalismo caracterizada por un intenso crecimiento económico. A dicha forma política, creada para resolver la crisis del Estado liberal, se la llamó Estado benefactor o Estado de bienestar, porque se pusieron en marcha políticas sociales que tendieron a mejorar las condiciones de vida de los sectores populares y medios: servicios públicos gratuitos (salud, educación), un sistema de seguridad social (jubilaciones, pensiones), derechos y beneficios económico sociales para los trabajadores (políticas de pleno empleo, salario mínimo, vacaciones pagas, aguinaldos, planes de viviendas, sindicalización, seguros de desempleo). Por el peso decisivo que tuvieron las empresas públicas destinadas al sector industrial, a esta forma estatal también se le llamó Estado industrial. Estas políticas estatales de corte keynesiano, al inducir el consumo de la población, contribuyeron a fomentar el desarrollo industrial y redujeron el conflicto social. A la garantía de los derechos civiles y políticos de los individuos por parte del Estado liberal, el Estado benefactor sumaba la garantía de los derechos sociales.

El Estado benefactor por consecuente propuso, dentro de la Gran Bretaña, la introducción de contenidos sociales concretos dentro de la política. Sus seguidores reconocían que el sistema económico practicado durante la época victoriana dejaba muchas necesidades insatisfechas dentro de su sociedad, al distribuir los bienes de forma inequitativa, pero que, en las tareas puramente económicas de producción y distribución de bienes era preferible a cualquier otro sistema. Esta ideología por consecuente no buscaba grandes cambios a pesar de que creía que el sistema económico capitalista no podía corregir sus defectos por sí mismo, y por ende reconocía la responsabilidad y el derecho del Estado de intervenir obligatoriamente para modificar sus consecuencias en la esfera social (Kusnir 1996: p.35)

Por lo tanto, ésta posición intervencionista reconoció como primera tarea del Estado la de extender los servicios sociales e incrementar las funciones colectivas de la sociedad, siendo su objetivo primordial el lograr un equilibrio entre la libertad privada y el intervencionismo público, es decir, entre el liberalismo económico, por un lado, y la estabilidad y el bienestar social, por el otro (Kusnir 1996: p.36). Por consecuencia, el desarrollo del ámbito político de inicios de siglo dentro del Reino Unido, se vio influenciado por el desarrollo de esta corriente ideológica que permitirá entender el comportamiento de los distintos actores que participarán dentro de dicha escena.

El Estado neoliberal nació a partir de la crisis económica de 1973-1975 con los gobiernos conservadores en los EE.UU. y Gran Bretaña, y luego se extendió a casi todo el mundo occidental.

Las posturas neoliberales atribuían la quiebra de las finanzas públicas y la inflación galopante en las economías a los importantes gastos sociales del Estado benefactor. Como solución a tales problemas, proponían:

- Disminuir el gasto público hasta lograr el equilibrio fiscal;
- Privatizar masivamente las empresas públicas, muchas veces burocráticas e ineficientes;
- Reducir las acciones económicas y sociales del Estado a su mínima expresión;
- Desregular la economía y las relaciones laborales para aumentar la inversión privada en economías abiertas y flexibles, sin intervención o "protección" del Estado. La reducción de la intervención estatal en la economía y el debilitamiento de las políticas públicas en materia social profundizaron situaciones de inequidad, pobreza y desempleo en amplios sectores de la población.

En cuanto al Estado Contemporáneo Neoliberal como órgano de la justicia social tendrá la misión de reacomodar los principios del Estado de Derecho, porque no es posible pensar ya en el Estado inoperante y estático. Pero, tomando en cuenta que la planeación económica tampoco debe ser función monopólica del Estado, éste se encuentra obligado a compartirla con los particulares de acuerdo con el principio de subsidiariedad. De ahí que el Estado Contemporáneo se presenta ante los ojos del estudioso, del investigador, del analista, como una realidad elemental y misteriosa. Sus manifestaciones de poder son evidentes: la seguridad pública, el ejército, los tribunales, las aduanas, etc. También lo son sus múltiples actividades de servicio: las carreteras, los puentes, los edificios, las obras públicas en general, entre otros. Sus políticas públicas, sus funcionarios, empleados y servidores pueden ser fácilmente reconocidos. (Cultura Jurídica, una visión del Estado Contemporáneo. Miguel Ángel Garita Alonso, editada por la Facultad de Derecho, Universidad Nacional Autónoma de México. Febrero de 2011)

Para enfatizar en la función del Estado en relación con los servicios de salud pública, es importante destacar el vínculo activo que se conoce actualmente entre el Estado y la Salud que no es de larga data. El rol del Estado en Salud Pública es muy posterior a la aparición de éste, ya que tradicionalmente el rol del Estado en

salud se repartía entre el apoyo a la beneficencia y el sostenimiento de los hospitales militares.

El liberalismo clásico, sustenta el principio del orden natural armónico entre los hombres y en esta búsqueda de autonomía de ámbitos que preserve los intereses de los individuos, no sólo mira con desconfianza al Estado, sino que establece una estricta demarcación entre este y la economía.

Toda intervención estatal en los asuntos económicos resulta perjudicial, ya que el mercado es considerado un ámbito racional y eficaz. En la competencia todos los hombres son libres para realizar sus intereses y con iguales posibilidades, por esto el comercio satisface las necesidades de los hombres entre sí, sin intervención de la autoridad.

El que el Estado obligue a ser solidario y obligue a pagar impuestos, supone para el liberalismo clásico una fuerte intromisión en la libertad de los sujetos. La solidaridad es en todo caso, una obligación moral, sujeta a la conciencia individual. En tanto decisión voluntaria, que los marginados sobrevivan es una cuestión de caridad pública o privada, ya que el modelo de salud pública es meramente de beneficencia.

El proceso histórico por el que se construyó el sistema de seguridad social se debe a los cambios ocurridos en la Europa industrial a fines del siglo XIX. El desarrollo de modelos sanitarios de cobertura universal es producto de acontecimientos sociales y económicos que impactaron en el ámbito de los derechos sociales.

“La protección de la salud como proceso atribuido directa o indirectamente al estado, es consecuencia de la transformación, a finales del siglo XIX, del estado liberal al estado benefactor y de este al estado de bienestar. Su viabilidad histórica está en el origen de los sistemas de seguridad social que acompañaron al surgimiento del capitalismo monopolista. Uno de los motivos de su fortalecimiento es la racionalidad de la protección a la mano de obra que se exponía en un mercado abierto, sin restricciones y regulaciones protectoras. La reducción de la jornada laboral representa el primer paso sólido para generar un sistema de derechos sociales y de protección para los trabajadores” (Lerner y Roggio; "el discurso neoliberal en las políticas sociales"; Cuadernos Médico Sociales; Rosario; N°58, año 1991, p.34).

La necesidad de atención médica no fue condición estructural a la organización social, y la presencia de entidades de beneficencia y de ayuda mutua era el recurso más importante de la asistencia sanitaria, por lo que fueron totalmente rebasadas en su capacidad y posibilidad de atención asistencial. La

atención médica individual, estaba severamente limitada por la capacidad de pago, por lo que la mayoría debió recurrir a las prácticas populares. En ese escenario aparecieron los primeros medios colectivos de protección. A la organización sindical y gremial con demandas y reivindicaciones de muy variado tipo, siguió la creación de mutuales y cajas de los propios trabajadores y más tarde con participación empresarial.

El país precursor de este proceso fue Alemania. Hacia 1880 se desarrolla un sistema de protección que incluye el establecimiento del seguro de enfermedad, de accidentes de trabajo y el de vejez e invalidez. El surgimiento y consolidación de la seguridad social tiene como causa el desarrollo de una industria internacional y la emergencia de una clase obrera y proletariado industrial que desde su base pugnaba por un protagonismo social y una participación en el poder del Estado.

El Estado Benefactor, se reconoce como protagonista del cambio y motor del desarrollo económico y social. A la crisis de 1929 sobrevino un intervencionismo estatal creciente, fundamentado en los postulados de Keynes¹ y el Estado del Bienestar. Así se empezaron a generalizar los derechos sociales: salud. Educación, vivienda, trabajo y desempleo.

El Estado Social o Benefactor cumple una función integradora entre las clases sociales, a partir del principio de universalidad entendido como "igualmente abierto a todos", protegiendo a los más desfavorecidos a través de asistencia o prestaciones que adquieren la forma de "derechos ciudadanos". En esa concepción de la relación entre Estado y sociedad civil, el derecho a la salud, reconocido y garantizado para la totalidad de la población, adquiere relevancia significativa dentro de la propuesta de igualdad de oportunidades.

Cuando el Estado asume un compromiso con la sociedad se reemplaza a la idea liberal de equilibrio natural y se produce entonces una drástica modificación

¹ En el surgimiento del Estado del Bienestar las ideas del economista John Maynard Keynes (Cambridge, Reino Unido) son consideradas las más influyentes del siglo XX, ya que tuvieron y tienen una fuerte repercusión en las teorías y políticas económicas. Una de las principales novedades de su pensamiento fue plantear que el sistema capitalista no tiende a un equilibrio de pleno empleo de los factores productivos, sino hacia un equilibrio que solo de forma accidental coincidirá con el pleno empleo. La principal conclusión de su análisis es la importancia de la intervención pública directa en materia de gasto público para cubrir la brecha o déficit de la demanda agregada. Se puede sintetizar su aporte en el concepto de que cuando la demanda deviene transitoriamente más pequeña, ello puede tener como consecuencia, en determinados contextos institucionales, el que la oferta también sea contraída; con lo que resultaría un nuevo equilibrio del mercado, pero habiendo perdido el mercado mismo cierta magnitud entre ambos momentos. En su teoría, el desencadenante de esos movimientos en la demanda y la oferta es el mercado de capital; la demanda de capital transitoriamente deviene menor, a partir de lo cual la oferta de capital le sigue mímicamente a la baja, en vez de mantenerse transitoriamente o aumentar transitoriamente.

en la articulación de la relación sociedad civil-estado. Sin embargo, el surgimiento del

Estado de Bienestar no está exclusivamente asociado a la gestación de un sistema de seguridad social. En realidad, es uno de los últimos, ya que la educación pública generalizada constituye el primero de los sectores de acciones orientadas al conjunto de los ciudadanos. Es importante destacar que, una de las formas más concretas en que la salud actúa sobre el desarrollo es a través de la educación. No sólo porque al prolongar la vida se favorece al rendimiento de los recursos invertidos en educación, sino también porque una mejor salud asegura la asimilación de los conocimientos compartidos.

Los cambios económicos que se empiezan a gestar en la década del 70 en el sistema económico mundial marcan el punto de partida de la decadencia del Estado de Bienestar. En Argentina estos cambios se empiezan a gestar en los 80's y hacen eclosión en los 90's. En los países de América Latina se tiende a trasladar mecánicamente los argumentos que nuclea el diagnóstico neoliberal que cuestiona al estado de bienestar en los países de capitalismo central.

La emergencia de un Estado mínimo provoca una desinversión en sectores que eran tradicionalmente beneficiarios de las políticas públicas estatales como salud, educación y seguridad social.

Se produce un cambio de actores en la escena pública: el agente encargado de distribuir los recursos en una sociedad es el mercado. Inherente a esta lógica es la transformación de las significaciones culturales de los derechos sociales en servicios de apropiación individual, no diferentes de los servicios de alumbrado y barrido, que pueden ser brindados por cualquier prestatario, sea el estado o agentes privados.

Detrás de estos cambios se produce una transformación de fondo. Estos nuevos posicionamientos tienen como correlato cambios en los patrones culturales y en los universos simbólicos de significaciones sociales. En el modelo de Estado de Bienestar, el logro de los beneficios individuales se producía a través de la articulación con otros actores en una acción colectiva. Es decir, en el beneficio general se encontraba el beneficio particular.

En la actualidad esta situación ha cambiado considerablemente. El beneficio personal ya no se encuentra en conjunción al de los demás, sino que está en oposición a aquél. Las políticas en el modelo anterior, tendían a que el individuo tuviera una conducta individualmente considerada como sana. Las nuevas políticas apelan al individuo social. Se destaca el impacto social de los comportamientos individuales y no en la rectificación moral. Se razona en costos

eficacia (se refuerza la tendencia a una racionalización económica con arreglo a fines). “Ejemplo de esto es el costo social -en dinero- de los accidentes de tránsito que justifica la obligación de usar cinturón de seguridad”. Lo que implica que el criterio de asignación de recursos es la eficiencia en la reducción de los gastos. (Rosanvallon, Pierre; “La Nueva Cuestión Social”; p. 205)

En Estados Unidos de Norte América entre 1933 y 1937 con el presidente Franklin D. Roosevelt surge el New Deal (Nuevo Trato) y se da origen a su política intervencionista puesta en marcha para luchar contra los efectos de la gran depresión en Estados Unidos. Los tres tipos de medidas fueron: de ayuda, de recuperación y de reforma.

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI en América Latina se suscitaron importantes cambios sociales, económicos, políticos y jurídicos, como resultado de las luchas sociales y el ejercicio democrático de los Pueblos de Nuestramérica, que cansados de las políticas y medidas de ajustes estructurales aplicadas por el capitalismo y el neoliberalismo a los países empobrecidos, demostraron y patentizaron su descontento y la aspiración de cambiar la situación social existente por un mundo mejor que puede ser posible, consolidándose así la Unidad Latinoamericana y Caribeña, siguiendo el legado histórico de los grandes libertadores como Simón Bolívar, Antonio José de Sucre, José Martí, Augusto C. Sandino, Francisco Morazán, entre otros.

Inicialmente con la Alternativa Bolivariana para Nuestra América (ALBA) la que luego evolucionó a la Alianza Bolivariana se constituyó el espacio de encuentro de los pueblos y gobiernos que entienden que, América Latina y el Caribe conforman una gran nación, la patria grande, el supremo sueño de Bolívar, unidad monolítica que da la perspectiva de enfrentar las amenazas y chantajes del capitalismo salvaje como lo denominó su santidad Juan Pablo II.

La institucionalidad de la Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) surgió oficialmente el 14 de diciembre de 2004 cuando los presidentes de Cuba, Fidel Castro y de Venezuela, Hugo Chávez se reunieron en La Habana y firmaron los protocolos de su fundación como forma de integración y unión de América Latina y el Caribe basada en un modelo de desarrollo independiente con prioridad a la complementariedad regional que permita promover el desarrollo de todos y fortaleciera la cooperación mediante el respeto mutuo y la solidaridad. El gobierno de Nicaragua ingresó a la ALBA el 11 de Enero de 2007. En el Nuevo Milenio la ALBA-TCP permitirá la construcción progresiva de un bloque regional integrado, con presencia propia en el escenario internacional.

Como una fortaleza la ALBA podemos mencionar que Venezuela, la República Plurinacional de Bolivia y Ecuador son países petroleros, siendo también los dos primeros, grandes productores de gas. El tema energético, por lo tanto, vital para cualquier tipo de desarrollo endógeno, se presenta dentro de las fortalezas a contabilizar. Si a esto le sumamos los pasos ya emprendidos para desarrollar una poderosa industria petroquímica y la potencialidad hidroeléctrica de varios de los países involucrados, podemos afirmar que la ALBA cuenta con recursos envidiables en un mundo donde la problemática energética adquiere dimensiones complejas.

Entre los desafíos que tiene la ALBA en el Nuevo Milenio están los siguientes:

1. Fortalecer la red de parlamentos y parlamentarios de apoyo al ALBA;
2. Establecer una red de gobiernos locales adheridos a la ALBA;
3. La Universidad del Sur;
4. Fortalecer la unidad de las centrales campesinas, obreras, indígenas y demás redes sociales;
5. Avanzar en nuevos modelos productivos; e
6. Impulsar el desarrollo de la ciencia y la tecnología.

En un mundo donde se enfrenta a fuerza un modelo socioeconómico injusto, la versión modernizada del capitalismo en decadencia, conocido como neoliberalismo, se cuestiona cada vez más el bajo desempeño de los Sistemas de Salud, pretexto inadmisibles para privatizar los Servicios de Salud y convertirla en una mercancía, negando así que es una responsabilidad del Estado para convertirse en una responsabilidad individual y transferir la responsabilidad de la atención de salud a organizaciones no gubernamentales.

En un doble discurso, los operadores del neoliberalismo señalan la necesidad de abordar el problema de falta de efectividad y altos costos de los servicios de salud, lo enfrentan con reducciones drásticas del aporte estatal a la financiación de los mismos, con lo que agudizan sus problemas y se proponen soluciones paliativas a los problemas generados por el mismo sistema, restringiendo el acceso a los servicios de salud y otros financiados por el Estado a grupos que el mismo sistema ha empobrecido, con la característica de subsistir con un gasto por debajo de lo mínimo indispensable para adquirir entre otros, alimentos suficientes para

llenar sus requerimientos calóricos. Por ello, aplican recetas de “modernización” al sector salud para entregarlo en las manos del mercado, considerado por ellos el “Señor” componedor de toda la vida humana.

Los países de América Latina y el Caribe, luego de adoptar las reformas neoliberales en salud, se caracterizan porque sus Sistemas de Salud, presentan elevados niveles de fragmentación de sus servicios y segmentación para ser atendida según su capacidad de pago y la fragmentación del sistema para hacerlo más ineficiente e inefectivo y facilitar su privatización total.

1.2.3 Tipología de los Sistemas de Salud

El estudio acerca de los Sistemas de Salud está dirigido a comprender en primer lugar ¿Qué es un Sistema de Salud?

Un Sistema de Salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Fortalecer los Sistemas de Salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitaria, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud.

En general, el Sistema de Salud está conformado por el subsistema público y el subsistema privado. Un sistema sanitario está integrado por diversos componentes: el de administración de recursos humanos, el financiero, el estructural, el político; donde intervienen causas demográficas, socioeconómicas, científicas y éticas. Se busca que todos los sistemas de asistencia sanitaria o de atención de salud pongan en práctica los principios de universalidad, accesibilidad, solidaridad, ética, eficacia y eficiencia.

Actualmente, los sistemas de atención de la salud con una fuerte infraestructura de atención primaria tienen poblaciones más saludables, menos desigualdades relacionadas con la salud y menores costos generales para el cuidado de la salud de los habitantes de un país.

Un Sistema de Salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación y dirección general. También tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a las personas que demandan atención de salud.

Las malas condiciones de los Sistemas de Salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos al incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Sin embargo, los problemas relativos a los Sistemas de Salud no se limitan a los países pobres. En algunos países ricos, gran parte de la población carece de acceso a la atención por causa de disposiciones poco equitativas en materia de protección social. En otros, los costos son cada vez mayores a causa del uso ineficaz de los recursos.

Por regla general, se reconoce cada vez más que para mantener y mejorar el grado de salud de la población del mundo, los gobiernos deben diseñar Sistemas de Salud sólidos y eficientes, que presten buenos servicios preventivos y curativos a las mujeres, los hombres y los niños, sin distinción alguna. (OMS, Acerca de los Sistemas de Salud)

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha contraído el compromiso de prestar asistencia a sus Estados Miembros en esa tarea. Según la OPS/OMS son indispensables los siguientes elementos básicos de los Sistemas de Salud. (OMS, Marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los Sistemas de Salud).

1) Prestación de servicios

Los buenos servicios de salud son aquellos que permiten realizar intervenciones de calidad, eficaces, seguras, personales o no, destinadas a quienes las necesitan, cuándo y dónde se necesitan, maximizando todos los recursos.

2) Dotación de personal sanitario

El personal sanitario se desempeña correctamente cuando responde a las necesidades y actúa de manera equitativa y eficaz para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud, habida cuenta de los recursos disponibles y de las circunstancias en que se encuentra (esto es, que debe haber personal suficiente, equitativamente distribuido, que sea competente, idóneo y productivo).

3) Sistema de información sanitaria

Un sistema de información sanitaria que funcione debidamente tiene que asegurar la producción, el análisis, la difusión y la utilización de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño del Sistema de Salud y el estado de salud de la población.

4) Productos médicos, vacunas y tecnologías

Un Sistema de Salud que funcione debidamente tiene que posibilitar un acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguros y costo eficaces, así como su utilización científicamente racional y costo eficaz.

5) Financiación de los Sistemas de Salud

Un buen sistema de financiación de la salud debe recaudar fondos suficientes para que la población pueda tener acceso a los servicios necesarios y estar protegida contra el riesgo de gastos catastróficos y empobrecimiento vinculado al pago de esos servicios. También debe prever incentivos para los prestatarios y los usuarios.

6) Liderazgo y gobernanza

El liderazgo y la gobernanza suponen la existencia de un marco normativo estratégico, acompañado de una supervisión eficaz, así como de la creación de alianzas, el establecimiento de una reglamentación, la atención a la concepción de los sistemas y la rendición de cuentas.

1.2.4 Caracterización de Modelos y Sistemas Sanitarios

(Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de <http://www.uncuyo.edu.ar/> Junio 2015)

En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad causada por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones de insalubridad.

Durante mucho tiempo las personas cubrieron el tratamiento de sus enfermedades con recursos propios, acudiendo a las distintas alternativas que podían encontrar. Los acontecimientos históricos fueron modificando profundamente la estructura de la sociedad, sus costumbres, su cultura y entre ellos el concepto de salud; de ahí que se forjaran profesiones sanitarias y aparecieran diversos dispositivos asistenciales. Los poderes públicos tomaron conciencia de la necesidad de establecer determinadas garantías a favor de la población, principalmente las que se referían al desarrollo de las medidas higiénicas, la medicina preventiva y el saneamiento ambiental.

Esta situación originó distintas visiones ideológicas y políticas respecto a la asistencia sanitaria en los distintos países, dependiendo de la conformación de las

características sociales, políticas, económicas e históricas de cada uno de ellos. Tales características dieron origen a modelos como el Liberal, el Socialista y el Mixto.

Es común en la literatura especializada que se utilice el concepto de modelo y sistemas como sinónimo. Por ello, es importante remarcar la diferencia entre ambos

para no confundirlos: El Modelo hace al ámbito de la política y se puede definir como “el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios”, en él se determinan aspectos como: población receptora, quién financia el sistema, prestaciones que se van a dar, actuaciones y competencias de la salud pública-autoridad sanitaria. Mientras que el Sistema hace referencia a la operatividad y ejecución del Modelo, pero al momento de definirlo aparecen distintas maneras de conceptualizarlo, propio de las características y complejidades que este guarda.

La Organización Mundial de la Salud los relaciona con el Concepto de Salud en su aspecto más amplio “como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, en el sector de la salud y otros sectores afines”.

Asimismo, la OMS visualiza los distintos actores que lo componen al explicar que “sistema es el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente”. Y añade que “todo este conjunto debe armonizarse en un sistema homogéneo que permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho universal, sino como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona”.

Si bien todo sistema se encuentra incluido en uno mayor, el supra-sistema, están quienes consideran que los Sistemas de Salud son una variante de los sistemas

sociales abiertos² y como tales aparecen como una de las instituciones y funciones sociales más constantes y de mayor complejidad en la sociedad.

Desde la Sociología se ha definido al Sistema de Salud como “el conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad”.

Los Modelos Sanitarios pueden ser de diferentes tipos:

1. *Liberal*: La salud en este modelo es considerada como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud.

La responsabilidad del Estado queda resumida en atender a grupos más carenciados y vulnerables a las contingencias de la enfermedad, con mínima contribución financiera al sistema por parte del Estado.

Los otros grupos poblacionales (medios y altos) se adhieren a compañías de seguros privados o contratan directamente al proveedor de prestación médica, sin intermediarios. La utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda. Este modelo está presente en el Sistema Privado de Estados Unidos, siendo el referente entre otros países.

Aspectos relevantes del Modelo:

² En la Teoría de Sistemas Abiertos, es un sistema que tiene interacciones externas. Dichas interacciones pueden tomar la forma de información, energía o materia de transferencia al interior o al exterior de dicho sistema, lo que depende de la disciplina en la cual se defina el concepto. Un sistema abierto contrasta con el concepto de sistema aislado, el cual no intercambia ni materia ni información con su medio ambiente. Un sistema abierto es también conocido como un sistema de volumen constante o un sistema flotante. La Teoría de Sistemas Abiertos (TSA) fue dada a conocer en 1956 por el biólogo Ludwig von Bertalanffy. Esta teoría fue inmediatamente aplicable a través de todas las disciplinas. En las ciencias sociales un sistema abierto es un proceso de intercambio de materia, energía, gente, capital e información con su medio ambiente. El filósofo greco-francés Costas Axelos asegura que viendo el sistema mundial como inherentemente abierto (aunque unificado), resolvería muchos problemas en las ciencias sociales, incluyendo la intervención y praxis (la relación teoría-práctica), en tal modo que las diferentes disciplinas sociales científicas puedan trabajar juntas en lugar de crear un monopolio en donde el mundo aparece sólo como sociológico, político, histórico o psicológico. Axelos dice que teorizando un sistema cerrado contribuye sólo a crear un producto cerrado y, por ende, un acercamiento conservador. Los elementos del sistema son: -Entradas o insumos: proporcionan los recursos necesarios para su alimentación y nutrición. -Procesamiento u operación: núcleo del sistema, transforma las entradas en salidas-salidas o resultados: producto de la operación del sistema. -Retroalimentación: acción que ejercen las salidas sobre las entradas para mantener el equilibrio del sistema. Constituye una acción de retorno. Es positiva cuando la salida estimula y amplía la entrada para incrementar el funcionamiento del sistema, y es negativa cuando las salidas restringen y reduce la entrada para disminuir la marcha del sistema. Ambiente es todo lo que rodea a un sistema y sirve para proporcionarle los recursos necesarios para su existencia.

Los proveedores de servicios desarrollan sus dispositivos de acuerdo a los planteamientos de rentabilidad económica. La alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes hace que la tecnología y la investigación científico-médica avancen notablemente y atraigan a los mejores profesionales.

Algunas características de este sistema están siendo aplicadas en otros sistemas sanitarios, como el análisis de costes por proceso (utilización desmedida de pruebas complementarias en los diagnósticos y exceso de medicamentos) para hacerlos más eficientes.

Su financiamiento descansa sobre las empresas que cofinancian un contrato de seguro de salud con organismos privados, esta situación genera desventajas y desigualdades para los distintos segmentos de la población. Dos tercios de los empleados reciben esta cobertura. Los trabajadores autónomos, los de tiempo parcial o los que tienen pequeñas empresas deben contratar pólizas individuales mucho más caras, por lo que a menudo las rechazan. Fuera de la empresa no hay derechos. Los jubilados de más de 65 años tienen derecho a una cobertura mínima, para aquellos que no entran en estas categorías: la nada.

Una variante del Modelo Liberal es el Modelo Singapur, que ha introducido en los sistemas sanitarios el concepto de capitalización individual. La financiación se genera en una Central Provisora de Fondos (20% salario del trabajador + 20% empresarios). Entre el 6-8 por ciento va a una cuenta. Cada individuo puede retirar dinero de esa cuenta para cubrir gastos sanitarios.

2. *Socialista o Estadista*: su característica más relevante es que las prestaciones se dan en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad para todos los segmentos de la población. Es financiado en su totalidad por presupuestos generales del Estado. El sector privado es inexistente. De este modelo derivan dos tipos:

- a. *Modelo Semashko*: Comenzó en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) y los países del bloque soviético después de la Segunda Guerra Mundial. Desde 1990 Rusia y todos los países comunistas de Europa han abandonado el sistema centralizado, totalmente controlado y operado por el Estado.
- b. *Modelo Público Unificado*: Aplicado en Cuba y Corea del Norte, en este sistema el Estado toma un papel relevante en garantizar el acceso a la

salud financiando y suministrando servicios de salud directamente a través de un sistema único e integrado verticalmente. La cobertura se otorga con criterios de equidad, gratuidad y universalidad a toda la población. La priorización de la salud pública es a través de la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas, como así también la inversión en servicios públicos ha sido una de las características más relevantes e imitadas por otros países. Este sistema es poco eficaz en lo referente al individuo, excluye las opciones de prestaciones bajo el control del consumidor y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización del servicio.

3. *Mixto*: Es común en muchos países europeos y latinoamericanos. Se define por la contribución que tiene el sector público y privado en la gestión del sistema. Según el país, difiere la participación de ambos sectores dándole características propias en la financiación, en los modos de provisión y en la funcionalidad, como así también en los distintos niveles de asistencia.

Dos modelos europeos le dieron origen:

En primer lugar, el modelo Seguridad Social–Bismarck. Es el más antiguo y el más avanzado del mundo, inspirado en la legislación social de Alemania en 1883. El Estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias. El modelo garantiza la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no “cotizan”. Los profesionales son retribuidos mediante acto médico y las instituciones hospitalarias reciben un presupuesto global. La red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye asimismo en autoridad sanitaria. Actualmente todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.

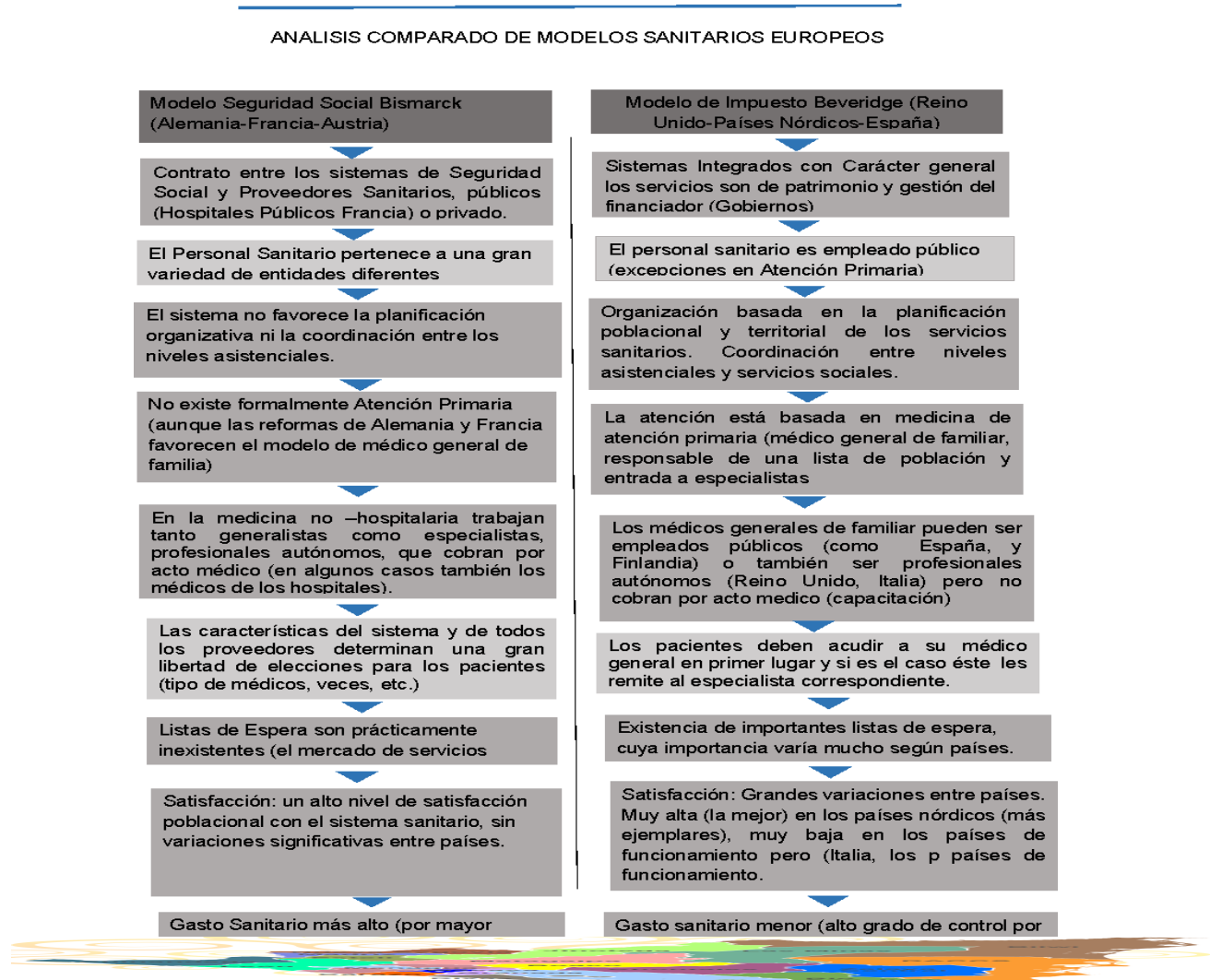
En segundo lugar, el Modelo Impuesto–Beveridge³, inspirado en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930, y que dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países.

La Financiación es pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales. La prestación se da en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso de toda la población. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y descentralizadas en comunidades autónomas y municipios que deciden y elaboran planes de salud evaluables y de cumplimiento obligado. Amplio control parlamentario sobre el Sistema de Salud.

Los medios de producción son estatales, aunque existe una parte del sector privado, los pacientes participan en el pago. Tiene un presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias.

³ William Beveridge, economista integrante del Partido Laborista de Gran Bretaña que William Churchill (político y estadista británico, conocido por su liderazgo del Reino Unido durante la Segunda Guerra Mundial. Es considerado uno de los grandes líderes de tiempos de guerra y fue primer ministro del Reino Unido en dos periodos 1940-45 y 1951-55), lo convertirá en su consejero dentro de la Junta de Comercio y que posteriormente tendrá una influencia significativa en el desarrollo de la política social dentro de la Gran Bretaña. Realizo diversos tipos de estudios sobre las principales causas y efectos del desempleo. Dentro de estas investigaciones, exponía que una de las grandes problemáticas de este fenómeno, era el período que calificaba de transición, siendo este lapso donde una persona recaía cuando era desempleado y tenía que ir en búsqueda de empleo. Sus ideas se encontraban plasmadas en el libro Desempleo: Un Problema de la Industria, dentro del apartado: La Organización del Mercado Laboral, donde explicaba que dicho período de transición debía de abordarse para hacer frente al asunto del desempleo.

Fig. 1. Análisis Comparado de Modelos Sanitarios Europeos



En tercer lugar, cabe mencionar que, en Latinoamérica surgieron otros modelos parecidos, pero con características históricas y sociales propias de la región:

1. **Modelo Segmentado:** Es el modelo más frecuentemente utilizado en América Latina. Coexisten tres sectores en el sistema:

A. **Sector Público:** Representado por el Estado, quien se ocupa de brindar asistencia a aquellos individuos excluidos del mercado, es decir a quienes pertenecen a los grupos sociales más carenciados y vulnerables y sin cobertura social. Se financia con recursos fiscales que pueden provenir de las finanzas generales o bien de impuestos con afectación específica a esta finalidad. A su vez es el estado es prestador de servicios a través de su red sanitaria;

- B. *Sector Seguridad Social*: Su organización se descentraliza en entidades intermedias no gubernamentales, pero con alta regulación por parte del estado. La financiación se efectúa a través de aporte de los trabajadores y contribuciones de los empleadores, recursos que tiene el carácter de obligatorios. Por definición, sólo cubre a los aportantes al sistema y su grupo familiar; y
- C. *Sector Privado*: La prestación de servicios de salud se realiza a través de prestadores privados en el mercado. La financiación la efectúa el usuario demandante mediante el sistema denominado prepago. En general los seguros se contratan individualmente, aunque pueden ser contratados colectivamente. En Argentina lo que debe aportar cada usuario se calcula en base al riesgo de enfermar y de estar enfermo (es decir, a través de las tasas de incidencia y prevalencia de las diferentes enfermedades) y al tipo de servicio.

Estos tres sectores financian el sistema, pero dos de ellos también son prestadores de servicio: el Público y el Privado. Este último brinda servicio a seguros privados como a seguros sociales.

Los problemas que presenta esta conformación le imprimen al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan, el origen de los recursos con que cuentan y nivel de decisión en el sistema. A ello, hay que sumar la existencia de serios niveles de fragmentación en cada sector.

La fragmentación organizacional, se manifiesta fundamentalmente como descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa en algunos casos, sobre utilización de recursos en otros casos, cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado, particularmente a nivel hospitalario, y distribución inequitativa de los centros de atención que no considera la ocupación del territorio por la población, caracterizada por la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas sin coordinación y menos integración. Esto eleva los costos por duplicación y por mayores costos de transacción, así como genera diferentes tipos y calidades de prestaciones.

La segmentación de los Sistemas de Salud (Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2003. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie Extensión de la Protección Social de la Salud. No.1). Es un gran

condicionante de la fragmentación de los servicios de salud. Los sistemas segmentados se caracterizan por la co-existencia de un subsistema público orientado a los pobres e indigentes; un subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y un sub-sistema privado que, a su vez, se divide en dos: uno con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población y otro, sin fines de lucro (ONG's, organizaciones de beneficencia), orientado a satisfacer las necesidades de los pobres desprovistos de protección por parte del sistema público; reflejando una segmentación social por capacidad de pago o por inserción en el mercado laboral. Este rasgo estructural consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es factor de exclusión social.

Se debe señalar que la principal causa de fragmentación de los servicios es la segmentación de la población de acuerdo con la capacidad de pago, lo que incentiva el voraz apetito del mercado por arrebatar el poco dinero (ahorrado y de futuro por endeudamiento) y los escasos activos de la población para hacerla comprar la mercancía "salud", cuando está ya se ha privatizado.

Definir en qué consiste su población, de acuerdo con su capacidad de pago de estos servicios, produce como efecto un limitado acceso de la población a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica (servicios de tercera para los indigentes), uso irracional e ineficiente de los recursos de los que dispone el Sistema de Salud, elevados costos en la producción de servicios y la insatisfacción de la población por la mala calidad de los servicios recibidos, siendo esto uno de los desafíos más importantes en la mayoría de los países de América Latina y El Caribe, para lograr cumplir con sus pueblos la garantía de los derechos básicos para la vida humana.

La interdependencia económica de los tres sectores, la duplicidad de funciones, la ineficiencia en el manejo de recursos y las diferencias importantes de prestación de servicios entre los diversos segmentos de población en relación a su cobertura dan como resultado falta de equidad y discriminación en la prestación del sistema, es decir marcadas ineficacias.

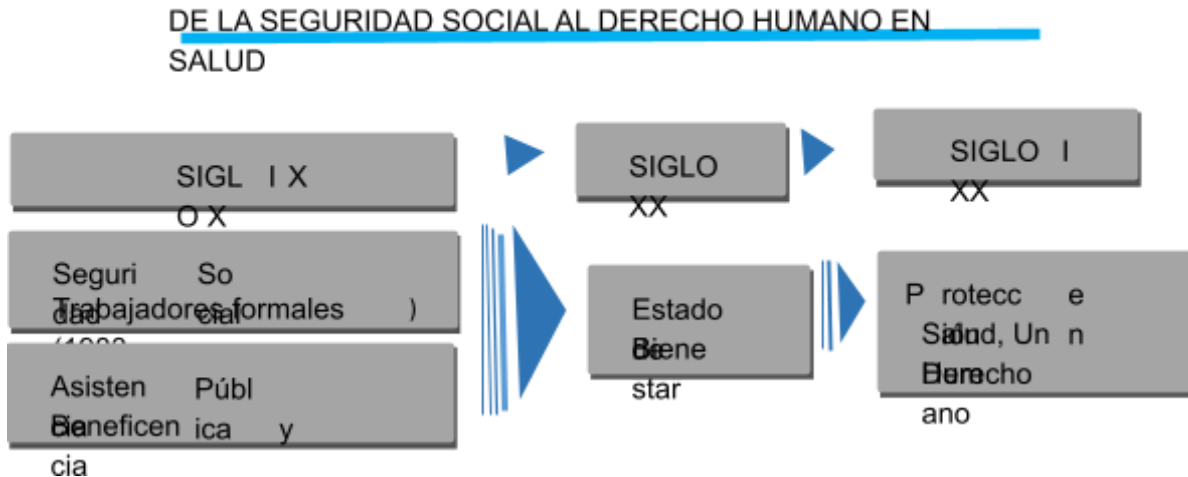
2. **Contrato Público** (ejemplo de esta modalidad lo representaba Brasil)

- El financiamiento público se combina con una creciente participación privada en la provisión de los servicios de salud, mediante la contratación de servicios;
- La población tiene mayores opciones y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia;

- El presupuesto público global se asigna a un conjunto plural de proveedores en función de ciertos criterios de productividad y calidad;
 - Este modelo conduce a la fragmentación de la provisión y complica el control de la calidad y los costos.
3. **Pluralismo Estructurado**, es una nueva modalidad que se encuentran transitando Colombia, México, Argentina y Brasil.
- Representa un punto intermedio entre los dos polos (público y privado) en los que han funcionado los Sistemas de Salud, lo que evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización del sector privado. Esta nueva alternativa busca que el sistema ya no esté organizado por sectores sociales sino por funciones. Juegan aquí un rol importante los Ministerios de Salud de cada país asumiendo funciones de rectoría y regulación del sistema y procurando la conducción estratégica, en lugar de ser un proveedor más de servicios de salud;
 - La Seguridad Social se convierte en la responsable principal de la financiación y se amplía gradualmente a fin de alcanzar una protección universal, guiada por principios de finanzas públicas;
 - La provisión directa de servicios quedaría abierta a todo un esquema pluralista de instituciones, tanto públicas como privadas;
 - En las áreas urbanas fomentaría la competencia entre proveedores, y en las áreas rurales otras innovaciones para fomentar el pluralismo serían las cooperativas organizadas y empresas solidarias de salud. En todo caso el reto es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, con reglas claras que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia.

En conclusión, se podría afirmar que de todos los modelos descritos sintéticamente han ido variando en el tiempo y generando cambios en busca de nuevas alternativas para ser más eficientes y guardar mayor equidad en la prestación de servicios de salud.

Fig. 2. Transición que han sufrido los Sistemas de Salud y la ruta hacia dónde van:



Fuente: Elaboración propia

La percepción generalizada es que no hay ningún modelo concreto único y puro que permita resolver todos los problemas de salud de la población en el entorno. El modelo sanitario ideal no existe, cualquier modelo que elijamos tiene defensores y detractores por sus propias características y complejidades. La salud en su concepción tiene una dimensión ética que se apoya en valores sociales, políticos y religiosos entrecruzados con distintas visiones ideológicas e intereses de todo tipo que no siempre tienen apreciaciones comunes.

La salud, objetivo de todo sistema, es un bien esencial para la vida, para el bienestar y la economía de un país. La OMS sostiene que la misión de todo sistema es conseguir incrementar los niveles de salud en todos los aspectos y situaciones de la persona aislada y/o en sociedad, por lo que su funcionamiento es condición para establecer indicadores de medición de bienestar y de nivel de desarrollo de una sociedad.

La salud y los servicios sanitarios son una responsabilidad pública y un derecho social. El Estado debe garantizar su protección, promoción y acceso a los servicios de salud de una manera adecuada y oportuna independiente de su clase social, nivel de ingreso, inserción laboral, género, etnia o edad.

Es común a la mayoría de los modelos descritos definir a las políticas de salud más allá de los Ministerios de Salud, ya que las consideran intersectoriales abarcando todas aquellas acciones destinadas a mejorarla.

A continuación, se describen las características de los Sistemas de Salud comunes a todos los modelos:

- Los Sistemas de Salud son instrumentos operativos diseñados por la autoridad política de los diferentes países para cumplir con sus modelos teóricos sanitarios;
- El rasgo más específico de todos los sistemas salud es su carácter profesional. El médico es el eje del sistema, el tomador de decisiones fundamental (en nombre del paciente) con gran autonomía en sus decisiones;
- Las decisiones médicas en los Sistemas de Salud determinan la calidad y eficiencia de estos;
- Los sistemas sanitarios permanentemente deben alinear la práctica médica (con sus incentivos e intereses) con la misión y valores del sistema sanitario, articulando la gestión administrativa con la gestión clínica colegiada basada en la autoridad profesional;
- Los determinantes más importantes de la salud individual y colectiva no dependen del sector salud. Este tiene una limitada capacidad de producir salud, aproximadamente un 11 por ciento, frente al 89 por ciento (que comprende la carga genética, los estilos de vida y el medio ambiente);
- El sector salud es cada vez más relevante en los indicadores macroeconómicos de un país, esta cantidad de recursos genera poderosos intereses en actores económicos con gran influencia en decisiones sanitarias. Ejemplo de ello: Industria farmacéutica, equipamiento médico, profesionales, seguridad social;
- El crecimiento del empleo sanitario respecto a otro tipo de empleo, dan al sector una gran capacidad de presión social y laboral, cuya gestión es en especial problemática. Por ejemplo: enfermeros, residencias asistidas, servicios socio-sanitarios, cuidados de enfermos crónicos, profesionales concentrados en un mismo empleador (hospitales), un mix de categorías profesionales distintas con diferentes intereses, entre otros.

Los sistemas sanitarios además de ser complejos, como se ha descrito, se caracterizan por ser parcialmente descriptibles por el gran número de componentes y relaciones que guardan entre las partes, hacen que lo comparen con la caja negra de una compleja máquina con funcionamiento desconocido.

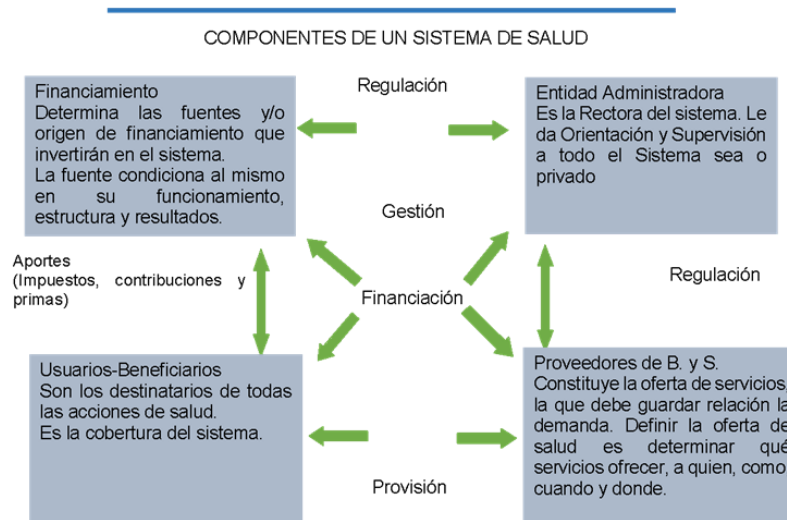
Los sistemas sanitarios, además son sistemas abiertos y por ende interactúan con otros sistemas: el político, el fiscal, educativo y el económico guardando con estos relaciones de interdependencia, es decir el sector salud depende del accionar de estos, cualquier variación en alguno de ellos tiene fuerte impacto en su ejercicio, tal es el caso del sistema fiscal (recaudador) el proveedor de recursos financieros o la falta de definición y de apoyo del sistema político deja al Sistema de Salud sin rectoría sobre el todo sanitario. El educativo, pieza fundamental al momento de acompañar en la prevención educando a la población a través de sus métodos sistemáticos y para sistemáticos; y por último, quizás el más relevante el sistema económico que produce fuertes impactos en los distintos sectores cuando tiene desequilibrios relevantes como es el caso de la variaciones en empleo (desempleo). Mantener el equilibrio en las interacciones de estos sistemas conlleva al mantenimiento del sistema y a mejorar el nivel sanitario produciendo los resultados esperados en la población que se cubre en un país.

A su vez, los sistemas social y ambiental (supra sistemas) contienen al Sistema de Salud e interactúan permanentemente condicionándolo en su funcionamiento en cuanto al impacto que generan, como así también en su capacidad de dar respuesta a las demandas constantes que presenta el medio, midiendo su capacidad de retroalimentación en términos de eficacia y de eficiencia, es decir, producir los mejores resultados (prolongar la vida, minimizar las enfermedades, las discapacidades, promover el bienestar- satisfacción interna.), en definitiva la satisfacción de los usuarios.

1.2.5 Las Funciones y Componentes de los Sistemas de Salud

Los componentes se podrían definir como las partes internas del sistema, que en su accionar determinan el equilibrio operativo del sistema. En el siguiente gráfico se presentan los componentes de un Sistema de Salud: Las partes se relacionan a través de funciones: financiación, regulación (legislación), provisión y gestión (planificación y control del sistema).

Fig.3. Componentes de un Sistema de Salud



Fuente: Elaboración propia

1.2.6 Estructura Organizativa Asistencial de los Sistemas de Salud

La organización de la asistencia médica es fruto de la estructura sociopolítica y económica de la sociedad en la que actúa. (Modelo-Sistema).

En los países europeos la atención de salud es bajo la modalidad de dispositivo asistencial, sometido directamente al poder del Estado y gestionado por autoridades y organismos que representan a dicho poder, es lo que se ha denominado servicio nacional de salud. En este sistema los servicios se estructuran dentro del esquema de asistencia integrada con una total planificación estatal, tanto en el aspecto de la distribución geográfica del dispositivo asistencial como en la definición de las prestaciones y en las modalidades de actuación del personal de salud, que quedan reguladas mediante detalladas reglamentaciones. La acción gubernamental comprende la definición de los puestos de trabajo necesarios en el campo sanitario y la creación de los centros de salud y sus niveles de equipamiento, y tiene como objetivo la extensión de las prestaciones a toda la población.

Los países del bloque socialista adoptaron este esquema con carácter general para sus dispositivos de salud, pero también algunos otros países como los latinoamericanos han estructurado esquemas hasta ciertos puntos similares y compartidos con el sector privado.

Tal es el caso que debido a medidas de racionalización económica y la creciente evolución de la asistencia han permitido que, en los últimos años, en muchos países europeos parte de la población se oriente hacia la atención médica ofertada por centros sanitarios privados, generando un desarrollo importante de seguros médicos privados y dando lugar al cambio de visión sostenido por muchos años del Sistema Nacional de Salud.

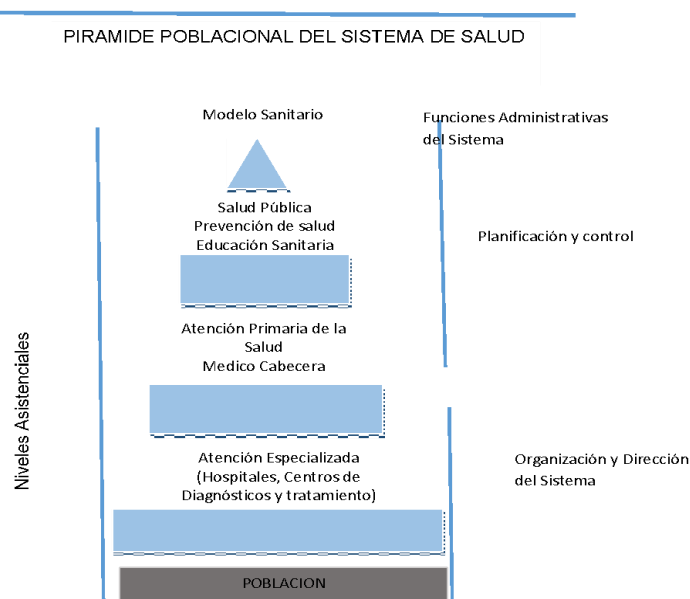
Evidentemente, en casi todos los países se avanza hacia modelos mixtos descritos anteriormente variando algunos de ellos en la modalidad de gestión, esto es, distinta participación del sector público y el privado en la financiación y provisión de servicios.

Como corolario, se puede afirmar que existe una gran diversidad en relación a la estructura organizativa de la sanidad, los cuales son el resultado de combinar los dos elementos básicos de los que se constituyen todos los sistemas sanitarios:

1. Las fuentes de financiación: recursos económicos del tesoro nacional y fondos externos; y
2. Los proveedores de servicios de salud: médicos, hospitales, farmacias, laboratorios.

La estructura asistencial común a la mayoría de los sistemas se puede representar de la siguiente manera gráfica:

Fig. 4. Pirámide Poblacional del Sistema de Salud



Fuente: Elaboración propia

A pesar de los avances terapéuticos, el constante incremento del costo de la salud, la demanda masiva de asistencia, las repetidas reformas y las desigualdades en la atención médica siguen a la orden del día, tanto entre los países como en el interior de ellos. Numerosos factores inciden en ello: medio ambiente, alimentación y trabajo, las costumbres, entre otros. Pero los Sistemas de Salud y los modos de financiamiento también generan consecuencias que, a diferencia de las anteriores, se pueden mejorar interviniendo en sus defectos, como son la burocratización, la ausencia de regulación, la falta de equidad–accesibilidad, la eficiencia tanto micro como macroeconómica; en definitiva, según la OMS “Sistemas de Salud que garanticen la satisfacción de la población en lo referente a la promoción, prevención, protección y restauración de la salud de los individuos y las comunidades de un país.”

La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la APS, desde antes de 1978, fecha en la que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos”. Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado drásticamente. El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Por lo tanto, se considera que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del Milenio u ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud —tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud— y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata,

aprovechar al máximo las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo, además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para estar en disposición de afrontar los desafíos del siglo XXI. En la Región de las Américas se ha logrado un progreso importante en el campo de la salud y del desarrollo humano. Los valores medios de los indicadores de salud han mejorado en casi todos los países: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25% en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado una media de seis años; las muertes por enfermedades transmisibles y afecciones del sistema circulatorio se han reducido en un 25% y la mortalidad perinatal ha descendido en un 35%. (Sistema de Naciones Unidas. 2009, (ODM) Objetivos de Desarrollo del Milenio).

No obstante, aún persisten desafíos considerables: algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, continúan siendo importantes problemas de salud; la infección por el VIH/SIDA es una amenaza continua en casi todos los países de la Región, y están aumentando las enfermedades no transmisibles. Además, la Región ha experimentado cambios económicos y sociales generalizados que han tenido gran repercusión en la salud. Estas transformaciones incluyen aspectos como el envejecimiento de la población, los cambios en la dieta y la actividad física, la difusión de la información, la urbanización, y el deterioro de las estructuras sociales y los sistemas de apoyo, todo lo cual, directa o indirectamente, ha condicionado una serie de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, el aumento de los traumatismos y la violencia, los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, y la constante amenaza de desastres naturales y de infecciones emergentes. Lamentablemente, estas tendencias se producen en el contexto de un empeoramiento global de las desigualdades en lo que se refiere a la salud, cuestión de importancia clave para la renovación de la APS.

La Conferencia de Alma Ata en 1978 definió la Atención Primaria de Salud (APS) como: “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

“En los 25 años posteriores a Alma Ata, la región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, las brechas de inequidad en salud, cada vez más amplias y los Sistemas de Salud persistentemente

sobrecargados, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro las posibilidades de progreso futuro hacia una mejor salud y desarrollo humano”.

“Renovar la APS significa más que ajustarla simplemente a las realidades políticas de cada momento; reformar la atención primaria necesita de un examen crítico de su significado y de su propósito. Las encuestas que se han llevado a cabo con profesionales de la salud en las Américas confirman la importancia del enfoque de la APS; ellas también demuestran que los desacuerdos y los prejuicios acerca de la APS abundan, aún dentro de la región”.

En general, las percepciones sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud abarcan diferentes categorías. En Europa y otros países industrializados la APS ha sido principalmente identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud para toda la población. Como tal, comúnmente se le conoce más como “atención primaria”. En el mundo en desarrollo la APS ha sido preponderantemente “selectiva”, concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas. Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque más integral y nacional de la APS, aunque algunos otros parecen estar evolucionando hacia enfoques más integrales y también se han venido dando muchas otras experiencias de escala menor a través de la región.

La renovación de la APS debe contribuir a los esfuerzos que todos los países están realizando en los procesos de cambio para fortalecer los Sistemas de Salud y hacer realidad la consecución de los objetivos de salud (ODM, la iniciativa 3x5) globales, regionales, nacionales y locales, la OPS invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas es basar los Sistemas de Salud en la APS.

La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma Ata, pero se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y es aplicable a todos los países. Igualmente, descarta la idea que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben definirse de acuerdo a recursos disponibles, preferencias culturales y la evidencia.

Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio Desarrollo Nacional de Salud.

Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del Sistema de Salud; elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios

Los equipos de APS como unidad básica de trabajo, es una forma particular de organización del trabajo y no un tema que pueda aprenderse en un curso. En el sector salud como en otros, se han utilizado actividades puntuales de capacitación para generar la consolidación de un equipo de trabajo. Este tipo de intervención puede aportar conocimientos, pero no puede reemplazar el desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo. Las actitudes sólo pueden cambiar en la práctica, en la vivencia laboral, en la interacción de trabajo con los compañeros, no en espacios hipotéticos.

Para que un grupo se constituya en equipo son importantes las siguientes condiciones:

- El desempeño es el objetivo principal, el equipo sigue siendo un medio no el fin;
- La creación de una ética de desempeño del equipo por parte de los gerentes fortalece el trabajo de los propios equipos;
- Existe una tendencia cultural hacia el individualismo que no debería entorpecer el desempeño del equipo;
- La disciplina dentro del equipo y la organización crea las condiciones para el desempeño del equipo;
- El desempeño del equipo está asociado con la calidad y la integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la salud;

- El equipo cuenta con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones que le permite interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas;

Se han identificado tres conceptos diferentes sobre trabajo en equipo, cada uno de ellos destacando sus resultados y las relaciones entre sus disciplinas:

- Equipo multidisciplinario
- Equipo interdisciplinario
- Equipo transdisciplinario

Los nuevos conceptos de organización del trabajo descrito por la mayoría de los autores están basados en la actividad de equipo. El equipo se define como el número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables.

El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales.

Aunque el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo.

La disciplina se constituye en un conjunto de técnicas, basadas en una teoría o imagen del mundo, cuya práctica exige estudio y concentración y se enfoca hacia una parte de la realidad; la Interdisciplinariedad hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí y que se convierten en el objeto de la interdisciplinariedad.

La transdisciplinariedad ocurre cuando varias disciplinas interactúan mediante la adopción de alguna o algunas disciplinas o de otros recursos como las lenguas y la lingüística, que operan como nexos analíticos. Por ejemplo, la lógica, la matemática y varias más. A la disciplina que se le adopte se le denomina disciplina, ciencia diagonal o transdisciplina” (Paris. Francia, 1998. Falla, Consuelle. Extracto del Libro “La Transdisciplinariedad. Manifiesto de Basarab Nicolescu “Éditions du Rocher-Collection “Transdisciplinarité).

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud en el contexto de un nuevo modelo de atención.

Las características del trabajo en equipo incluyen la autonomía relativa de cada tipo profesional (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno); la interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones; la interdisciplinariedad; la horizontalidad; la flexibilidad; la creatividad; la interacción comunicativa.

La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud.

La composición de un equipo de atención primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

Los criterios de reconocimiento del trabajo en equipo son los siguientes:

- Comunicación intrínseca del trabajo;
- Proyecto asistencial común;
- Diferencias técnicas entre trabajos especializados;
- Argumentación de la desigualdad de los trabajos especializados;

- Especificidad de los trabajos especializados;
- Flexibilidad en la división del trabajo; y
- Autonomía técnica de carácter independiente.

Esta propuesta está caracterizada por la articulación a la propuesta de integralidad de las acciones de salud en los Sistemas basados en la APS. Esta articulación está dada por las situaciones de trabajo en que los miembros del equipo establecen correlaciones u coordinaciones con otros niveles y pone en evidencia las conexiones entre las diversas intervenciones en salud.

1.2.7 Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS

Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición.

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del Equipo de Atención Primaria (EAP) en la prestación de los servicios de salud.

Como común denominador se encuentran presente en todos los casos mencionados el médico y la enfermera de la familia, a quienes se agregan, dentro de las particularidades de los Sistemas de Salud, otros profesionales que conforman los equipos de APS. Por ejemplo en Cuba en sus inicios el equipo estaba formado por médico y enfermera de la familia; la aparición de nuevas necesidades de salud y el afán de brindar servicios de calidad integrales e integrados llevó a la creación de los Grupos de Atención Integral a la Familia (GAIF), que incluyen dentista, trabajadora social, y algunas especialidades del segundo nivel de atención (Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia), además de la participación informal de los líderes comunitarios.

En otras experiencias como en Brasil, los equipos incorporan, además del médico y la enfermera, técnicos o auxiliares de enfermería, dentista y el agente comunitario, quien es un cuidador comunitario con cierto grado de profesionalización y capacitación, contratado por el Sistema Único de Salud (SUS)

en Costa Rica, los equipos cuentan con auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de atención primaria y recientemente auxiliares de registros médicos.

No hay pues, uniformidad en cuanto a la composición de los equipos de APS en el primer nivel de atención, si bien en general se considera una composición mínima a partir de médico (general y de familia), enfermera y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar, o de técnico comunitario, en función de las necesidades de la comunidad.

Las competencias de los equipos deben estar acordes a los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud basados en la APS, y por tanto, deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en las siguientes áreas: Acceso y Cobertura Universal. Desde la perspectiva de la APS el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del Sistema de Salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el Sistema de Salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del Sistema de Salud.

La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto, definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales.

El énfasis en la promoción y prevención, es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. A nivel

comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.

La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.

Un aspecto importante a tener en cuenta la hora de hablar acerca de atención apropiada, es la calidad. Ésta es el grado en que, teniendo en consideración los conocimientos actuales acerca de la distribución, la identificación, el diagnóstico y los manejos de los problemas y los aspectos relacionados con la salud, las necesidades de salud, tanto actuales como potenciales, quedan cubiertas de una manera adecuada por los servicios de salud. Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización (balance entre los costos y los efectos de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad; con lo cual queda integrado la calidad técnica de los servicios brindados y la satisfacción del usuario.

1.2.8 Los Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (OPS-OMS)

Aunque la definición de calidad siempre ha sido compleja, podríamos definirla como la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud; la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible, en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo, que permiten la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico.

Significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del Equipo de Atención Primaria (EAP) y la

comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el auto cuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.

Es de gran importancia el dominio del Marco legal e institucional, el cual está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del Sector Salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo.

Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

Las estructuras y las funciones de un Sistema de Salud basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones. En términos de sus actividades operativas, los EAP requieren de buenas prácticas de gestión que faciliten a mejorar la organización y la provisión de atención, de forma tal que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos a sus miembros y responda a las necesidades de salud de la comunidad.

Se debe estimular dentro de los miembros del EAP, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.

El primer contacto de la población con los servicios de salud, es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser útil y accesible.

La APS constituye la puerta de entrada al Sistema de Salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud. Un Sistema basado en la APS viene a fortalecer el primer nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más compleja.

En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios (EAP) a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben

tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño para ser considerados recursos humanos apropiados. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente.

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad de estos pueden variar de acuerdo a los países.

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.

El concepto de servicios de salud integrados no es nuevo, sin embargo, su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos. Esta diversidad de interpretaciones explica en parte la dificultad para comprender su dimensión, intercambiar experiencias, elaborar propuestas para la acción y evaluar los avances en la materia. En respuesta a esta situación, la OPS ha propuesto definir los Sistemas Integrados de Servicios de Salud como “la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal, que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo, y a través de los diferentes niveles del Sistema de Salud” (OPS: Redes Integradas de Servicios de Salud; conceptos, opción de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Cap. 2 Washington D.C. No.4. Octubre 2008. P. 22).

Para desarrollar la Redes Integradas de Salud, es necesario estandarizar, conocer y difundir sus principales conceptos. Según la OPS, la Red Integrada de Servicios de Salud se define como “un conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

CAPITULO III: MARCO EPISTEMOLÓGICO O METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudio

El presente estudio, hace uso de los métodos cuantitativo y cualitativo, se analizan profundamente y de manera integral una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008). De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006).

De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retro-prospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

En cuanto al enfoque de la presente investigación, por el uso de información cualitativa y el análisis de datos cuantitativos, así como la integración y discusión holística y sistémica de diversos métodos y técnicas cuali-cuantitativas de investigación, este estudio se realiza mediante la aplicación del Enfoque Mixto de Investigación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, págs. 532-540). La Unidad de Análisis en esta investigación es el Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, particularmente el Modelo de Atención de Salud.

2.2 Categoría y Variables e Indicadores, según los objetivos específicos.

La operacionalización de las variables por cada **Objetivo Específico** es la siguiente:

Para el objetivo 1: Describir el contexto internacional y nacional desde una perspectiva histórica, política e institucional del proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud enfatizando en las características sociales, demográficas, económicas y políticas de Nicaragua:

Contexto internacional y nacional, características socio-demográfica, económicas, políticas y sanitarias del país: Población, Pobreza, Tasa de Analfabetismo, Tasa de desempleo, PIB, Marco Jurídico o Ley General de Salud, Política Nacional de Salud, la Salud como bien social para el desarrollo desde la perspectiva del PNDH.

Para el objetivo 2: Examinar los cambios institucionales de carácter organizativo del proceso de transformación del Modelo de Atención de Salud en Nicaragua:

Componentes del Sistema Nacional de Salud: Subsistema Público que incluye el INSS, Sub Sistema Privado y la cobertura poblacional de estos Subsistemas.

Identificar los principales cambios Organizativos y Funcionales en el Sistema de Salud en Nicaragua, enfatizando en el Subsistema Público. En los años 70's época somocista (JNAPS y JLAS), en los años 80's con la Revolución Popular Sandinista (Regionales de Salud), en los gobiernos neoliberales de los años 90's al 2006 (SILAIS) y en la segunda etapa de la Revolución Popular Sandinista del 2007 al 2015: Describir las principales características del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS): Programático, Vertical, curativo, medicalizado, individualista, estrategia hospitalo-centrista, personal de salud altamente especializado y muy costoso, donde los pacientes pagaban por los servicios recibidos; Versus Modelo de Salud Familiar y Comunitario con organización de los Servicios de Salud Integrales y horizontalizados basados en APS, con personal de salud polivalente y Protagonismo ciudadano, Red de Servicios de Salud que funcionan en Redes Integradas, con gratuidad de la atención.

Disponibilidad de recursos financieros con que cuenta el Ministerio de Salud Presupuesto de Salud y del MINSa como porcentaje del PIB para implementar el Modelo de Atención, dotación de recursos humanos y sus brechas, infraestructura sanitaria.

Reconocer los diferentes Ministros de Salud que han conducido la institución en las diferentes etapas históricas y sus énfasis de trabajo.

Para el objetivo 3: Determinar los resultados e impacto en salud que ha generado el proceso de transformación sanitaria en las familias nicaragüenses.

Principales indicadores sanitarios en el periodo 2006 -2015: Tasa de Mortalidad General, Prevalencia de Diabetes Mellitus, HTA, Dengue, Malaria, Chikungunya, Zika, Tuberculosis, VIH-SIDA según códigos CIE10, Tasa de Desnutrición Crónica, Razón de Mortalidad Materna por 100,000 Nacidos Vivos registrados, Tasa de Mortalidad Infantil por 1,000 Nacidos Vivos registrados, Esperanza de Vida al Nacer, Tasa Global de Fecundidad.

Producción de servicios del MINSa medidos con Indicadores de uso a partir de sus Series Cronológicas existentes en la Oficina Nacional de Estadísticas y el Sistema de Información del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (SIGRUN).

Como producto del estudio se diseñará una propuesta de Lineamientos Estratégicos de Política Pública que contribuyan al fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua en el período del 2015 al 2030.

Para el objetivo 4: Establecer los lineamientos estratégicos para la Política Pública 2015 al 2030 para fortalecer y modernizar el Sistema Nacional de Salud de Nicaragua.

2.3 Fuente de Información

La fuente de Información Primaria para este trabajo de investigación será con 10 informantes claves funcionarios nacionales de gobierno, Máster Universitarios y funcionarios del Ministerio de Salud de los Niveles nacionales, Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) conocedores de la realidad nacional y del Sistema de Salud en Nicaragua.

Además, se utilizará otra fuente de información primaria mediante la realización de Grupos Focales con los 19 responsables de Planificación de los SILAIS.

Igualmente, se incluirá Información Secundaria a partir de la revisión de fuentes bibliográficas en las diferentes bibliotecas del Sector Salud e instituciones académicas, publicaciones científicas y documentos relevantes existentes que versan sobre salud pública en Nicaragua y el mundo.

2.4 Recolección de la Información e Instrumentos

La Recolección de Información Primaria se realizará mediante técnicas participativas como entrevista a informantes claves y grupos focales.

La revisión documental exhaustiva, se hará aplicando una guía temática que facilitará la búsqueda bibliográfica.

Para la recopilación de los datos cuantitativos disponibles en registros del MINSA, se consultarán las Bases de Datos que se manejan en la Oficina Nacional de Estadísticas. A partir de los indicadores obtenidos, se diseñará una base de datos particular, constituida por variables específicas, lo cual facilitará su análisis estadístico para responder a los objetivos propios de la presente investigación.

Igualmente, en Septiembre 2016 fueron realizados dos Grupos Focales con los Directores de Planificación de los 19 SILAIS del país y 19 Directores Municipales de las cabeceras departamentales, a través de la facilitación del autor de esta Tesis. En estos Grupos Focales se abordó el tipo de acciones y mecanismos estratégicos que podrían ponerse en práctica por los tomadores de decisión que facilitarán la construcción social del conocimiento y así diseñar una propuesta de

corto, mediano y largo plazo sobre Lineamientos Estratégicos para continuar profundizando la transformación del Sistema Nacional de Salud.

Para la obtención de la información fueron aplicados los instrumentos de recolección de información pertinentes, a partir de los cuales fueron elaboradas Tablas, Fichas, Guías y Matriz para indicadores de Salud, entre otros.

2.5 Discusión de los Resultados

Los datos estadísticos e indicadores servirán para el análisis de la situación de salud, utilizando el software SPSS v 24 para Windows, de acuerdo a los procedimientos estadísticos descritos en Pedroza y Dicosky, 2006.

La discusión de los resultados se hará en función de los hallazgos relevantes ocurridos durante la investigación, contrastándose con los enfoques del abordaje teórico, expresados en el Marco Teórico. Asimismo, los resultados deben dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos del estudio.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el objetivo 1: Describir el contexto internacional y nacional desde una perspectiva histórica, política e institucional del proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud enfatizando en las características sociales, demográficas, económicas y políticas de Nicaragua.

3.1 Contexto Internacional del Sistema de Salud

América Latina muestra brechas significativas en indicadores tradicionales del sistema de salud, como se muestra en las diferencias entre esperanza de vida y perfiles epidemiológicos lo que refleja una región con remarcables heterogeneidades. Los países más rezagados en términos de gastos anuales per cápita son Bolivia con 305 dólares internacionales, Guyana con 223, y Haití con 84 dólares, aproximadamente diez veces menos al promedio regional y 28,3 veces por debajo del líder de gasto sanitario de América Latina y el Caribe. (Maceira, 2014).

Según el artículo científico “Índice de Acceso a la Salud y Calidad basado en la mortalidad por causas propensas a la atención médica personal en 195 países y territorios, 1990-2015: Un análisis novedoso del Estudio sobre la carga mundial de enfermedades 2015” realizado por el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (Health Metrics and Evaluation Institute) fundado en 2007 como ente independiente de análisis en salud, financiado por la Fundación Bill & Melinda

Gates, y adscrito a la Universidad de Washington, cuyo Director desde la creación del Instituto es el Dr. Christopher Murray, exfuncionario de la OPS/OMS. Plantea una metodología interesante pero que ha recibido cuestionamientos de la OPS con respecto a la evaluación, ya que para medir acceso y calidad se basa en datos de carga de enfermedad (morbilidad y mortalidad) y menos en la medición de acciones de Atención Primaria en Salud y de la red comunitaria que realiza intervenciones más amplias.

La medición actual es comparable con mediciones anteriores, con las que se pueden establecer tendencias en períodos diferentes de medición; ya que se utiliza la misma metodología. Esta última evaluación comprende 25 años (1990-2015), período que, en el caso de Nicaragua, incorpora 9 años del Gobierno Sandinista presidido por el Comandante Daniel Ortega Saavedra (2007-2015).

Con respecto a la confiabilidad de los datos se puede aseverar que estos son independientes en su análisis, y confiables. Para ello, utilizan varias fuentes de datos secundarios sobre mortalidad elaborados por OPS/OMS, otros tipos de mediciones realizadas por el Banco Mundial y el uso de datos de Encuestas de Hogares. Para estas evaluaciones el Instituto realiza ajustes o corrección de los datos si los mismos no han sido corregidos por sub-registro estadístico.

La metodología utilizada, siguió cuatro pasos para el análisis:

1. Mapeo de la lista de causas de mortalidad asociadas a 32 enfermedades susceptibles al Estudio de Carga Global de Enfermedades, Traumatismos y Factores de Riesgo 2015;
2. Normalización del riesgo en las tasas de mortalidad para eliminar las variaciones que no se abordan fácilmente a través de la atención sanitaria;
3. Construcción de Índice de Acceso y Calidad (HAQ) en el cuidado de la salud basado en las tasas de mortalidad por causa específica del riesgo para facilitar las comparaciones a lo largo del tiempo y por geografía; y
4. Cuantificación de los niveles máximos del Índice de Acceso y Calidad (HAQ) en todo el espectro de desarrollo.

El Índice de Acceso y Calidad (HAQ) tiene un valor de 0 a 100 y para la categorización de los países y territorios se dividió el valor en deciles: primer decil <42.9; segundo decil 42.9-47.0; tercer decil 47.0–51.3; cuarto decil 51.3-59.0; quinto decil 59.0-63.4; sexto decil 63.4-69.7; séptimo decil 69.7-74.4; octavo decil 74.4-79.4; noveno decil 79.4-86.3 y decimo decil > 86.3.

En el caso de América Latina se destacan cambios importantes, particularmente en Nicaragua, que ha superado sus calificaciones pasando de una puntuación de 49.7 en 1990 ubicándose en el tercer decil (47.0–51.3) a una puntuación de 64.3 en 2015 subiendo al sexto decil (63.4-69.7) de la medición, superado en la región por: Chile (76), Costa Rica (72.9), Uruguay (72), Perú (69.9), Argentina (68.4), Colombia (67.8), Brasil (64.9), Panamá (64.4) y El Salvador (64.4), pero por encima de México (62.6) y República Dominicana (62.5). En consecuencia, en América Latina Nicaragua ocupa la posición número 10, con el gran desafío de continuar mejorando su desempeño.

En relación a la financiación para la región con los fondos externos, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID 2015) por ejemplo, considera que "las principales deficiencias que deben ser consideradas en las estrategias futuras de préstamos entre las autoridades de América Central y las agencias financieras multilaterales y los donantes bilaterales" se agrupan en cuatro "esferas": social, económica, institucional y política regional. La Unión Europea, por su parte, establece como prioritarios seis ámbitos de intervención: vínculo entre comercio y desarrollo, integración y cooperación regionales, apoyo a las políticas macroeconómicas (Salud y Educación, sobre todo) y fomento de un acceso equitativo a los servicios sociales, transporte, seguridad alimentaria y desarrollo rural sostenible y fortalecimiento de las capacidades institucionales. Con este panorama la predictibilidad de fondos para el campo social es sumamente alentadora, lo cual permite vislumbrar mayor inversión en salud en los países del área centroamericana y singularmente en Nicaragua.

3.1.1 Nicaragua - Índice de Desarrollo Humano 2014

El índice de desarrollo humano (IDH) en Nicaragua en 2014 fue 0,631 puntos, lo que supone una mejora respecto a 2013, en el que se situó en 0,614.

El IDH es un importante indicador del desarrollo humano que elabora cada año Naciones Unidas. Se trata de un indicador que, a diferencia de los que se utilizaban anteriormente que medían el desarrollo económico de un país, analiza la salud, la educación y los ingresos.

El IDH, tiene en cuenta tres variables: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno. Por lo tanto, influyen entre otros el hecho que la esperanza de vida en Nicaragua esté en 74,81 años, su tasa de mortalidad en el 4,75% y su renta per cápita sea de 1,476€ euros.

A continuación, se presenta la evolución de Nicaragua - Índice de Desarrollo Humano desde 1980 hasta el 2014 preparado por el PNUD, al 2014.

Tabla 1. Índice de Desarrollo Humano

AÑOS	IDH	Ranking IDH
1980	0,483	81°
1990	0,491	105°
2000	0,554	109°
2005	0,585	116°
2008	0,599	120°
2010	0,604	131°
2011	0,608	131°
2012	0,611	132°
2013	0,614	132°
2014	0,631	125°

Fuente: PNUD. IDH 2014

3.1.2 Reconocimiento internacional a los logros en salud

En el marco de la Iniciativa Mesoamérica Salud 2015, el BID ha reconocido al Ministerio de Salud la mejoría en los indicadores de desempeño para la salud materna e infantil a través de la atención en las casas maternas. También el BID ha reconocido los logros del MINSa en la estrategia comunitaria en salud en el manejo del bebé en la comunidad.

Por lo que el Gobierno presidido por el comandante Daniel Ortega y la compañera Rosario Murillo a través del MINSa recibió un reconocimiento a este esfuerzo en pro de la salud de las mujeres embarazadas y los niños/as de Nicaragua.

3.2 Contexto Nacional del Sistema de Salud

Nicaragua finalizó el siglo XX como protagonista importante del proceso de paz en la región (Esquipulas II), suscrito por los presidentes de Centroamérica en el año 1987 en Esquipulas, Guatemala, concluyendo así la guerra entre hermanos de un mismo país, pero entre países. En el caso de Nicaragua fue impuesta por Estados Unidos al proceso revolucionario. Este hecho provocó que se adelantaran las elecciones nacionales y el 21 de febrero de 1990 la UNO se alza con la victoria política en contra del FSLN que durante 10 años había gobernado.

Nicaragua en el período comprendido entre 1990 y 2000 recibió en donaciones el equivalente a 6,500 millones de dólares de los Estados Unidos de América, superando tres veces el total del Producto Interno Bruto (PIB). Alrededor del 60 por ciento de la ayuda provino de donantes bilaterales y el 40 por ciento de instituciones financieras internacionales. (Meléndez 2001).

Más en concreto, en el período 1997-2000, el desembolso de la cooperación internacional alcanzó los 1,981.2 millones de dólares de los Estados Unidos de América, lo cual supone un promedio anual de 495.3 millones de dólares de los Estados Unidos de América, que representa un 23 por ciento del PIB y constituye aproximadamente el 70 por ciento del Programa de Inversiones Públicas que ejecuta el país. Esta cooperación provino casi a partes iguales de las fuentes bilaterales (50.5%) y de las multilaterales (49.5%). (Gómez 2001).

Un alto porcentaje fue entregado en calidad de préstamo, pero en aquel período el aporte en calidad de donación fue importante para ayudar a la rehabilitación tras el huracán Mitch. En la reunión del Grupo Consultivo celebrada en Washington en mayo de 2000, los datos oficiales evidencian, por ejemplo, en 1999, pocos meses después del paso del huracán los países y agencias donantes desembolsaron 654.7 millones de dólares de los Estados Unidos de América y de éstos el 52.6 por ciento (US\$344.5) fueron préstamos y el 47.4 por ciento (US\$310.2) fueron donaciones. (Meléndez, Mayra Isabel. Op. Cit).

La tendencia en ese momento era de incrementar la ayuda en calidad de préstamo, mientras las donaciones representan cada vez menos porcentaje y se canalizan por lo general a través de las ONG.

La economía nicaragüense creció 3.7 por ciento (4.3% en 2005) y la inflación finalizó en 9.45 por ciento (9.58 % en 2005). La desaceleración de la actividad económica se debió a menores impulsos en la demanda interna que no fueron compensados por la dinámica del sector exportador. (Banco Central de Nicaragua, Diciembre 2006).

A pesar de las turbulencias económicas globales, Nicaragua se ha destacado por mantener niveles de crecimiento superiores al promedio de América Latina y el Caribe. Las economías centroamericanas presentaron un buen desempeño, especialmente Nicaragua, con el mayor crecimiento en la región (4.5%) en 2010. (Banco Central de Nicaragua, Diciembre 2010).

Bajo este contexto, el Producto Interno Bruto (PIB) registró una tasa de crecimiento de 5.2 por ciento en 2012 (5.4% en 2011), medido según el nuevo sistema de cuentas nacionales de Nicaragua, referencia 2006 (SCNN 2006), el cual fue publicado en septiembre de 2012. Con este importante avance estadístico se mejora el análisis de coyuntura del país, situando a Nicaragua entre los países latinoamericanos que tienen un alto grado de desarrollo estadístico como México, Chile y Brasil. (Banco Central de Nicaragua, Diciembre 2012).

Así, utilizando este robusto sistema, se estima que el desempeño de la economía doméstica estuvo determinado por factores de demanda tales como la

profundización del proceso de apertura comercial, el mayor dinamismo de la inversión privada, la reactivación del crédito, y el flujo de recursos externos procedentes de la inversión extranjera directa y las remesas familiares. Por el lado de la oferta, se destaca el mayor esfuerzo productivo del sector privado, respaldado por el gobierno mediante la aplicación de políticas sectoriales en un ambiente de estabilidad macroeconómica, pese al frágil contexto internacional. (Banco Central de Nicaragua, Diciembre 2012).

La estabilidad macroeconómica de Nicaragua ha permitido que el Gobierno Sandinista adapte sus decisiones a estrategias pioneras de más largo plazo para combatir la pobreza, especialmente en las zonas rurales, en vez de tener que concentrarse en decisiones de corto plazo para sortear la crisis.

Según la Encuesta de Medición de Nivel de Vida 2014 del Instituto Nacional de Información de Desarrollo, para el período 2009 a 2014 en Nicaragua hubo una disminución de 13 puntos porcentuales en la pobreza nacional, que descendió de 42.5 a 29.6 por ciento. Mientras que, para el mismo período, la pobreza extrema presentó una disminución de 6 puntos porcentuales, tras pasar del 14.6 a un 8.3 por ciento.

A pesar del progreso, la pobreza sigue siendo alta. Además, Nicaragua aún es uno de los países menos desarrollados de América Latina, donde el acceso a los servicios básicos es un reto diario. Para llegar a las familias más vulnerables del país, los proyectos de la AIF se apoyan en iniciativas locales para aprovechar los limitados recursos y así obtener resultados más sostenibles. (Banco Mundial 2015)

Los países que impulsaron el crecimiento en la región fueron: Honduras (5.6%), Nicaragua (5.5%) y Costa Rica (5.2%). Las economías que aceleraron su crecimiento fueron El Salvador (pasó de 0.5% en 2015 a 2.3 en 2016), Nicaragua (de 4.7% a 5.5%) y Panamá (de 4.5% a 4.6%). La inflación acumulada de la región para 2016 fue de 2.07 por ciento, ligeramente mayor a la registrada el año previo (1.67%). Todos los países, excepto El Salvador, mostraron variaciones interanuales positivas, liderando Guatemala (4.23%), Honduras (3.31%) y Nicaragua (3.13%). (Banco Central de Nicaragua, Diciembre 2016).

El economista nicaragüense Néstor Avendaño señala que “nadie da nada gratis, todo tiene su debe y su haber”, y lo cierto es que la cooperación bilateral y multilateral marcan unas reglas de juego, tanto en los plazos para la devolución del préstamo, como en la imposición de ciertas condiciones de tipo político y económico, para conceder el préstamo. Como criterio general, las peticiones de las instituciones financieras multilaterales giran alrededor de la gobernabilidad y todos los conceptos y prácticas que ésta conlleva.

Pero ese tipo de ayuda requiere que el sector público haga su parte. Es decir, que deje "progresivamente, la carga actual de proveer una amplia cantidad de bienes y servicios", a la vez que deja de actuar como la fuente final proveedora de empleo. En lenguaje más sencillo, la condición del BID es que se desarrollen las privatizaciones, cuyo proceso inició en nuestro país desde hace varios años y que aún no culmina.

Otras medidas son, por ejemplo, el incremento de recaudación fiscal por medio de las bebidas alcohólicas, emitir 20 millones de dólares de los Estados Unidos de América en títulos que serían adquiridos por medio del sistema bancario, aprobación de la Ley de Reforma a la Seguridad Social en la Asamblea Nacional, o la implementación de medidas prudenciales que regulen el endeudamiento externo.

Por otro lado, se requiere de incentivar la inversión de capital privado tanto nacional como extranjero. En este campo también se han dado los primeros pasos y en los últimos años hemos visto la erección de hoteles de diversas categorías o la traída de cruceros.

Por otra parte, la ayuda proveniente de los cooperantes multilaterales está planteada a más largo plazo que la de los bilaterales, a la vez que más enfocada a las políticas. Por ejemplo, el BID está financiando el "Programa de modernización del municipio de Managua" que tiene como objetivos el fortalecimiento de la capacidad del gobierno municipal a través de una mayor descentralización y participación ciudadana en el diseño e implementación de proyectos piloto de alta prioridad socioeconómica, y mediante la modernización de la administración municipal para hacerla más eficiente y transparente.

En términos macroeconómicos, el crecimiento económico de Nicaragua durante 2016 continuó siendo uno de los más dinámicos de Latinoamérica. La mayor diversificación económica, el régimen favorable de lluvias, el impulso de la inversión pública y la mejora en los términos de intercambio favorecieron el desempeño de la demanda interna y el impulso productivo. (Banco Central de Nicaragua, 2016). Hecho que se traduce en un importante incremento en la asignación presupuestaria a Salud y Educación.

La actividad económica mantuvo un buen dinamismo, mientras la inflación permaneció baja. El manejo de las finanzas públicas continuó siendo estable, la deuda pública, como porcentaje del PIB, continuó reduciéndose, las reservas internacionales se mantuvieron en niveles adecuados, mientras que el sistema financiero permaneció sano.

Nicaragua presentó en 2016, un crecimiento económico de 4.7 por ciento, impulsado por el desempeño de las actividades de servicios, principalmente comercio, intermediación financiera y administración pública y defensa, seguido de las actividades agropecuarias e industria manufacturera. Los bajos precios internacionales del combustible continuaron favoreciendo el ingreso disponible y el consumo, tendencia que también fue respaldada por el empuje de la inversión en infraestructura. Así, en un contexto de bajos precios internacionales y menor comercio mundial, la demanda interna de consumo e inversión presentó un mejor dinamismo que la demanda externa neta. (Banco Central de Nicaragua, 2016, Informe Anual 2016, pág. 1, párrafo 2 y 3).

Consistente con el desempeño de la actividad económica, el empleo formal presentó un crecimiento del 10.8 por ciento, registrando el dinamismo en la afiliación al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) en los sectores de servicios comunales, sociales y personales, así como comercio, hoteles y restaurantes y el sector financiero. Por su parte, el salario nominal promedio creció 6.3 por ciento, resultando en un crecimiento de 2.7 por ciento en términos reales. (Banco Central de Nicaragua, 2016).

El desempeño social y económico de Nicaragua de los últimos años, se ha destacado como uno de los mejores en Latinoamérica y ha gozado del reconocimiento de organismos internacionales y agencias calificadoras. Este desempeño ha permitido que el PIB per cápita aumente de 829 dólares de los Estados Unidos de América en 1994 a 2,090 en 2016 y la pobreza extrema se reduzca de 17.3 por ciento en 1998 a 8.3 por ciento en 2014. (Banco Central de Nicaragua, 2016).

Los resultados de la conducción macroeconómica en 2016 se mantuvieron entre los mejores de la región. El Fondo Monetario Internacional (FMI) valoró que el desempeño macroeconómico de Nicaragua permaneció robusto, destacando un crecimiento económico sólido, apoyado en gran parte por las actividades de servicios y agrícolas, en un contexto de inflación baja y estable. Asimismo, las agencias calificadoras de riesgo crediticio validaron el buen desempeño económico del país, destacando la implementación de políticas económicas prudentes y pragmáticas, el ambiente de seguridad ciudadana y la alianza estratégica del Gobierno con el sector privado y trabajadores, como elementos catalizadores del crecimiento económico. (Banco Central de Nicaragua, 2016)

De esta forma, se puede apreciar que los avances descritos anteriormente han creado mejores bases para mantener un horizonte positivo de crecimiento en el mediano plazo. Así, se espera que los logros sociales y económicos, aunados a la nueva capacidad productiva nacional y el fortalecimiento de la estrategia de desarrollo del país, hagan posible un crecimiento sostenido en torno al 5.0 por ciento anual. (Banco Central de Nicaragua, 2016)

3.2.1.1 Evolución del Gasto Público 1995 al 2013 y el Presupuesto en Salud 2007 al 2014

En la siguiente tabla se refleja el Gasto Nacional del Sector Salud provenientes de las Cuentas Nacionales en Salud (CNS), período 1995-2013, (Moneda Córdoba, Millones) de la cual se puede analizar que el Gasto Total en Salud (GTS) como el por ciento del PIB en el período 1995 al 2005 con el mismo año base (1994) ha tenido un comportamiento irregular. Del 2006 al 2013 con año base diferente (2006) la tendencia ha sido a la disminución, debido a los efectos de la crisis financiera en E.U.A y al alza de los precios de combustible. (MINSA, Cuentas Nacionales en Salud, 2015).

Según el MINSA los recursos externos (préstamos y donaciones) para la salud como relación del GTS es notable su franca reducción por la salida de los Socios para el Desarrollo, permaneciendo las instituciones financieras multilaterales como BM y BID, entre otros. Por ello, el GRUN ha asumido un papel beligerante con mayor asignación de la fuente fiscal al presupuesto para garantizar la gratuidad de los servicios de salud y la extensión de cobertura con calidad.

Tabla 2. Indicadores Porcentuales del Gasto en Salud

A. Algunos indicadores porcentuales del gasto en salud	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto Total en Salud (GTS), como % del PIB	8.4	8.3	6.8	7.3	6.9	7.0	6.8	7.4	7.9	7.9	7.9	6.3	6.9	7.0	7.0	6.7	6.3	6.3	6.2
Recursos externos para la salud, como % del GTS	15.8	12.2	9.9	9.1	8.5	7.8	8.5	7.6	10.0	11.2	11.7	7.5	9.3	9.1	8.0	7.1	4.7	4.6	5.0
Gasto del Gobierno General en salud (GGGS) como % del GTS	64	59	49	49	46	53	54	52	57	55	56	55	55	55	56	55	56	58	60
Gasto privado en salud (GPS), como % del GTS	36	41	51	51	54	47	46	48	43	45	44	45	45	45	44	45	44	42	40
Gasto directo (hogares) como % GTS	35	40	50	50	52	43	42	45	38	41	40	42	42	42	41	42	41	39	38
Gasto directo - hogares como % G privado S	98	99	98	98	96	92	91	95	89	92	92	93	93	93	93	93	93	93	93
Seguros privados como % del Gasto Privado en Salud	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.6	1.7	2.3	2.3	2.0	1.9	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
Gasto directo de Inst sin fines de lucro como % del G privado Salud	1.3	1.0	1.5	0.6	3.3	4.4	3.6	1.6	4.4	4.5	4.9	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1
Gasto total en hospitales, como % del GTS	35	43	29	34	30	25	24	22	22	22	22	22	22	22	26	29	32	34	38
Hospitales financiados por el gobierno general como % del GGGS	38	37	28	33	28	33	28	30	27	27	27	28	22	27	31	36	38	40	43
Servicios de asistencia curativa en % del GTS	15	11	21	28	25	19	18	17	13	12	13	13	13	13	14	16	18	19	21

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud/ DGPD/ MINSA Feb-2015
Presupuesto Ejecutados MINSA 1995-2013, aplicada metodología OECD

Desde 2007 a 2013, la proporción pública de Nicaragua del gasto en salud total se incrementó de 47 a 53 por ciento. Como resultado, la porción privada del gasto total en salud se redujo de 56 a 47 por ciento. En 2013, la porción privada de Nicaragua del gasto en salud total (47%) era más bajo que los promedios para LAC (52%) y Centro América (58%).

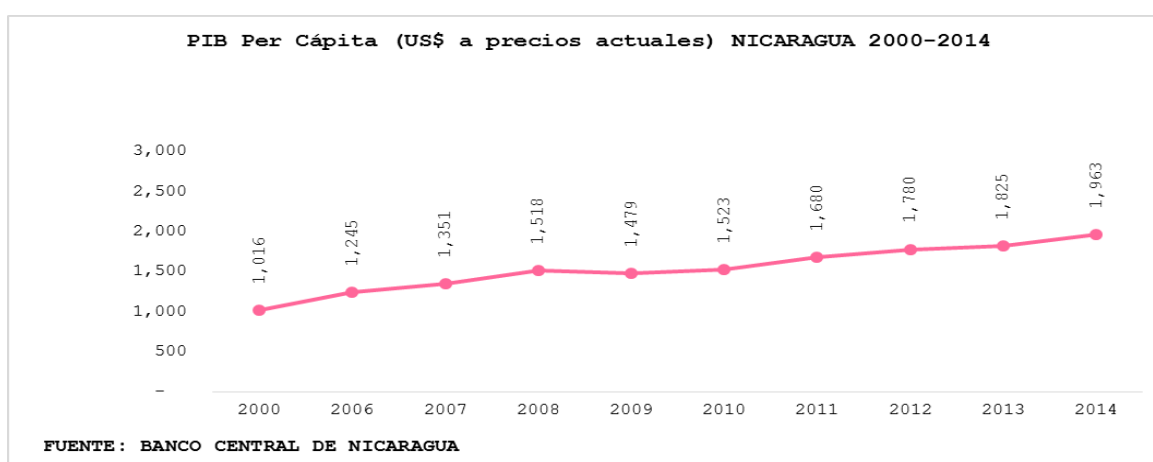
El incremento en el gasto público en salud contribuyó a la disminución en la proporción del gasto familiar del gasto total en salud, aunque el último permanece importante en Nicaragua. La proporción del gasto por cuenta propia del gasto total en salud se redujo en 11 por ciento, de 53 por ciento en 2007 a 47 por ciento en 2013. De los hogares que incurrieron en gastos por cuenta propia en 2014, más del 55 por ciento de ellos pagaron medicinas. Además, un menor porcentaje de hogares en el quintil de ingresos más bajo incurrieron en ningún gasto relacionado a la salud de ningún tipo. Esto se debe en parte al resultado de una mayor cobertura por parte del Programa de Enfermedades del Seguro Social y por causa de la política del gobierno de dar libre acceso a los servicios de salud en las instituciones de salud públicas. Sin embargo, las proporciones del gasto propio en salud del consumo per cápita se incrementaron para el segundo y el tercer quintil por cerca de 1 por ciento aunque disminuyó ligeramente para el quintil de ingresos más alto. Al mismo tiempo, la proporción de gastos catastróficos descendió para cuatro de los quintiles de ingresos, experimentando el quintil de ingreso más pobre la mayor disminución. Sin embargo, el porcentaje de hogares pobres (segundo quintil de ingresos) que tuvo gastos catastróficos que comprendieron al menos el 30 por ciento de su porción presupuestaria, se incrementó, sugiriendo que las reformas del sistema de salud (atención gratuita en instalaciones públicas) aún necesitan beneficiar a un mayor segmento de los pobres. (Banco Mundial, 2016, p. 54).

3.2.1.2 Producto Interno Bruto (PIB)

En los últimos años se ha podido observar cómo ha incrementado la inversión en el país, que a la vez se refleja en el incremento del empleo formal y el aseguramiento de los trabajadores, la pequeña y mediana empresa ha crecido en el país, el turismo y el PIB, con todo esto es necesario considerar la transformación del sistema de salud e incrementar la cobertura universal entre el sector público y seguro social para que el gasto de bolsillo en salud de la población disminuya y se garantice una población sana, productiva y feliz.

El PIB per cápita del 2004 al 2013 pasó de 829.8 US\$ a 1,831.3 US\$ incrementando en este período un 120.8 por ciento, en los últimos años se ha presentado en promedio un 4.3 por ciento de crecimiento anual. No obstante, en esta variable es difícil realizar predicciones a futuro por múltiples factores que pueden producir cambios, como el comportamiento de la economía nacional e internacional, el riesgo de desastres naturales, cambios climáticos, inestabilidad política, guerras, entre otras. De no presentarse factores externos negativos que propicien deterioro de la economía, se puede presentar un incremento sostenido y alcanzar mayores porcentajes de crecimiento. (Banco Central de Nicaragua, 2013) Para el año 20015 el PIB fue de 2,026.7 US\$. (Banco Central de Nicaragua, 2015)

Figura 1. PIB per Cápita, Nicaragua 2000-2014



Entre 2000 y 2012 el Producto Interno Bruto (PIB) pasa de 5,107.3 a 10,460.3 millones de US\$, siendo para 2012 el 9,5 para gasto público social y 9,6 para el gasto en pobreza; mientras que el gasto público en salud fue 2,8 para un gasto per cápita en salud de 49,8 US\$.

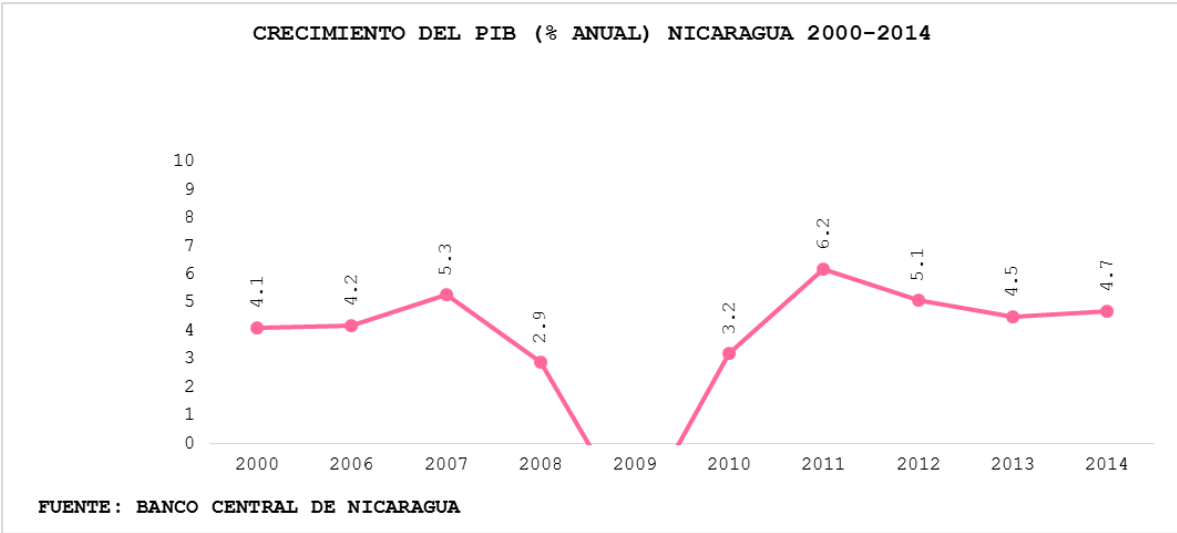
El índice de desarrollo humano de 0,599 para 2013 sitúa al país con alta desigualdad social en dimensiones de vida saludable, educación y vida digna, ocupando posición 129 de 186 países. (PNUD, IDH 2013).

3.2.1.3 Crecimiento Económico

Los datos proporcionados por el Banco Central de Nicaragua, muestran que del 2000 al 2014 se ha presentado un incremento del PIB en promedio del 4 por ciento anual a excepción del año 2009 donde se presenta una baja y el pico más alto de crecimiento se presentó en el 2011, los últimos 3 años reportados exhibe un leve descenso, manteniendo los niveles de crecimiento de acuerdo al promedio. Como se mencionó anteriormente, es difícil predecir las proyecciones

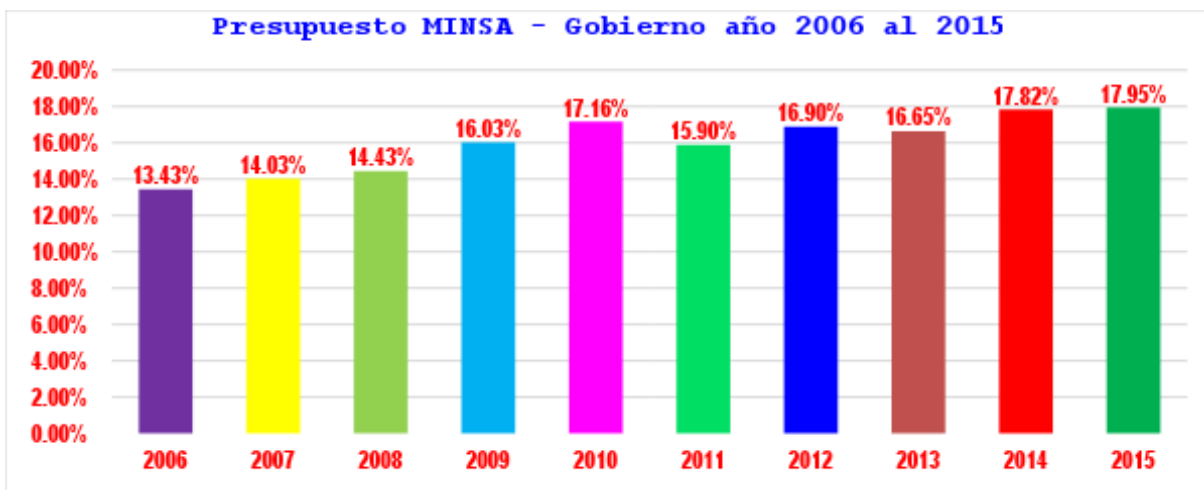
del crecimiento económico a futuro. No obstante, el país proyecta robustecer su economía y favorecer a las familias, principalmente a aquellas que todavía se encuentran en pobreza. A continuación, éste se representa en la figura 2:

Figura 2: Crecimiento Anual del PIB, Nicaragua 2000-2014



Con relación a los recursos disponibles, en la figura 3, se puede apreciar el peso porcentual incremental del presupuesto asignado al MINSA en relación al presupuesto general de la República de Nicaragua. El aumento en la asignación presupuestaria que el MINSA ha recibido desde el año 2006 (13.43%) en comparación al año 2015 (18.02%), lo que representa un 34.18 por ciento de incremento.

Figura 3. Presupuesto MINSA 2006-2015

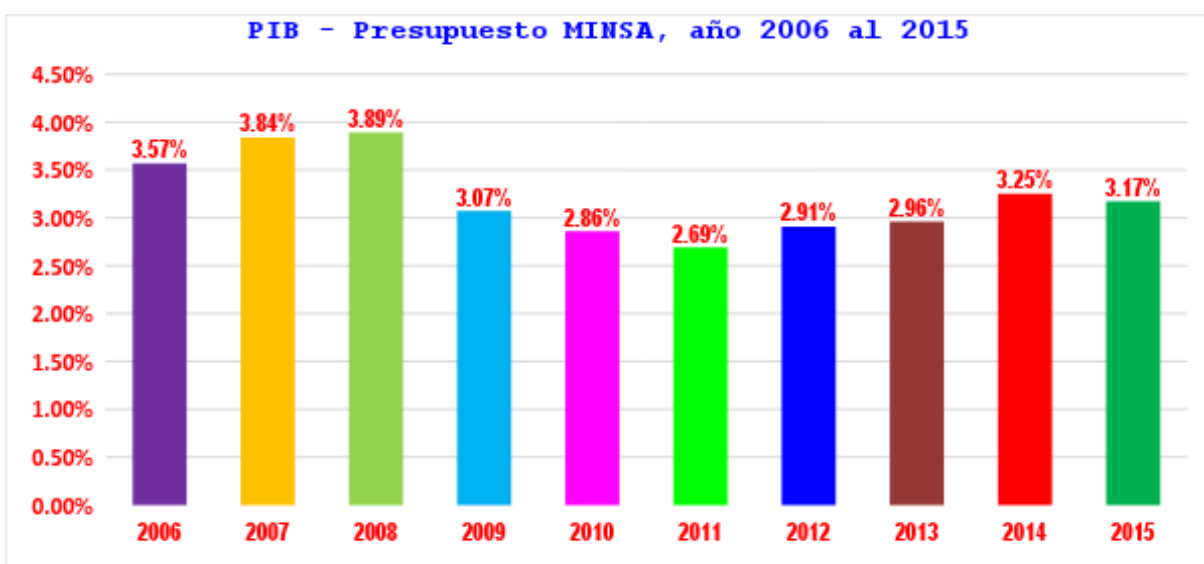


Fuente: DGAF-MINSA

La figura 3, describe el peso porcentual de la asignación del presupuesto del MINSA en relación al gobierno desde el año 2006 al 2015.

En la figura 4, se describe el peso porcentual de la asignación del presupuesto del MINSA en relación al PIB desde el año 2006 al 2015.

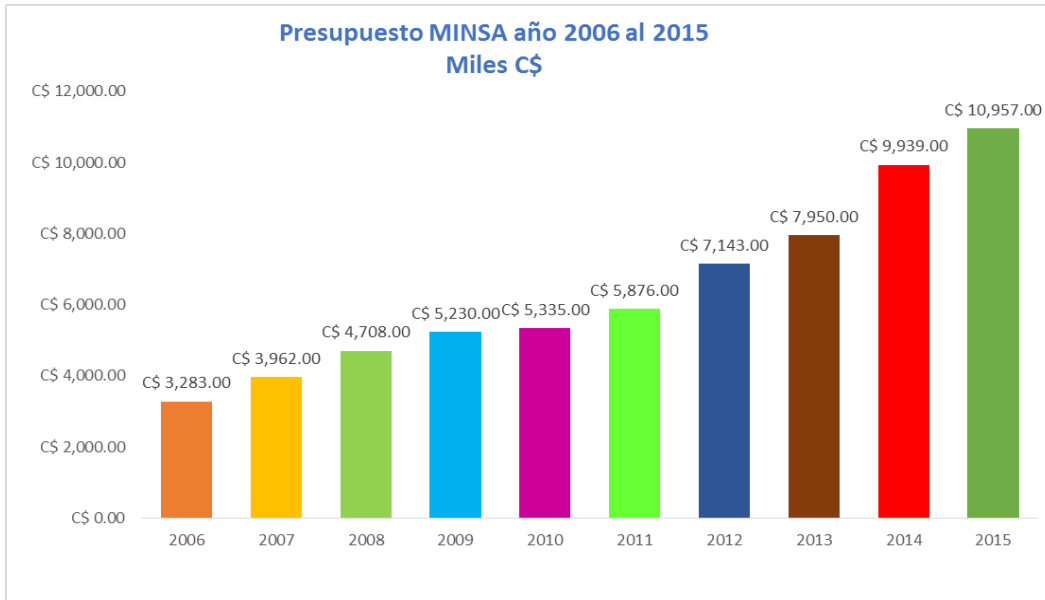
Figura 4. PIB-Presupuesto MINSA, 2006 al 2015



Fuente: DGAF-MINSA

La figura 5, muestra el presupuesto asignado al MINSA en miles de millones de córdobas en relación al presupuesto, desde el año 2006 al 2015 observándose un incremento del 234%. Este logro histórico demuestra la alta prioridad que tiene el Sector Social para el GRUN, específicamente la salud.

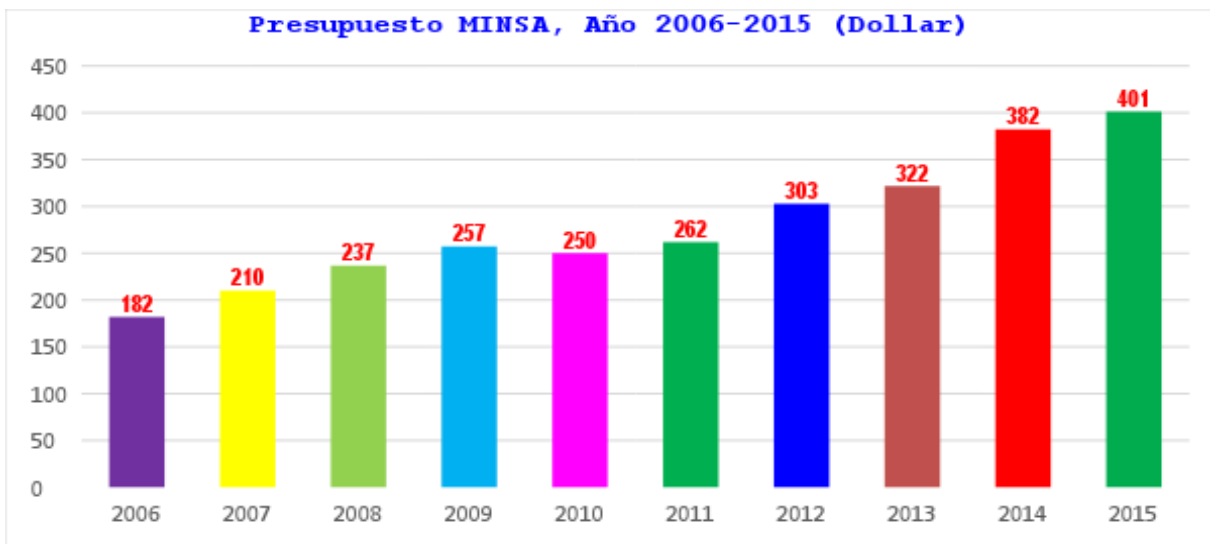
Figura 5. Presupuesto MINSA Miles C\$



Fuente: DGAF – MINSA

La figura 6, muestra el presupuesto en millones asignado al MINSA (dolarizado) desde el año 2006 al 2015. Lo que representa un incremento del 120 por ciento comparado con el año 2006.

Figura 6. Presupuesto MINSA 2006-2015 US\$

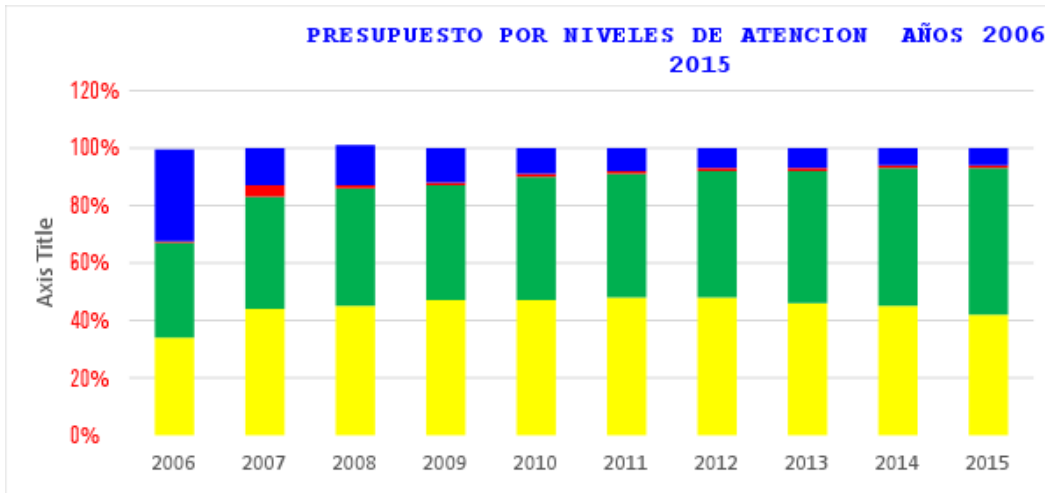


Fuente: DGAF – MINSA

En la figura 7, se muestra el presupuesto distribuido por Niveles de Atención, indicándose claramente la prioridad que tiene la Atención Primaria en Salud a

pesar del costo elevado que representa la operatividad hospitalaria por el tipo de recursos humanos especializados y la tecnología que utiliza.

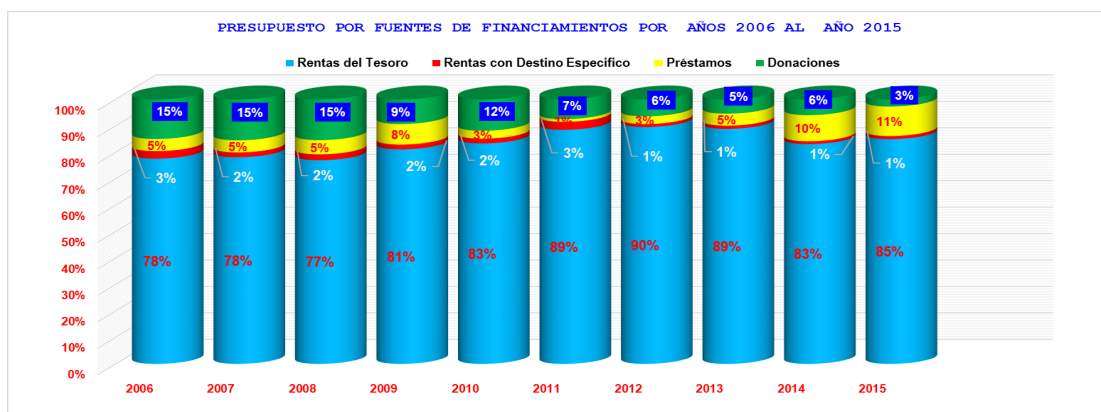
Figura 7. Presupuesto MINSA por niveles de atención 2006-2015



Fuente: DGAF – MINSA

La figura 8, muestra el presupuesto asignado al MINSA por fuente de financiamiento. Las Rentas del Tesoro representan el 85 por ciento del total del presupuesto asignado al MINSA, los Préstamos representan el 11 por ciento, las Donaciones el 3 por ciento y las Rentas con Destino Específico el 1 por ciento en el año 2015 y en el año 2006 representaban el 15 por ciento.

Figura 8. Presupuesto MINSA 2006-2015 U\$



Fuente: DGAF – MINSA

3.3 Reseña histórica de la salud en Nicaragua desde el siglo XIX

3.3.1 La Medicina Precolombina o indígena en Nicaragua

Fonseca (2000), explica que, en la época indígena en Nicaragua, nuestros antepasados ignoraban las características de la medicina como la ciencia encargada de curar las enfermedades, pero aplicaban tratamientos haciendo uso de hierbas, hojas, raíces y semillas de nuestra flor, como en otras regiones la Medicina la ejercieron seres conceptuados sagrados, sacerdotes rodeados de un mágico prestigio. La Diosa de la Medicina era Tocitzin y las parteras encargadas de sus labores se llamaban Ticici.

En la obra “Sobre Medicina Indígena (1974) del Dr. Alejandro Dávila Bolaños” establece la formidable influencia Nahuatl. Estos impusieron además un lenguaje, los conceptos de enfermedades, el nombre de los síntomas; esta influencia de origen precolombino llega hasta la Colonia.

3.3.2 De la colonia al siglo XIX: la medicina en Nicaragua

La Prensa (2004), explica que, al periodizar la historia de la medicina en Nicaragua, el doctor Emilio Álvarez Montalván parte de la medicina mágica de los aborígenes y prosigue con la mestiza de la época colonial (1523-1821). En ella ubica los primeros hospitales de la provincia. El más importante debió ser el fundado en León por el obispo Fray Benito de Baltodano, de la Orden de San Benito, en 1624 (siglo XVII). Según documento de Fray Juan de Ledesma, pionero de ese hospital en 1740, (siglo XVIII) se llamó originalmente de Santa Catharina Mártir y “mientras vivió dicho Señor (el obispo Baltodano) lo administró su familia, en la que puso veinte camas para los enfermos, y con la muerte del señor Obispo comenzó a desfallecer el hospital en su cuidado y rentas”. Posteriormente, otro obispo lo entregó a la Orden de San Juan de Dios, fundado en 1599 (siglo XVI), que poseía catorce camas para los pobres de la ciudad y los soldados enfermos procedentes del Castillo de La Inmaculada Concepción. Los atendían doce frailes y la Real Hacienda dotaba al modesto hospital que ya se llamaba San Juan de Dios con 300 pesos. A principios del siglo XVIII su único cirujano era Isidro Ruiz. En 1776 (siglo XVIII) el Rey le concedió el noveno y medio de los diezmos de la ciudad. En 1770 el Cabildo solicitó, mediante don Luis Melchor Coloma, mejorarlo con una botica y el nombramiento de médicos, pues la labor asistencial estaba a cargo de los frailes. El Hospital San Juan de Dios de León comenzó a ser atendido en 1875 (siglo XIX) por las Hermanas Vicentinas, traídas de Guatemala por el presidente Pedro Joaquín Chamorro (Alfaro 1875-1879).

Sor María Madaure era la Superiora, quien tenía bajo sus órdenes a cinco hermanas. Diez años más tarde la sustituyó Sor María Teresa Lautoig, quien se desempeñó en el cargo veintiséis años y dejó unas memorias. En ellas afirma que el hospital poseía una Capilla muy amplia, con cuatro altares, entre ellos el de San Juan de Dios. El edificio correspondía al del hospicio de huérfanos que estableció allí mismo en 1899 el padre Mariano Dubón, apoyado por los vecinos, especialmente por don Fernando Sánchez y su esposa Soledad.

El terremoto del 19 de abril de 1888 (siglo XIX) obligó a la Junta de Caridad, presidida por don Narciso Lacayo (1842-1942), para adquirir el terreno en las afueras de León donde se levantaría el Hospital San Vicente, cuyo pensionado inauguró el presidente Juan Bautista Sacasa en 1935 (siglo XX).

En cuanto a la enseñanza de la medicina en Nicaragua, un año clave es 1798, (siglo XVIII) cuando el ilustrado obispo de la diócesis de Nicaragua José Antonio de la Huerta y Caso (1741-1803) decidió crear cuatro cátedras en el ya centenario Colegio Seminario San Ramón de León, sostenidas por su renta personal. Y una de ellas era la de Medicina y Cirugía. Pero su duración fue efímera en mayo de 1803 desaparecieron. “No prometían una estabilidad cual convenía al intento”, informó el Gobernador Intendente de la provincia.

3.3.3 El Primer Médico Graduado de la Provincia

Ésta, perteneciente al Reino y Audiencia de Guatemala, sólo disponía de un médico académico en 1804: (siglo XIX) Francisco Quiñones; de ahí que la Audiencia, en un voto consultivo de ese año, apoyara el restablecimiento de dicha cátedra. Así, para el 16 de mayo de 1807 un día después de recibir en San Ramón la facultad de otorgar grados menores de bachilleres la comenzó a dictar el doctor Quiñones, el único nacido de la provincia al parecer que había obtenido los grados de bachiller (1795) y de doctor (1796) (siglo XVIII) en la Universidad de San Carlos. Quiñones, en su clase inaugural, dijo: “El hombre es también uno de tantos seres de que trata la física: cuando considera la estructura de su cuerpo, las partes de que se compone y el modo admirable con que están dispuestas y colocadas, entonces se llama anatomía; si trata de los usos, movimientos y funciones de estas mismas partes, se dice fisiología; si considera el desarreglo o la perturbación de esas funciones, y el modo de corregirlas o volverlas a su estado natural, se nombra medicina, ciencia tan apetecida de los enfermos, pero desestimada de los sanos, ciencia necesarísima, pues haciendo muchas veces especies de resurrecciones, prolonga la existencia del hombre, le concilia la salud, le dilata la vida.”(La Prensa, Nicaragua 2004).

Tal era la concepción general que se tenía de la medicina en la capital de Nicaragua a principios del siglo XIX. Mas volvamos a la cátedra dirigida por Quiñones: en noviembre de 1808 (siglo XIX) graduó de bachiller en Medicina a los estudiantes José Antonio Lacayo y Manuel del Sol. Según la Gaceta de Guatemala, disertaron en su examen sobre la obra del médico holandés Hermann Boheraave (1668-1738), (siglo XVII-XVIII) un texto escolar de la época: *Aprorismi de cognoscendis et curandis morbis in usum doctrina medicae* (1709). Boheraave, profesor de botánica y medicina, se había graduado en la Universidad de Harderwyk de la que fue rector y ponía mucho énfasis en los modernos descubrimientos, como la circulación de la sangre. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

3.3.4 La Primera Cátedra Universitaria

De la misma cátedra surgieron en 1811 (siglo XIX) cuatro médicos, todavía no examinados ni licenciados formalmente, lo cual se debía a la carencia de fondos y a la circunstancia de que el Protomedicato estaba en Guatemala. Fundado allí en 1793 (siglo XVIII) el Protomedicato se encargaba de examinar y otorgar licencias a boticarios, médicos, cirujanos y “sangradores”, como también a la realización de todas aquellas funciones administrativas, judiciales y científicas relacionadas con la medicina.” (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En 1819 (siglo XIX) a los tres años de su instalación, la Universidad de León tenía diez oyentes en su cátedra de Medicina a cargo siempre del doctor Quiñones, dotada con 300 pesos anuales que suministraban varios vecinos comprometidos a ello hasta 1822. No se sabe, realmente, si cumplieron. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

3.3.5 Fray Juan Gómez en León

Lo cierto es que en todo el Reino (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica), sólo había 18 médicos para un millón de habitantes. Esto significaba, ni más ni menos, que la gente era dejada a merced de un generalizado empirismo. Y en León se afirmaba que existía un verdadero “tumulto de curanderos”. Sin duda, éstos cultivaban la medicina mágica de raíces precolombinas y la mestiza propia de la época colonial, como lo ha caracterizado Álvarez Montalván. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

No era otra la ejercida por Fray Juan Gómez en el Hospital San Juan de Dios, de León. Admirado en su tiempo por la práctica celosa de la caridad, en Granada solía regalar catecismos a los pobres para que se instruyesen en la doctrina cristiana y libros piadosos a sus clientes de la tiendecilla o botica que tenía en esa ciudad tornándose, según Florencio del Castillo, “Apóstol en traje de mercader”. Pero fue en León, a cargo del hospital, donde se entregó de lleno a todos sus

habitantes y a los de otros pueblos vecinos. El mismo Del Castillo aseguró que Gómez “curaba con sus propias manos las úlceras más fétidas y no se dispensaba ni aun de aquellas operaciones que causan horror a nuestra naturaleza” (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Tomás Ruiz, entonces vice-rector del Colegio Seminario San Ramón, lo elogió en su sermón pronunciado en las honras fúnebres del religioso el 27 de noviembre de 1804 (siglo XIX): “El padre Gómez podía decir con el príncipe de los Apóstoles: yo no tengo oro ni plata, pero te doy lo que tengo. Te doy mi persona, mi asistencia, te franqueo los medicamentos más costosos, aunque no los pagues” (La Prensa, Nicaragua, 2004).

3.3.6 El nivel académico de la universidad de León

De acuerdo con las fuentes, este nivel académico no era compartido por la Universidad de León en cuya cátedra de Medicina y Cirugía se enseñaba vagamente, a “varios autores clásicos de la mejor nota”. Más aún: en 1821 (siglo XIX) la universidad sufrió su primera interrupción hasta que el primer jefe de Estado, Manuel Antonio de la Cerda, la restableció por decreto del 21 de octubre de 1825, sin que la cátedra de Medicina funcionase. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Con la guerra civil de 1827 a 1829 se interrumpió de nuevo la universidad hasta que fue restablecida también legalmente el 10 de octubre de 1831. Desde entonces, la enseñanza de la Medicina en León fue deficiente e irregular.

Con todo, para 1841 se habían graduado algunos bachilleres en Medicina, entre ellos Casto Fonseca; y licenciados como Gregorio Juárez quien había obtenido el bachillerato en Guatemala y José Guerrero, más tarde jefe de Estado y autor de una Breve descripción de colerina y del cólera morbos epidémico, y de la curación de ambos (León, Imprenta de Gobierno, 1855). Juárez y Guerrero, con los doctores José Livingston (estadounidense) y José Núñez (ambos egresados del extranjero), más el bachiller Liberato Cortés, establecieron en 1848 el Protomedicato que reorganizó los estudios de Medicina, encargándose especialmente de ellos.

En 1860 el Protomedicato, ahora presidido por Guerrero y secundado por los licenciados Ramón Cervantes, Jerónimo Carcache, Francisco Cortés y Vicente Guzmán decidió dividir la enseñanza de la carrera en cuatro cátedras, inauguradas el 12 de febrero con un discurso del doctor José Núñez. Leídas gratuitamente por los miembros del Protomedicato y los licenciados Rafael Icaza y José Salinas, dos de ellas se explicaban en el local de la universidad que seguía siendo, desde 1816, el mismo del antiguo Colegio Seminario San Ramón y las otras en el Hospital San Juan de Dios. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

3.3.7 El Hospital San Juan de Dios y los médicos leoneses

Este centro de asistencia pública ofrecía muy poco para el adelanto de la práctica médica: dos salas (una de cirugía, la otra de medicina), cuyas camas se mantenían en mal estado y carecía de sillas para los enfermos, una botica con un cuarto para el boticario, otro cuarto para operaciones, una cocina y un pequeño cuarto para ropero. Tenía, además, dos patios en uno de ellos el pozo, varios excusados y otro pequeño cuarto, al fondo, para una loca. Las Hermanas Vicentinas, que los administraron a partir de 1875, ocupaban una habitación cercana a la Sacristía de la capilla adosada al modesto edificio. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Sin embargo, allí desarrollaron su Medicina Paternalista (1821-1890), tercera etapa de nuestra medicina, Leocadio Juárez hijo del sabio Juárez, Santiago Desiderio Pallais tío materno del futuro Luis H. Debayle y Santiago Argüello padre, quienes decían la última palabra en los casos muy complejos de enfermos. Los tres habían egresado de la Universidad que desde 1867 disponía de una quinta cátedra: la de Práctica Forense legalizando una certificación jurada del cirujano del San Juan de Dios de haber practicado con él un año entero antes de recibir el grado de bachiller, y dos años después del mismo. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En el caso particular de Nicaragua, la anarquía reinante en el país en la década post independencia afectó el funcionamiento del Protomedicato. Esta situación contribuyó a que las municipalidades conocidas como “Reglamento para el Gobierno Interior de los Departamentos quedó consignado que era obligación del jefe Político. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Durante casi todo el siglo XIX, la institucionalidad de los frágiles estados centroamericanos se basó en el modelo heredado de la colonia, y el sector salud no fue la excepción. Al momento de la Independencia la competencia sobre los aspectos de la salud pública correspondía al Protomedicato de Guatemala, creado en 1770 en el contexto de las reformas borbónicas. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Al fracasar la República Federal Centroamericana, los países del Istmo se abocaron construir sus propios estados nacionales, esto incluyó la construcción de sus propios protomedicatos en el Salvador en 1849, Costa Rica en 1857 y Honduras en 1869. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En el caso de Nicaragua, esta institución parece haber dejado de funcionar a raíz de la independencia, producto del estado de anarquía que prevaleció en el país hasta 1858. Durante ese período los asuntos relativos a la salubridad pública, quedaron en las manos de las autoridades locales. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En 1859, que el presidente Tomás Martínez, dictó un acuerdo ejecutivo que creó el Protomedicato General de la República, un cuerpo colegiado integrado por los catedráticos de la Facultad de Medicina de la Universidad de León, cuyo nombramiento corría a cuenta del gobierno y sus principales atribuciones en cuanto a salubridad pública eran:

- Hacer las advertencias necesarias a favor de la salud pública, dando cuenta al Gobierno cuando dichas advertencias fueran desechadas sin fundamento.
- Formular recetas y dirigir al Gobierno las indicaciones más explícitas para evitar y curar las enfermedades epidémicas cada vez que alguno o algunos de los pueblos de la república sean amenazados o invadidos por ellas; y divulgar por la prensa las indicaciones higiénicas más adecuadas y propagar la vacuna” (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Veinte años después, en la etapa transformadora de los “Treinta años”, el presidente Evaristo Carazo organizó la universidad en decanatos, ocupando el de la Facultad de Medicina Roberto Sacasa, médico de París, cuya tesis sobre “Tumores del seno” mereció elogio de autoridades científicas como Velpeu, Nelaton y Houel. Sacasa, el primero que operó una catarata en Nicaragua, había sido desde 1869 Presidente del Protomedicato que fijó en seis cursos la carrera y autor de varios artículos que aprovechara en su Anatomía descriptiva y disección el profesor francés J.A. Fort. Pero, ya en Nicaragua, la práctica paternalista de sus conocimientos le impidió continuar esas tareas y dado el prestigio social que alcanzaba plenamente su profesión optando por la política. Y así llegó a la Presidencia en 1889. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En 1880 se incluyó en el Reglamento de Policía de la República de Nicaragua un conjunto de disposiciones sanitarias agrupadas bajo el título de “Policía Higiénica” que penalizaba las prácticas y hábitos que contaminaron el medio ambiente y propiciarán la propagación de enfermedades. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Desde el punto de vista médico el Reglamento de la Policía también incorporaba las preocupaciones imperantes en el campo de la higiene y salubridad europea durante el siglo XIX que se relacionan con el medio ambiente y la salud. En este mismo siglo los conocimientos médicos aún estaban bajo la influencia de la teoría humoral y miasmática; como causante de las enfermedades, se desconocía la teoría de Pasteur. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Ese había sido el caso también, entre 1883 y 1887, de otro médico nicaragüense graduado en Europa: Adán Cárdenas (1836-1916). Estudiando primero en la

Universidad de Pavía, Cárdenas pasó a la de Pisa, donde en 1862 obtuvo el diploma de doctor, adquiriendo, indica su biógrafo José Dolores Rodríguez una profesión benemérita. Y añade: “En Nicaragua se dedicó al ejercicio de la profesión con éxito brillante. Sus bellas prendas personales y sus conocimientos profesionales no tardaron en conquistarle general aprecio, estimación y respeto. Lo agasajaban los ricos, lo bendecían los pobres, su popularidad era muy grande, y así, no es de extrañar que hubiese sido electo no sólo sin oposición de nadie, sino con aplauso de todos, miembro de la Cámara de Diputados por su distrito.” (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En 1884 bajo la presidencia de Cárdenas se estableció la práctica obligatoria de la vacunación contra la Viruela, enfermedad que ataca con frecuencia poblaciones y causaba gran cantidad de víctimas. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

3.3.8 El deplorable atraso mental

Hasta aquí los antecedentes de la Medicina Aséptica introducida en Nicaragua por los doctores Juan José Martínez y Luis H. Debayle: el primero en Granada (siglo XIX) (1889) y el segundo en León (1890).

Mas este panorama debe completarse con el deplorable atraso mental del ambiente a que ambos se enfrentarían. Como el mismo Martínez lo constató, prevalecían las siguientes concepciones:

Un pudor exagerado. Las inyecciones hipodérmicas en los brazos, piernas y caderas, había que hacerlas por un ojal que le abrían a la ropa. No había modo que las mujeres permitieran un examen del corazón o de los pulmones con la piel descubierta, como es indispensable para oír bien.

Pedirle a una mujer un examen ginecológico era considerado un insulto, pues contestaban: “Prefiero morir antes de consentir”.

Proponerle a un enfermo, por pobre que fuera, mandarlo al hospital, era tomado a mal. Había horror a las operaciones quirúrgicas. Los enfermos le tenían miedo a la ventilación, a la luz solar y al aseo. El vulgo dividía las medicinas, las frutas y los alimentos en general entre calientes y helados. Los partos eran asistidos por comadronas ignorantes con ropa sucia, manos sin lavar y fumando. Las mujeres no permitían asistencia médica. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

3.3.9 Las ideas científicas obsoletas

En cuanto a las ideas científicas que predominaban eran obsoletas. Ignorándose las microbianas de Pasteur señaló el doctor Escolástico Lara, colega de Debayle “reinaban todavía las teorías humorísticas. (los cuatro humores como causa de todas las enfermedades) en toda su extensión, el arsenal terapéutico era escaso, los métodos de investigación muy pobres: reducidos apenas al examen somático y sintomático, a la adivinación por el tacto profesional o por el ojo médico; basta decir que no se reconocía el termómetro clínico y que las inyecciones hipodérmicas eran raras, estando casi condenado a muerte el que las recibía regularmente de morfina porque se aplicaban frecuentemente en casos desesperados”. Y continuó: “Aún se hablaba de pureza e impureza de sangre y resfrío de la misma, del aire de las cavidades y de otras tantas extrañezas. Algunas voces heráldicas se habían hecho oír porque habían venido del Viejo Mundo portadas de algún médico que allá había estudiado, pero nadie se había tomado el empeño de enseñar y difundir las nuevas doctrinas. En cirugía la situación era todavía más desgraciada, no habiendo verdaderos estudios de anatomía; éstos se reducían al conocimiento de los huesos y a la repetición de memoria de un mal tratado de la materia, menos que los estudios sobre operaciones quirúrgicas permitiesen practicar la abertura de abscesos, amputaciones: eran las llamadas operaciones, siendo necesarias juntas de médicos para decisión en estas últimas” (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En Julio de 1893 aprovechando una división del Partido Conservador, los liberales encabezados por su líder, el General José Santos Zelaya tomaron el poder y pusieron fin al período de los treinta años conservadores. Zelaya asumió el reto de profundizar y consolidar la economía agroexportadora encontrada en la caficultura y construir un nuevo marco jurídico e institucional. Durante el gobierno de Zelaya la salubridad pública tomó un fuerte impulso, tanto organizativo como la aplicación de políticas sanitarias preventivas. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

A nivel institucional en 1897 por orden del gobierno se transformó el antiguo protomedicato, en un Consejo Permanente de Salubridad Pública con el objetivo de reforzar la participación del Estado en el campo de la salubridad pública y a la vez convertirlo en la entidad rectora en materia de salubridad a nivel nacional. Durante su gobierno, se generaron leyes y reglamentos sanitarios con el objetivo de prevenir enfermedades y fomentar hábitos de limpieza e higiene personal. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En 1898 entró en vigencia la nueva reimpresión de Policía el cual contenía varios artículos y disposiciones relacionadas con la salubridad pública. Entre las Normas se encontraban la obligatoriedad de señalar los sitios de basura, proveer

especificaciones técnicas y sanitarias para la construcción de excusados, para la disposición de animales muertos, para el funcionamiento de las jabonerías y establecimientos análogos, acerca de la ventilación de las viviendas y edificios públicos, la vacunación escolar, y el establecimiento de cementerios y hospitales. Asimismo, se incluyeron medidas de emergencia sanitarias para los casos de epidemias, tales como el establecimiento de cordones sanitarios o cuarentenas y disposiciones para la inhumación y exhumación de los cadáveres. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En 1890 (siglo XIX) otro paso significativo fue la emisión de la ley de Sanidad Departamental y el Reglamento Interior de la Junta de Sanidad Municipal de Managua, con el objetivo de atender con mayor eficacia la higiene pública y privada de la capital. En 1897 (siglo XIX) en la emisión del reglamento del ejercicio de la profesión de Medicina y Cirugía la cual determinaba que solamente podían ejercer la medicina “los doctores o licenciados en la facultad de Medicina, los incorporados en ella, los titulados que obtuviesen el pase del ejecutivo y los que hubiesen obtenido permiso para ejercerla en los lugares donde no haya facultativo.” En 1906 (siglo XX) en el diario el Comercio confirma que el Presidente General Zelaya inauguró la Sala de Operaciones y la Casa de Salud anexa al hospital de Managua, la cual contó con el apoyo de los vecinos y del primer mandatario. En 1904 (siglo XX) el Ministro de Nicaragua en España suscribe un contrato con las Sras. Bernarda Marín Parillas y su hija Rosario Corona, parteras tituladas por un periodo de tres años para prestar servicio en la sala de maternidad de los hospitales públicos. En este mismo año la práctica médica experimento un notable avance con la adquisición de un equipo de Rayos X para la Casa de Salud de Managua. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

3.3.10 Martínez y Debayle

Todo ello comenzó a cambiar en la última década del siglo XIX con el ejercicio profesional de los Doctores Juan José Martínez y Luis H. Debayle, granadino y leones respectivamente. Ambos fundaron “Casas de Salud” (clínicas privadas) en sus respectivas ciudades. De padre polaco y madre nicaragüense, el primero fue egresado del colegio de Medicina de la Universidad de Nueva York. Su primera operación, el 16 de diciembre de 1889, consistió en una catarata, la cual tuvo éxito completo. En 1890 (siglo XIX) practicó su primera ovariectomía, resultando todo un acontecimiento. A principios de 1892 ejecutó su primera apendicetomía. Por ocho años consecutivos fue Presidente de la Junta de Beneficencia de su ciudad. Tras realizar unas cincuenta mil operaciones (sin exageración), el 8 de mayo de 1947 (siglo XX) celebró 60 años de vida profesional. En esa ocasión, publicó su bibliografía. Hasta entonces, había dado luz a cinco folletos de carácter científico. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Debayle, graduado en París no fue prolífico en medicina, pero sí en literatura. Cuando llegó a León, traía los más modernos conocimientos e instrumentos bisturí y escalpelo, microscopio y estereoscopio para modernizar la enseñanza de la Medicina en la Universidad de León, fundar su prestigiada “Casa de Salud” y asistir a congresos tanto en América como en Europa. En 1908 ya era Presidente de la Junta de Beneficencia y Cirujano del Hospital San Vicente, del cual había sido uno de sus fundadores. Fue oftalmólogo, otorrinolaringólogo, obstetra, ginecólogo, ortopedista, especialista en vías urinarias y cirujano general. Para difundir sus operaciones, invitaba a los artesanos de León. Fundó la primera Gaceta Médica de Nicaragua. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Tales fueron, en resumen, estos dos pioneros de la medicina en Nicaragua. Con ellos se clausura el siglo XIX y se abre el XX, siguiendo los conceptos del inglés Lister y del francés Pasteur. Con sus métodos, la estadística de mortalidad operatoria y post-operatoria disminuyó drásticamente. Álvarez Montalván especifica: “Ahora ya se salvan los que sufren, hasta entonces irreversible, el ‘cólico miserere’ (peritonitis). Paradójicamente, la enseñanza de las ciencias básicas, en la clásica carrera de seis años, sigue basándose en textos con ilustraciones, sin laboratorios, biopsias, radiografías y demás. La experimentación científica se desconoce. Apenas Escolástico Lara se atreve a enseñar las muestras de tejido sano y enfermo que trajo fijadas y teñidas de París. Sus enseñanzas de anatomía patológica demostraban el cuerpo del delito de las enfermedades” (La Prensa, Nicaragua, 2004).

Luego el doctor Debayle impuso su “Escuela” de inspiración francesa a causa de su prestigio de ciudadano cabal, de su personalidad plétórica y del interés de la sociedad leonesa en apoyarlo. En julio de 1906 se emitió un decreto autorizando a las juntas de sanidad a extender un Certificado de Defunción de las personas fallecidas en su jurisdicción. En 1908 (siglo XX) el diario El Comercio informaba que los jóvenes Dres. Arturo y Emilio Pallais, quienes recientemente habían regresado al país procedente de Guatemala, fundaron una casa de Salud en la ciudad de León, similar a la del Dr. Debayle equipado con todos los medios técnicos modernos de la medicina. Partiendo de esta visión, en 1909 (siglo XX) el magnate del petróleo y las finanzas John Rockefeller, creó la Comisión Sanitaria Rockefeller con el objetivo de desarrollar una campaña intensiva para erradicar la uncinariasis.

Según (Peña, 2008) con el derrocamiento del presidente Lic. José Santos Zelaya en 1909 la salud pública y sus logros alcanzados en materia de prevención de las enfermedades, organización y legislación sanitaria se ven frustrados, esto ocasionado por el efecto restrictivo de las políticas financieras norteamericanas. Para estos mismos años la salud Nicaragüense se convierte en un sistema de

beneficencia por medio de la fundación Rockefeller que trataba de americanizar el sistema médico sanitario en América Central; en este trabajo se explora un aspecto poco conocido del desarrollo de la salud pública nicaragüense y sus nexos con la filantropía norteamericana; fue para esta época donde nuevamente el gobierno reactiva el Consejo Superior de Salubridad Pública y dicha campaña se trabaja en base a dos estrategias; preventiva y curativa.

En 1919 se creó el "servicio de sanidad escolar", el cual era considerado como una secretaria técnica del Ministerio de Instrucción Pública; a la cual se le asignó todo lo relativo a la salud e higiene de los escolares, unido a la vigilancia higiénica de los centros de enseñanzas de la República. En 1925 bajo la presidencia de Carlos Solórzano se crea la Dirección General de Sanidad y el Consejo Nacional de Higiene como parte del Departamento Nacional de Salubridad Pública. (La Prensa, Nicaragua, 2004).

En 1929 con la llegada del poder liberal de José María Moncada se crea el Ministerio de Higiene Pública y Beneficencia, un ente autónomo sin vínculos con el Ministerio de Policía, que sustituyó al Departamento Nacional de Salubridad Pública. La Dirección General de Sanidad, (DGS) que era la instancia operativa de dicho Departamento continuó funcionando de manera autónoma y fue anexada al Ministerio hasta en 1930. (Peña Torres, 2008)

3.3.11 Sistema de Salud Somocista: caos, elitismo y beneficencia 1950-1979

Según (OPS, 2008) en los años 40 Nicaragua conoció el concepto de "sanidad ambiental" y con él se dieron los primeros pasos en la medicina preventiva. Fue el Dr. Molloy de la Fundación Rockefeller, el que introdujo estas novedades. Se fundó también el Laboratorio Nacional de Higiene, en donde se preparaban vacunas y se hacían exámenes de laboratorio.

Durante el gobierno somocista en el poder desde 1937 la salud pública era responsabilidad de patronatos o agrupaciones benéficas que administraban los escasos recursos que el estado les entregaba. Hasta 1957 cuando hacía ya 70 años que en Alemania se había legislado sobre el seguro de enfermedad, se fundó el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Pero la nueva institución desarrolló sus servicios sólo en Managua y en León, cubriendo a muy pequeños sectores de la población.

En 1978 antes del derrocamiento de la dictadura y después de 29 años de haberse establecido, la seguridad social cubría solamente al 16 por ciento de la población económicamente activa al 8.4 por ciento de la población total del país. De los asegurados económicamente activos, sólo el 30.7 por ciento eran

trabajadores del área productiva. La mayoría de los que recibían los servicios del seguro formaban parte del aparato burocrático del somocismo.

La protección sanitaria que se daba a los trabajadores productivos respondía únicamente a la necesidad de asegurar mano de obra para la producción agroexportadora. La salud del obrero interesaba en tanto en cuanto a la producción no disminuyera. Los criterios eran meramente económicos y la atención sanitaria tenía como meta la recuperación lo más acelerada posible del enfermo para restituirlo, al menor costo posible, a su actividad laboral.

La característica más marcada del "Sistema de Salud" organizado por el somocismo fue su desorganización. Más de 24 instituciones estaban implicadas en la dirección de los servicios de salud. Entre ellas, el Ministerio de Salud Pública, encargado de planificar y dirigir; el Instituto de Seguridad Social, financiado teóricamente por los patronos y el Estado, la Junta Nacional de Asistencia y Prevención Social (JNAPS), que recibía casi todos sus fondos de lo colectado por la Lotería nacional y orientaba su labor hacia "los pobres".

En 1955 conforme a la Ley Orgánica de Seguridad Social, publicada en la Gaceta No.1 del 2 de Enero de 1956, en la que se establece que los organismos de asistencia social deben prestarse mutua cooperación, la Junta Local de Asistencia Social (JLAS) de Managua cedió al INSS, en el Hospital general de Managua el primer y segundo piso del pabellón de maternidad y tres pisos debidamente equipados que todavía no se utilizaban para que el INSS pudiera atender a los pacientes asegurados de Managua; después cuando se inauguró el nuevo Hospital el Retiro la JLAS vendió al INSS el edificio de tres pisos por el precio de tres millones de córdobas. (Alvarado Sarria, R. Breve historia hospitalaria de Nicaragua. León. 1967:149)

Para (Fisher, 2011) Después, cuando se inauguró en el nuevo Hospital General El Retiro, la JLAS vendió al INSS el edificio de tres pisos por el precio de tres millones de córdobas. Los servicios médico-hospitalarios iniciaron el 11 de marzo de 1957, siendo Director de Asistencia Médica el Dr. Rafael Alvarado Sarria y estando entre el personal fundador el Dr. Gonzalo Ramírez Lacayo, como radiólogo.

Según (OPS, 2008) los servicios de salud pública estaban marcados también por una concepción paternalista, asistencialista, de beneficencia. La escasa medicina preventiva se encontraba en completa desconexión con un plan de salud integral. Se creó una casta de médicos en función de la "rentabilidad" de la profesión y proliferaron pequeños consultorios privados, especialmente en Managua.

Las capas medias y altas con recursos tenían sus propios centros y médicos privados o buscaban fuera del país la solución a sus problemas de salud. La relación oferta-demanda que dominaba en las relaciones económicas gobernaba también las relaciones médico-enfermo. Se creó así una casta de médicos en función de la "rentabilidad" de la profesión y proliferaron pequeños consultorios privados, especialmente en Managua. El sistema era elitista. Se calcula que sólo un 10% de la población estaba en condiciones de "comprar" la mercancía médica, que le servía más del 50% de los profesionales del país. La brecha en la atención que recibía la ciudad y el campo se hacía cada vez más profunda. Gran parte de la población campesina se veía obligada a desplazarse 50, 80 o más kilómetros hasta la ciudad más cercana, porque en el campo no había ni un pequeño centro de salud.

La penetración norteamericana se dio también en el campo sanitario. En muchas ocasiones los planes que trataban de implementarse eran copia de los elaborados en el norte o eran traídos directamente por técnicos de los Estados Unidos. Algunos de estos planes no sólo se proponían curar ciertas enfermedades, sino que tenían otras intenciones. Las campañas de control de natalidad o el trabajo en zonas rurales en donde la guerrilla sandinista era activa lo demuestran. El Programa Rural de Acción Comunitaria (PRACS), que desarrolló actividades de salud en Nueva Segovia, Estelí, Madriz, Matagalpa y Jinotega fue uno de estos planes importados con objetivos contrainsurgentes.

Para (Fisher, 2011) el Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" fue inaugurado el primero de febrero de 1956 con el nombre de Hospital General (Guardia Nacional), siendo presidente de la república el General de División Anastasio Somoza García; dicho Hospital tuvo como antecedente el hospital Militar construido durante el gobierno del Dr. Roberto Sacasa (1889-1893), que fue reubicado como parte de la reorganización del ejército después de la guerra constitucionalista de 1927.

Para (Fisher, 2011) el Sanatorio de Aranjuez, en el municipio de Matagalpa, inicialmente propiedad del Dr. Carlos Guillermo Bonilla, inaugurado en 1947 en lo que era un hotel de montaña, pasó a ser propiedad de la Junta Nacional de Asistencia Social el 22 de junio de 1955 quien lo compró por un valor de 207 mil córdobas. Ese año, en este centro para tuberculosos, al abandonarse un pabellón de mujeres por deterioro "se redujo su capacidad a ciento sesenta pacientes y se construyó otro edificio para diferentes servicios, como residencia de médicos y enfermeras, rayos X, bodegas, etc."

El 15 de agosto de 1958 fue inaugurado el sanatorio “Rosario Lacayo”, cuyo edificio costo ochocientos mil córdobas y fue donado por Manuel Ignacio y María Lacayo Terán en honor a cuya madre, se bautizó con el nombre de la misma, situado en una parte del terreno del Hospital San Vicente de Paúl, de la ciudad de León. El antecedente de dicho sanatorio fueron los ranchos de la divina providencia, asilo para tuberculosos incurables, ubicado en el barrio Sutiaba, fundado por la asociación de las Luisas de Marilac. (Alvarado Sarria, R. Breve historia hospitalaria de Nicaragua. León. 1967:149)

“El 14 de enero de 1961 se hospitalizaron los primeros pacientes en las dos salas que constaban; una de treinta y dos camas para varones y otra de veinte y cuatro para mujeres con servicios de laboratorio, rayos x, farmacia y demás servicios conexos. (Alvarado Sarria, R. Breve historia hospitalaria de Nicaragua. León. 1967:149)

Para (Fisher, 2011) a mediados de la década de 1960 se inauguró el Hospital del INSS de León, en un moderno edificio de cuatro pisos, con un departamento de rayos x adecuadamente equipado para la época; hospital que se llamaría a partir del 10 de agosto de 1979 como Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA), el cual acogió al histórico Hospital San Vicente de Paúl, en el contexto del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS), en los primeros años de la década de 1980.

Durante el somocismo la salud era un privilegio. Durante muchísimos años la salud del pueblo nicaragüense estuvo en manos de dos personajes: el médico privado en las zonas urbanas y el curandero en las zonas rurales. En casos muy excepcionales la sociedad reaccionaba caritativamente.

Para (UCA, 1983) Antes de 1979 apenas se ponía atención en reunir estadísticas sanitarias precisas. Las tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad que se manejaban oficialmente reflejan fallas serias en el registro de nacimientos, la casi total falta de certificados médicos de función y una desgana general del gobierno somocista en la publicación de cualquier estadística sobre la vida y la muerte en el país que diera mala imagen de su régimen. A pesar de todo, las estimaciones que se conseguían sobre los índices de salud en este tiempo describen con suficiente expresividad una situación sanitaria dramática.

El índice de mortalidad infantil, uno de los indicadores más certeros para conocer las condiciones sanitarias de un país se calculaba en un 120 por 1,000 nacidos vivos en la ciudad y en un 300 por 1,000 nacidos vivos en las áreas rurales. (Las cifras oficiales de las que se dispone son siempre inferiores: 45 por 1,000 en 1971 y 46 por 1,000 en 1973).

Siete de cada diez niños estaban desnutridos. La mortalidad infantil de niños entre uno y dos años (edad del destete) se calculaba en 149 x 1,000. Este indicador es importante, pues en él se mide la capacidad de un país para proporcionar adecuada nutrición a su población. La esperanza de vida para los hombres era de 54 años y para las mujeres de 52. Entre las clases pudientes los índices aumentaban: la esperanza de vida era de 70 años. Entre las clases más pobres, oscilaba realmente entre los 40-45 años, debido a las deplorables condiciones de vida.

El 35 por ciento de la población urbana y el 95 por ciento de la rural no tenían acceso al agua potable. Las principales causas de muerte, especialmente entre los niños, eran enfermedades prevenibles y no mortales dentro de un sistema sanitario adecuado: deshidratación, sarampión y tétano.

La malaria, la tuberculosis y el parasitismo eran enfermedades endémicas entre los nicaragüenses. Un tercio de la población contraía malaria al menos una vez en su vida. En 1979, (siglo XX) a dos de cada cinco personas que acudían a recibir atención médica por cualquier causa se les descubría que estaban afectados por la malaria. Los índices de mortalidad por malaria eran altos.

Las cifras oficiales publicadas en 1976, probablemente atenuados, calculaban que la malaria era causa de muerte en 1.175 por cada 100, 000 habitantes.

El sistema sanitario que existía en el país antes de 1979 (siglo XX) era totalmente inadecuado para responder a las necesidades del pueblo nicaragüense. En 1977 económicamente el "mejor" año de Somoza en los últimos tiempos, cuando aún no se había generalizado la violencia- sólo el 5.1 por ciento del presupuesto general del Estado fue dedicado al sector salud. De esa cantidad, el 37 por ciento iba al Instituto Nacional de Seguridad Social, que era responsable de atender la salud de los sectores populares, pero que, en realidad sólo prestaba servicios al 8 por ciento de la población. El resto del presupuesto se dividía ente el Ministerio de Salud Pública (25%) y entre otros organismos locales que no tenían servicios coordinados. En este tiempo, algunas organizaciones religiosas atendían hospitales de prestigio profesional, pero sus servicios estaban únicamente al alcance de los que podían pagar.

La Guardia Nacional tenía su propio sistema de hospitales y clínicas, algunas especializadas. Se calcula que en tiempos del somocismo el 90 por ciento de los servicios médicos alcanzaban únicamente al 10 por ciento de la población nacional. Más de la mitad de los médicos y de las camas de hospitales estaban en Managua. El plan sanitario proyectado para 1976-1980 cubría sólo al 20 por ciento de las mujeres embarazadas y a menos del 20 por ciento de los niños menores de

5 años. En 1974 el promedio de consultas fue de 0.02 consulta por persona al año.

La infraestructura sanitaria heredada por el gobierno sandinista era extremadamente débil. El terremoto de 1972 agudizó la escasez de camas hospitalarias en Managua, pues muchas fueron destruidas. Aún no se habían reemplazado estas camas cuando la situación insurreccional motivó la destrucción de más hospitales y clínicas en todo el país. El hospital regional de Rivas fue completamente destruido durante la guerra de liberación. Mayores daños sufrieron aún los hospitales regionales de Estelí, Matagalpa y León. Otros cinco hospitales y 19 centros de salud resultaron también dañados. Cuatro hospitales vieron destruidos sus equipos en un 100 por ciento. Para agravar más la situación, la parálisis económica del país en los últimos meses de la guerra afectó a las reservas de medicinas, reactivos de laboratorio y otros materiales necesarios para la atención sanitaria. Los laboratorios farmacéuticos suspendieron su producción y la falta de divisas afectó la importación de medicamentos de todo tipo. De los 1,300 médicos titulados, unos 300 abandonaron el país después del triunfo revolucionario.

De acuerdo con los tres últimos censos, Nicaragua redujo su tasa de crecimiento poblacional de 3.5 por ciento en el período 1971-1995 a 1.7 por ciento entre 1995 y 2005, la aceleración de la transición demográfica en Nicaragua se caracteriza por cambios en el crecimiento y la estructura por edades de la población y la reducción de la relación de dependencia, producto del rápido descenso de la fecundidad (4.9 hijos por mujer en 1995; 2.9 en 2005).

Este descenso, sumado a la intensa emigración internacional, es causa principal de la drástica reducción de la tasa promedio anual de crecimiento demográfico. No obstante, en términos absolutos la población sigue aumentando a un ritmo promedio anual de 80 mil personas.

3.3.12 El triunfo de la Revolución Popular Sandinista y la Salud 1979-1990

Antes del 19 de Julio de 1979 en Nicaragua existía un Sistema Sanitario abandonado, desarticulado, destruido y desprovisto de la más elemental infraestructura y tecnología sanitaria para atender a los pacientes y restaurar su salud. Esa fue la trágica herencia de la Dictadura Somocista.

Nicaragua en 1979 contaba con una población de 5.142.098 habitantes (CPV 2005), de los cuales el 49.3 por ciento son hombres y el 50.7 por ciento son

mujeres, Del total de la población, un 56 por ciento reside en el área urbana y 57 por ciento, en el Pacífico. El 8.6 por ciento del total de población del país se auto identifica como perteneciente a un determinado pueblo indígena o comunidad étnica.

Según (OPS, 2008) sólo 20 días después del triunfo de la revolución, el nuevo gobierno creó el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS), para integrar a las 24 instituciones que estaban funcionando en el área de la salud pública. Se trataba de sentar las bases organizativas para mejorar la salud del pueblo a nivel global, de extender los servicios sanitarios a toda la población y de superar la concepción de una salud basada en el consumo de medicamentos y las consultas con fines meramente curativos. Se trataba también de racionalizar los escasos recursos, de abaratar los costos, de evitar la innecesaria duplicación de los servicios, etc. Se trataba, en definitiva, de poner orden en el caos, de definir -mejor, de crear-nuevas políticas y nuevos principios. Desde que la revolución comenzó a andar su camino, la salud fue una de sus grandes prioridades.

Seis principios fueron la brújula rectora del SNUS:

- 1) La salud es un derecho de todos y una responsabilidad del Estado;
- 2) Los servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Se prioriza al binomio madre-hijo y a los trabajadores;
- 3) Los servicios médicos tienen un carácter integral: se atiende a las personas y al medio ambiente;
- 4) El trabajo de salud debe realizarse por medio de equipos multidisciplinarios;
- 5) La actividad de salud debe de ser planificada; y
- 6) La comunidad debe de participar en todas las actividades del sistema de salud.

Con estos principios e intentaba superar el viejo sistema, desorganizado y elitista. En 1980 se estableció la regionalización en el área de salud, con la misma lógica que en 1983 tendría la regionalización del aparato de gobierno: autonomía ejecutiva en las regiones, dejando al nivel central lo relativo a la Normación y al Control, para dar coherencia al conjunto. La distribución de recursos y su manejo se realizaba al nivel regional, en donde se podía lograr mayor agilidad que en el nivel central. Siendo objetivo del SNUS atender a toda la población, la agilidad y la flexibilidad se convirtieron desde el comienzo en objetivos básicos.

La regionalización dio paso a la creación de niveles distintos en la atención. En el nivel primario, el puesto de salud. En el nivel más alto, el hospital, en Managua o en las regiones. Corresponde al nivel central la atención de los hospitales nacionales, del Laboratorio Central de Medicina Preventiva y de las Unidades de Formación de Recursos Humanos. Estas mismas estructuras funcionan también a nivel regional. Actualmente hay en el país 30 hospitales, 4 de los cuales son de larga estancia: Dermatológico, Psiquiátrico y de Rehabilitación (en Managua) y de Tuberculosis (en León). Sólo 2 de estos hospitales se construyeron después de la revolución.

En la nueva reorganización se definen como "área de salud" comunidades de 20 a 30 mil habitantes, con límites geográficos precisos, que son atendidas por una unidad básica, que es el Centro de Salud. Cada área está dividida a su vez en sectores de aproximadamente 3 mil habitantes, atendidos por auxiliares en enfermería y brigadistas de salud.

El Centro de Salud es la unidad básica del sistema de salud y la unidad fundamental de la atención primaria. Está en la base de esa estrategia global que busca poder cumplir con el reto de "Salud para todos en el año 2000", lanzado por la Organización Mundial de la Salud a los países del Tercer Mundo y asumido plenamente por Nicaragua. Es este nivel de atención primaria el que recibe -o debe recibir- el impacto mayor de la población y el que es -o debe ser- filtro adecuado para dirigir hacia una atención más especializada en los hospitales. Al Centro de Salud le corresponde también desarrollar las acciones necesarias para proteger el medio ambiente de su área territorial.

En el Centro de Salud se desarrollan además tareas encaminadas a la educación para la salud, a la aplicación de medidas de prevención -inmunizaciones, saneamiento ambiental, protección contra riesgos laborales- y al diagnóstico precoz de enfermedades como la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades venéreas y otras propias de cada región. La política de involucrar a la comunidad en los programas de salud del nivel primario -vacunación, saneamiento ambiental, etc.- ha sido decisiva en el área de la medicina preventiva. Sin la participación de los brigadistas voluntarios mucho de los hechos no se hubiera podido hacer ni tampoco se hubiera podido mantener en estos años.

El SNUS priorizó a dos sectores: al binomio madre-hijo y a los trabajadores. La atención a la madre abarca la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio y el control ginecológico para la prevención del cáncer. La atención al niño incluye el control periódico del peso y las campañas de vacunación masiva. En 1980 se crearon las llamadas URO (Unidades de Rehidratación Oral) para atender con eficacia el peligroso síndrome de la diarrea en los niños más

pequeños.

Dentro de esta nueva estructura y con esta nueva organización, la situación cambió totalmente. Para 1987, los 189 puestos de atención primaria que había en 1979, ya eran 606. El número de médicos se incrementó en un 58 por ciento el de enfermeras en un 211 por ciento, las consultas médicas en un 300 por ciento y la mortalidad infantil se redujo del 120 por mil al 69 por mil. La esperanza de vida ha aumentado para el quinquenio 85-90, de 53 a 63 años.

En 1981 empezaron funcionar las Jornadas Populares de Salud, especialmente para realizar campañas masivas de vacunación. La erradicación de la poliomielitis en 1986 -ningún caso reportado desde 1983- y la disminución de la malaria en un 50 por ciento con la llegada de la revolución, fueron logros obtenidos por la participación popular en estas jornadas.

Otro campo de lucha importante ha sido el de la detención de la mortalidad infantil causada por la diarrea. En Nicaragua, el 75 por ciento de los niños que mueren antes de cumplir un año de vida, mueren por la deshidratación que produce la diarrea. En el primer semestre de 1986 murieron por diarrea en Managua 163 niños. En el año 1987, y también en el primer semestre, murieron sólo 116 niños por esta causa, 50 niños menos. Además, las enfermedades gastrointestinales pasaron del primero al tercer lugar en la lista de enfermedades mortales. El esfuerzo en perfeccionar las URO fue muy decisivo en este sentido.

Pilar fundamental de las tareas sanitarias que se desarrollan en la atención primaria es la educación en salud que se da a los brigadistas voluntarios y al personal auxiliar de puestos y centros de salud. Desde 1981 se han realizado 3,910 talleres anti-polio y sólo en 1986 se realizaron 1,370 Asambleas de Salud, foros en donde se discuten los problemas sanitarios de la comunidad y se estudian iniciativas de participación popular para resolverlos.

En este contexto, se desarrolla la Participación Social en las Acciones de Salud, para lo cual se organizaron 169 mil brigadistas de salud, las Jornadas Masivas de Vacunación para combatir la Poliomielitis y el Sarampión. En 1982 se eliminó el flagelo horrible de la poliomielitis. Para esa época se construyeron 5 nuevos hospitales, 329 centros y puestos de salud, 13 centros quedaron equipados y con camas, se dio la masificación del ingreso para el estudio de medicina. Durante la Dictadura Somocista sólo 50 personas al año podían estudiar medicina (los ricos), con la Revolución Sandinista 500 personas al año ingresaban a la facultad de Medicina gratuitamente. Se dio la creación del sistema de rehabilitación para discapacitados y de nuevos programas de atención médica. Se logró la reducción de la Mortalidad Infantil de 321 por mil nacidos vivos a 57 por mil; con el impulso

de la Campaña Nacional por la Defensa de la Vida del Niño; ampliación de la esperanza de vida de los nicaragüenses de 50 años a 63 años.

Existían 22, 700 trabajadores de la salud, el triple de lo existente al triunfo de la Revolución en 1979. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la Nicaragua Revolucionaria como: "País modelo en atención a la Salud".

3.3.13 El Neoliberalismo y la Salud 1990-2006

Según (OPS, 2008) desde 1991, el país desarrolla un proceso de reforma sanitaria, el cual ha tenido hitos importantes como la promulgación de la Ley General de Salud (2002), su Reglamento (2003), la definición de la Política Nacional de Salud 2004-2015 y el Plan Nacional de Salud 2004-2015. El análisis de la situación de salud realizado por el MINSA en 2003 como sustento de la política y el plan de salud evidencia inequidades en el acceso y financiamiento de los servicios de salud, una situación de salud caracterizada por enormes inequidades en detrimento de los más pobres y aislados, un sector salud desarticulado, sub financiado, implementando un modelo de atención que no se ajusta a las necesidades crecientes de la población. Para implementar el Plan Nacional de Salud, el sistema de salud definió conceptualmente un nuevo modelo de atención, en correspondencia con sus objetivos de equidad en salud. El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) ha sido definido legalmente como "el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en las personas, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados de forma sinérgica; a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense". (Reglamento de Ley General de Salud, Artículo 38). No obstante, la implementación del MAIS no se llevó a la práctica.

En ese mismo año el MINSA inició un proceso de reforma tendiente a transformar su modelo de gestión de los servicios de salud basado en la Regionalización y la subdivisión por áreas de salud hacia los SILAIS, desapareciendo las Regiones de Salud creadas en la década de los 80. En general la estructura de los SILAIS se ajusta a la división político administrativa a nivel departamental, conformándose 17 SILAIS incluidas las dos Regiones Autónomas del Atlántico. En 1993 se dio la creación de la Biblioteca Nacional de Salud.

Según (OPS, 2008) la pobreza es el principal determinante del estado de salud de la población nicaragüense. Según INEC (2004), el mapa de pobreza en Nicaragua identificó 32 de 153 municipios pobres que sufrían de pobreza severa y 34 de alta

pobreza. El Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) clasifica a 30 municipios con IDHM bajo y medio. Así mismo, el mapeo de Inseguridad Alimentaria identifica 37 municipios con alta vulnerabilidad alimentaria. Esta realidad sitúa a 1,6 millones de personas vulnerables según el Mapa de pobreza; 2.4 millones de personas vulnerables según IDHM y 1.6 millones de personas vulnerables por Inseguridad Alimentaria (INEC, 2006).

Según (OPS, 2008) de acuerdo a la EMNV 2005 (INIDE), se estima que la pobreza general en Nicaragua fue del 48.3 por ciento y la pobreza extrema del 17.2 por ciento. La pobreza rural sigue siendo más extensa y profunda, que la urbana. Los datos sugieren amplias y permanentes brechas: mientras hay un 6.7 por ciento de pobreza extrema y 30.9 por ciento de pobreza general en la población urbana, en la rural correspondió a 30.5 por ciento y 70.3 por ciento, respectivamente. Las dos regiones con mayor incidencia de pobreza general en Nicaragua (juntas reúnen más de las tres cuartas partes de población en esa condición), fueron la Central Rural con 76.8 por ciento y el Atlántico Rural con 76.6 por ciento. Al compararse los resultados de pobreza extrema y general, tanto a nivel nacional, urbano-rural y para cada una de las siete regiones del país, entre los años 2001 y 2005, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos. En otras palabras, las diferencias que se detectan entre el 2001 y el 2005 son demasiado pequeñas como para considerarlas reales. Las mujeres al nivel nacional participan menos en la pobreza que los hombres, representando el 52.1 por ciento de la población no pobre de Nicaragua.

Para (OPS, 2008) el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de fortalecimiento de su liderazgo del Sector, desde el año 2003 ha venido construyendo un proceso de Enfoque Sectorial en Salud (ESS) en que convoca a los socios para el desarrollo, a instituciones y organismos del gobierno que tienen que ver directamente con el desarrollo del Sector Salud a participar en forma activa en el desarrollo sectorial.

El desarrollo del ESS contempla la consolidación de procesos de apropiación y liderazgo para garantizar la conducción efectiva del sector sobre las políticas y estrategias de salud y coordinar de manera eficiente el proceso de desarrollo nacional en salud. La apropiación y el liderazgo han sido enfocados a la integración de los objetivos de desarrollo del sector en la formulación de las políticas tanto a nivel nacional como a nivel sectorial y territorial. Además, se impulsa un proceso de alineamiento de todos los involucrados en el desarrollo del sector (socios para el desarrollo, instituciones y organismos del gobierno), el cual se dirijan todos sus esfuerzos a potenciar el abordaje a las prioridades, objetivos y políticas nacionales a fin de contar con un efecto sinérgico del accionar de cada parte en función de las necesidades prioritarias de la población. Finalmente, este

ESS buscaba la armonización de los procedimientos administrativos con el objeto de lograr una mayor eficiencia del uso de los recursos disminuyendo sensiblemente los costos de transacción de la cooperación al utilizar procedimientos fiduciarios, de adquisiciones y de control interno (auditorías) basados en los establecidos por el país en forma transparente a través de su legislación, además reduciendo el tiempo necesario para elaborar informes por fuentes y atención a misiones específicas por proyecto para la supervisión, revisión y evaluación de los mismos. En el año 2005 fue promulgada la Ley de administración presupuestaria, Ley 550, por la cual se establece el uso de Marcos Presupuestario de Mediano Plazo, con alcance de tres años y actualizado anualmente con detalles, en las que se fijan techos para el periodo. Esta modificación debe obligar a replantear la programación quinquenal y acoplarla con la de Mediano Plazo utilizada por el gobierno. El Plan Quinquenal de Salud 2005-2009 ha sido un elemento fundamental para materializar el proceso de alineamiento de la cooperación y en torno a él, se ha constituido un Fondo Común de libre disponibilidad en apoyo al presupuesto que respalda las acciones de dicho Plan Quinquenal.

Según (OPS, 2009) en el quinquenio de 1992-1996 la Razón de Mortalidad Materna fue de 101 por 100,000 nvr; en el quinquenio de 1997-2001 la RMM fue de 103; en el quinquenio de 2002-2006 la RMM fue de 86 y en el periodo 2007-2009 la RMM fue de 67.

Según (OPS, 2009) la RMM, muestra un descenso en los últimos años, pasando de 125 muertes por 100,000 nvr en el año 1996 a 73,3 muertes por 100,000 nvr en el año 2000. No obstante, éste descenso no fue sostenido, ya que el 2006 mostró un incremento, llegando a 92,8, para iniciar un descenso sostenido a partir de 2007, con una RMM de 78.2 por 100.000 nvr, hasta alcanzar una RMM de 60.5 por 100000 nvr en el 2009.

Según (OPS, 2008) la Esperanza de Vida al Nacer para el período 2000-2005 se ha incrementado en 1.5 años desde el quinquenio anterior, estimándose en 69.5 años. Las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y tumores son las tres primeras causas de muerte. Persisten altas tasas de mortalidad materna e infantil y de morbilidad específica por enfermedades transmisibles (diarreicas, respiratorias, de transmisión sexual, VIH/SIDA, y de transmisión vectorial). Por otro lado, tiende a incrementarse la morbimortalidad por enfermedades crónicas y por causas externas.

Para (OPS, 2008) el sector salud en general ha contado con 3 fuentes de financiamiento:

- A. *Fuentes de financiamiento privadas:* La mayor parte de los recursos que financian el gasto en el sector salud provienen del sector privado, y en particular de los hogares, que ponen de su bolsillo alrededor del 50% de todos los recursos destinados a financiar el gasto del sector salud. Estos recursos se destinan a seguros de salud, consultas y tratamientos en servicios públicos y privados, medicamentos. La participación tan alta de las fuentes privadas en el financiamiento del gasto en salud es consistente con lo observado en otros países de escaso desarrollo o donde el Estado tiene una participación marginal en la protección de su población.

- B. *Fuentes de financiamiento públicas:* Se trata de la recaudación fiscal y de los llamados “Recursos de Alivio Interino”, que constituyen recursos del presupuesto nacional que estaban destinados a pagar deuda externa condonada por los acreedores a condición de que se usara en determinados campos, como salud. Los recursos obtenidos de estas dos fuentes se transfieren por asignación presupuestaria del gobierno a los Ministerios de Salud, Gobernación y Defensa y a otras instituciones públicas, a través del Ministerio de Hacienda. Ocupan el segundo nivel de importancia en los aportes totales al sector salud, y para el año 2003 representaron el 32,6% del total de las fuentes de financiamiento.

- C. *Cooperación externa:* Constituida por préstamos y donaciones de organismos internacionales. Estos recursos representaron en el 2003 un 10 por ciento del financiamiento del sector. Durante el período 2000 - 2004 el financiamiento para el Sector Salud tuvo incrementos considerables pasando de US\$ 275.4 millones de dólares en el año 2000 a US\$ 354.9 millones en el 2004. Este incremento de manera porcentual fue de 1.7 por ciento en el 2001/2000 y de 9.0 por ciento del 2004/2003, comprendiendo todas las fuentes de financiamiento (fondos fiscales, fondos propios, cooperación externa y fondos privados), destacándose en los últimos 3 años en el subsector público los recursos del alivio interino, los que representaron respectivamente el 0.2 por ciento, 0.5 por ciento y 0.6 por ciento del Producto Interno Bruto. A su vez esta fuente de financiamiento en el 2004 representó el 7.9 por ciento del total del financiamiento del sector salud. Datos provenientes de las Cuentas Nacionales en Salud 2003, presentan que el gasto nacional en salud fue de 7.8 por ciento del PIB (2003), siendo el gasto público de 3.9 por ciento para ese mismo año. En el período analizado el Gasto Total en Salud de los Hogares ha sido en promedio el 50.2 por ciento del Gasto Total del Sector Salud. Esta participación

de gasto ha venido descendiendo en un porcentaje relativamente bajo, pasando de 51.1 por ciento en el 2000 a un 49.4 por ciento en el 2004; la relación de este gasto con respecto al PIB, fue del 3.6% en promedio en el período.

Del gasto total que realizaron los hogares en salud durante el período, destinaron en promedio el 71.8 por ciento en compra de medicamentos, lo que hace suponer que la gran mayoría de la población se auto médica. Este gasto en medicamentos que los hogares han venido asumiendo con sus pocos ingresos, representa el 30.1% del gasto total del sector salud y el 2.2 por ciento en promedio con respecto al PIB, lo que indica que los escasos ingresos de las familias pobres, cada día se ven más limitados para mejorar sus condiciones de vida como son vivienda, educación, recreación etc. así como todo lo básico para tener una vida digna y saludable. También se considera que un alto porcentaje de este gasto que realizan los hogares, es financiado con remesas familiares, definido como transferencias corrientes recibidas del exterior de parte de familiares. En el período 2000- 2004 las remesas familiares totales han representado en promedio el 9.6 por ciento del PIB según datos del BCN.

Para (OPS, 2008) la mayor proporción del gasto del sector salud corresponde al subsector público con un 54.3 por ciento, mientras que el subsector Privado contribuye con el 45.7 por ciento en relación al gasto total; con respecto al PIB la relación ha sido de 4.0 y 3.4 por ciento en promedio respectivamente, siendo la Función de mayor participación en ambos subsectores los Servicios Curativos con 19.5 y 9.7 por ciento en promedio respectivamente. En relación al gasto total, asimismo en el subsector Público la Función de Promoción y Atención Preventiva ha sido del 6.7 por ciento en promedio con respecto al total del gasto, en cambio en el subsector Privado esta Función alcanzó un promedio durante el período de 0.8% en relación al total del gasto del sector por función. Esto nos muestra que la Atención Preventiva es escasa en el subsector Público y mínima en el Privado, por lo cual se requiere de un mejor enfoque hacia la Atención de Promoción y Prevención de la salud.

Según (OPS, 2008) los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron incluidos en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) en el 2001 y en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2003. Compromiso que fue confirmado con el involucramiento de instituciones del Gobierno y el Consejo Nacional de Planificación Económica Social (CONPES). El Primer Informe de Seguimiento de las Metas de Desarrollo de la Cumbre del Milenio (diciembre 2003) fue elaborado y coordinado por el CONPES, esfuerzo

que contó con el respaldo del Sistema de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM). El seguimiento de los ODM corre por cuenta del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Nicaragua. Las fuentes de información para el seguimiento de los ODM provienen de las instituciones sectoriales ejecutoras de las políticas gubernamentales, la Secretaría Técnica de la Presidencia, a nivel de 6 El CONPES es la instancia de concertación de las instituciones de gobierno, la sociedad civil y los partidos políticos, organismo global de coordinación del Plan Nacional de Desarrollo y el Instituto Nacional de Información para el Desarrollo (INIDE), instancia responsable de los censos y estadísticas del país.

Aunque la Ley General de Salud y su Reglamento (No. 423) aprobada en Mayo de 2002, establece que la Rectoría del Sector, corresponde al MINSA, el cual está encargado de coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales. Mediante esta ley se aprueba el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Para (OPS, 2008) la Ley General de Salud y su Reglamento establecen los diversos regímenes y planes que garantizan la cobertura y acceso a los servicios de salud y de acceso a los mismos. Según la Ley el Sector Salud se integra por tres regímenes, como conjunto de beneficios articulados para lograr realizar el principio de universalidad, estos son: contributivo, no contributivo y voluntario. Los regímenes mencionados financian los programas de beneficios a los que se puede acceder, siempre que se cumpla con las condiciones que en cada uno de ellos se establecen en la presente Ley y su Reglamento. La responsabilidad de las Autoridades sanitarias conlleva a garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud. En el régimen contributivo se encuentra el seguro obligatorio, de los trabajadores en general (INSS), y los de los miembros del ejército y la policía. El INSS efectúa sus prestaciones a través de los servicios de Empresas Médicas Previsionales, públicas y privadas. El ejército y la policía cuentan con sus propios servicios. No se ha desarrollado un sistema de aseguramiento privado de forma amplia, sin embargo, existe la oferta de seguros de enfermedad y accidente que reembolsan los gastos. El MINSA es el organismo responsable de garantizar el acceso de la población a los diferentes regímenes y proteger el derecho de los usuarios, a estar informados y a recibir una atención de calidad, por lo que la Ley manda la implementación del Sistema de Garantía de Calidad integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de

salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario a menor costo y menor riesgo. Está compuesto por: habilitación y acreditación de establecimientos, auditorías de la calidad de la atención médica, regulación del ejercicio profesional y los tribunales bioéticos. Tanto el MINSAL como la Dirección de Protección al Consumidor del Ministerio de Fomento Industria y Comercio pueden recibir y resolver problemas de los usuarios con los proveedores de servicios de salud. Así mismo el MINSAL desarrolla de manera periódica encuestas de satisfacción de usuario a fin de mejorar la prestación de servicios de salud.

El MINSAL ejerce su función regulatoria en la habilitación y acreditación de establecimientos de salud; registro de los profesionales de salud; administración de la Ley de Medicamentos y Farmacia; registro de cosméticos; registro de alimentos y bebidas; vigilancia de alimentos fortificados como la sal, azúcar y harina; muestreo de comidas preparadas (lácteos, agua, salsas y otros); registro y supervisión de expendios de alimentos; registro de organismos internacionales con actividades en salud.

Según (OPS, 2008) la cobertura de atención por parte de las instituciones se estima en: Ministerio de salud (60%), INSS (7.7% afiliados y familiares), Gobernación y Ejército (8%), instituciones privadas (4%). Gran parte de la población complementa los servicios de MINSAL con servicios privados y del sector ONG. La falta de cumplimiento de la legislación vigente sobre seguridad social, que mandata la obligatoriedad de la adscripción al INSS para todos los trabajadores en las primeras 72 horas de contratados, es un problema fundamental para la cobertura de los servicios de salud. Por una parte, viola el derecho al aseguramiento de cerca de 40 por ciento de los trabajadores formales del país, incluyendo algunos trabajadores públicos y por otro lado, este grupo no asegurado utiliza recursos de salud del MINSAL, que de otra forma podría destinarse a la atención a población no asegurada. A diciembre de 2006, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social contaba con 439,002 asegurados activos, de los cuales 216,598 hombres (51%) 222,404 mujeres (49%). Managua, Chinandega, León y Matagalpa son los Departamentos que concentran un 74 por ciento del total de la población asegurada. El otro 26 por ciento se encuentra distribuido en los Departamentos de Masaya, Granada, Carazo, Rivas, Boaco, Matagalpa, Jinotega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia, RAAN, RAAS y Río San Juan. El 18 por ciento de la población económicamente activa está actualmente adscrita al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y junto a sus beneficiarios representan aproximadamente el 7,7 por ciento de la población total del país, los que son identificados como derechohabientes del INSS. Sin embargo, no todos los asegurados al INSS están cubiertos por el Régimen integral que incluye Enfermedad y Maternidad, sino que para el año 2006, existe un 12.6 por ciento de

asegurados al INSS que únicamente tienen beneficio en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Entre los asegurados con Régimen Integral, su adscripción a las Empresas Médicas Previsionales ha sido un proceso gradual en los últimos años, de tal forma que en la actualidad el 92,6 por ciento de los asegurados con Régimen Integral están adscritos a una Empresa Médica Previsional (77,4% de los asegurados, lo que deja por fuera de estos beneficios aproximadamente a 100.000 derechohabientes del INSS). Por otra parte, debido a la concentración de las Empresas Médicas Previsionales (EMPs) en el pacífico del país y la dispersión de los derechohabientes del INSS, se calcula que un porcentaje importante de los mismos no tienen acceso a las EMPs, por lo que terminan demandando los servicios del MINSA más próximos a sus domicilios.

En la población no asegurada, existen diversos factores que influyen en su accesibilidad a los servicios del MINSA. Por un lado, existe una desigual distribución de la oferta de servicios del MINSA, lo que influye en la accesibilidad geográfica de la población, especialmente para los sectores más pobres que no tienen capacidad económica para pagar los costos de transporte en zonas dispersas, así como los costos de alojamiento en las cabeceras departamentales. Esta situación se refleja en la utilización de los servicios de salud del MINSA, lo que está muy relacionado con los grados de bienestar de la población identificados por ENDESA2006/07. El 77.1 por ciento de los niños tienen el esquema completo de vacunación, de acuerdo a su edad, lo cual representa un leve incremento en relación al 2001, en que el 73.5 por ciento de niños alcanzaron este beneficio. A nivel de regiones, el más alto porcentaje se observa en la región Central, con 88.8 por ciento y el más bajo en la región Atlántico, con 65.7 por ciento de niños cubiertos.

Es importante notar que, en promedio, las áreas urbana y rural presentan coberturas similares (78.2% y 75.7%, respectivamente). Por otra parte, la poca capacidad operativa y resolutive de las unidades de primer nivel de atención hace que la cobertura de servicios básicos a la población más vulnerable, sobre todo en el área rural, haya disminuido hasta un 65 por ciento de la población total. La pérdida de la operatividad de las unidades prestadoras de servicios se explica en parte por la competencia por recursos existente con las estructuras administrativas de los SILAIS, quienes toman decisiones y disponen de los fondos de los centros de salud y puestos de los servicios municipales de salud, estableciendo los gastos de la burocracia administrativa. En ausencia de una Política Nacional de Salud y respaldados por la Ley General de Salud y su Reglamento el Ministerio de Salud en tiempos de los Gobiernos Neoliberales elaboró el Plan Nacional de Salud 2004-2015 en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo y las Metas del Milenio, cuyo énfasis es la atención al binomio madre-hijo.

Del análisis anterior se concluye que existía una desigual distribución de la oferta de servicios del MINSA, lo que influía en la accesibilidad geográfica de la población, especialmente para los sectores más pobres que no tienen capacidad económica para pagar los costos de transporte en zonas dispersas, así como los costos de alojamiento en las cabeceras departamentales.

Según (MINSA 2004) el Plan Nacional de Salud 2004-2015, establece con mayor precisión los alcances de la Política Nacional de Salud (objetivos, metas e intervenciones estratégicas), éste contiene el diseño de los indicadores y mecanismos de seguimiento sistemático, con el fin de que los mismos puedan ser utilizados para el seguimiento y evaluaciones correspondientes.

Durante el período 2000–2004 el financiamiento para el Sector Salud tuvo incrementos considerables pasando de U\$ 275.4 millones de dólares en el año 2000 a US\$ 354.9 millones en el 2004. Datos provenientes de las Cuentas Nacionales en Salud 2003, presentan que el gasto público social fue del 8.8 por ciento del Producto Interno Bruto, el gasto del Ministerio de Salud ascendió al 3.0 por ciento con relación al PIB, mientras el gasto per cápita en salud del MINSA fue de \$22.7 dólares de los Estados Unidos de América por habitantes.

Desde el punto de vista político y para cumplir con las medidas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional (FMI) en esta época se recrudece la privatización masiva del sistema de salud, el recorte de recursos humanos de salud, la clausura de las Escuelas de Enfermería Yolanda Mayorga en el MINSA, se cierran unidades de salud en el área rural y como contraparte se organizan las huelgas y luchas de los trabajadores de la Salud conducidas por FETSALUD.

Según el MINSA en el año 2006 su presupuesto asignado era de aproximadamente US\$ 189 millones de dólares, para un per cápita de US\$ 586. El presupuesto para insumos médicos y no médicos era de más o menos US\$ 17 millones.

Según (Nuñez, 2009) en síntesis en estos 17 años, los ingresos del Estado disminuyeron, los gastos del Estado se destinaron a pagar servicios de la deuda interna, lo que disminuyó grandemente el monto de los servicios de educación, salud, electrificación, agua, carreteras y caminos, crédito a los campesinos.

El resultado de toda esta situación se refleja en la precipitación abrupta del Índice de Desarrollo Humano de Nicaragua, el que descendió del escalón 60 en que lo dejó el gobierno sandinista (1990), al escalón 112 en que lo dejaron los gobiernos neoliberales (2006).

3.3.14 El segundo período de la Revolución Popular Sandinista y la Salud, GRUN 2007-2011 y 2012-2016

A partir del 2007 con el ascenso del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, se viene impulsando la “Gobernabilidad Democrática” a través de procesos legítimos de participación ciudadana y la restitución de los derechos ciudadanos, lo que implica construcción de una ciudadanía activa. A través de esta, se pretende impulsar procesos profundos de cambio en la sociedad partiendo de la toma de conciencia de su capacidad de ejercer el poder y el impulso de valores éticos – morales que lleven al desarrollo humano integral.

3.3.14.1 La Política Nacional de Salud del GRUN

Según (MINSA, 2008) desde el 2007 el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través de la Política Nacional de Salud está encaminado a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación para el desarrollo de acciones que resuelvan los problemas de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud.

Los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno, haciendo énfasis en la promoción y prevención, así como en el trato respetuoso y humano en los servicios de salud en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud. Orienta al fortalecimiento de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud. En este contexto, la Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional señala los siguientes lineamientos:

1. Lograr que las personas no se enfermen, un pueblo sano es feliz: Desarrollar acciones de promoción y prevención con calidad, equidad y enfoque de género involucrando a la población en acciones de información, educación y comunicación;
2. Atención de salud de calidad y medicina gratuita: Garantizar la gratuidad de la atención de salud a la población con trato humanizado y digno, disponiendo de medicamentos genéricos de calidad en redes de farmacias, públicas, privadas y comunitarias;
3. Disminución de las listas de espera quirúrgica y de listas de espera para consulta externa especializada: Responder a las demandas quirúrgicas y de

atención especializada a la población, implementando nuevas modalidades de atención alternativa, mejorando la articulación entre las instituciones del sector salud, la infraestructura y equipamiento de las unidades;

4. Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayor dificultad de acceso: Implementar un Modelo de Salud Familiar y Comunitario dirigido a las personas, familia y comunidad para superar los problemas de accesibilidad geográficas, económicas, funcionales y culturales. Aumentar la cobertura de la seguridad social y la universalización de su canasta básica;
5. Implementación de estrategias innovadoras en salud en las regiones autónomas de la costa caribe: Fortalecer el desarrollo de modelos de atención innovadores en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe con el fin de establecer la máxima correspondencia posible entre la actuación local del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico y cultural de sus poblaciones;
6. Rescate de la medicina popular y tradicional, y otras formas de medicina no occidental: Promover las diferentes expresiones de la medicina popular tradicional con derecho a participar en la prestación de los servicios;
7. Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del Sector Salud: Estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud en sus distintas formas de organización, Incorporando a la población en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria con un mayor compromiso, articulando sus acciones con las instituciones, organizaciones del territorio en la definición de un modelo de desarrollo humano como objetivo común;
8. Desarrollo Integral de los Recursos Humanos del Sector Salud: La política de recursos humanos se concretará en el Sector con el fin de encontrar los mecanismos que incentiven al trabajador a comprometerse con la calidad de la atención. Al mismo tiempo que se le retribuya de manera justa en el marco de las condiciones económicas del país; y
9. Alineamiento, armonización y apropiación de la cooperación externa en el sector salud: Se hace necesario redefinir la cooperación en función de la nueva política y estrategias del sector social. La materialización de estas políticas permitirá crear nuevas condiciones de atención a la población con mayor

eficiencia de forma tal que el impacto en el estado de salud de los nicaragüenses contribuya al desarrollo humano y económico del país.

De acuerdo al análisis realizado por el MINSA para lograr materializar los lineamientos de la Política de Salud se propusieron desarrollar 12 estrategias de intervención:

- ✓ La integración programática bajo el liderazgo del Ministerio de salud
- ✓ La creación del modelo de Salud familiar y comunitario bajo el principio de la sectorización y conformación de redes para la atención
- ✓ Un sistema hospitalario de atención escalonado sobre la base de un sistema regionalizado de oferta de servicio
- ✓ Desarrollo de la regulación de parte del Ministerio de salud para el sector salud.
- ✓ Desarrollo de un sistema de entrega de medicamento a la población
- ✓ Formación acelerada de personal médicos y técnicos que permita equiparar a las necesidades reales de la población
- ✓ Transformación tecnológica que aseguren mejor nivel de resolución en los diferentes niveles de atención
- ✓ Fortalecimiento de la movilización ciudadana
- ✓ Fortalecimiento de la promoción, prevención en salud
- ✓ Desarrollo de capacidades gerenciales
- ✓ Desarrollo de las clínicas médicas previsionales del Ministerio de salud
- ✓ Desarrollo de un instituto de salud pública para la atención de los principales problemas de la salud pública.

A partir del 2010 se incorporó el Lineamiento de Política de Salud relacionado con el combate a la mortalidad materno-infantil debido al gran desafío del gobierno revolucionario de fortalecer la salud de la mujer y la niñez y en consecuencia reducir drásticamente las muertes de mujeres embarazadas y los niños menores de un año.

3.3.14.2 Otras Leyes que complementan la implementación del MOSAFC

La Ley de Medicamentos y Farmacias, Ley 292, en su artículo 3, dispone que: “El Ministerio de Salud es el órgano competente del estado para ejecutar, implementar y hacer cumplir la presente Ley.

Las acciones técnicas y administrativas necesarias para garantizar la evaluación, registro, control, vigilancia, ejecución, comprobación de la calidad y vigilancia sanitaria de los medicamentos de uso humano, cosméticos medicados y dispositivos médicos las ejercerá a través de la dependencia correspondiente y su laboratorio de control de calidad.”

El Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, Ley 28, señala que: “Las Regiones Autónomas, establecidas por el presente estatuto son personas jurídicas de derecho público que siguen en lo correspondiente, las políticas, planes y orientaciones nacionales. Tienen a través de sus órganos administrativos las siguientes atribuciones generales: Numeral 2. Administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales, en coordinación con los Ministerios de estado correspondientes”.

La Ley de Participación Ciudadana, Ley No. 475, tiene por objeto: “promover el ejercicio pleno de la ciudadanía en el ámbito político, social, económico y cultural, mediante la creación y operación de mecanismos institucionales que permitan una interacción fluida entre el estado y la sociedad nicaragüense, contribuyendo con ello al fortalecimiento de la libertad y la democracia participativa y representativa establecido en la Constitución Política de la República.”

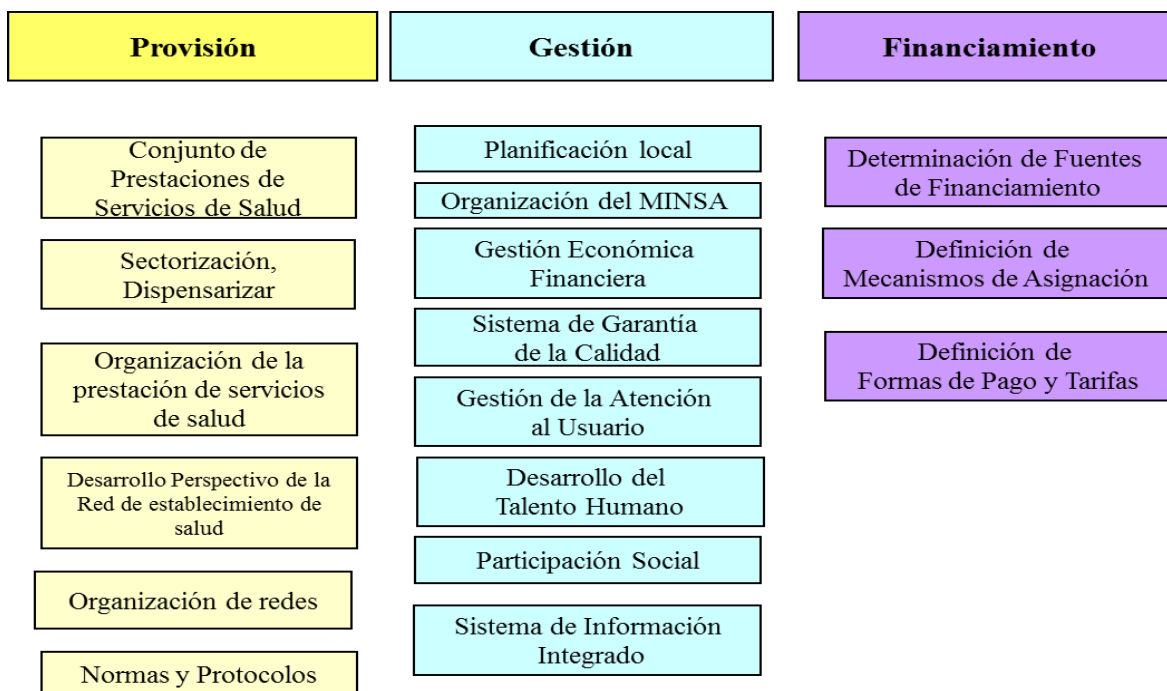
Además de la base legal ya referida el Modelo de Salud Familiar y Comunitario se fundamenta en el Plan de Desarrollo Humano de Nicaragua en el que se establecen tres lineamientos para el sector salud: i) garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad; ii) desarrollar una cultura nacional de promoción y protección de la salud; y iii) profundizar las reformas sectoriales en salud para contribuir a la construcción de un Estado Social.

En este contexto Jurídico nacional, en el campo de la salud se ha implementado un nuevo modelo de atención denominado Modelo de Salud Familiar y Comunitario cuyo énfasis es la promoción, prevención, educación en salud, atención integral y el protagonismo ciudadano para desarrollar las intervenciones sanitarias, incluye como prioridad la intersectorialidad, la complementariedad y la participación mixta público-privada.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está constituido por tres componentes:

1.- Provisión, 2.- Gestión, 3.- Financiamiento

Figura 9. Componentes del MOSAFC

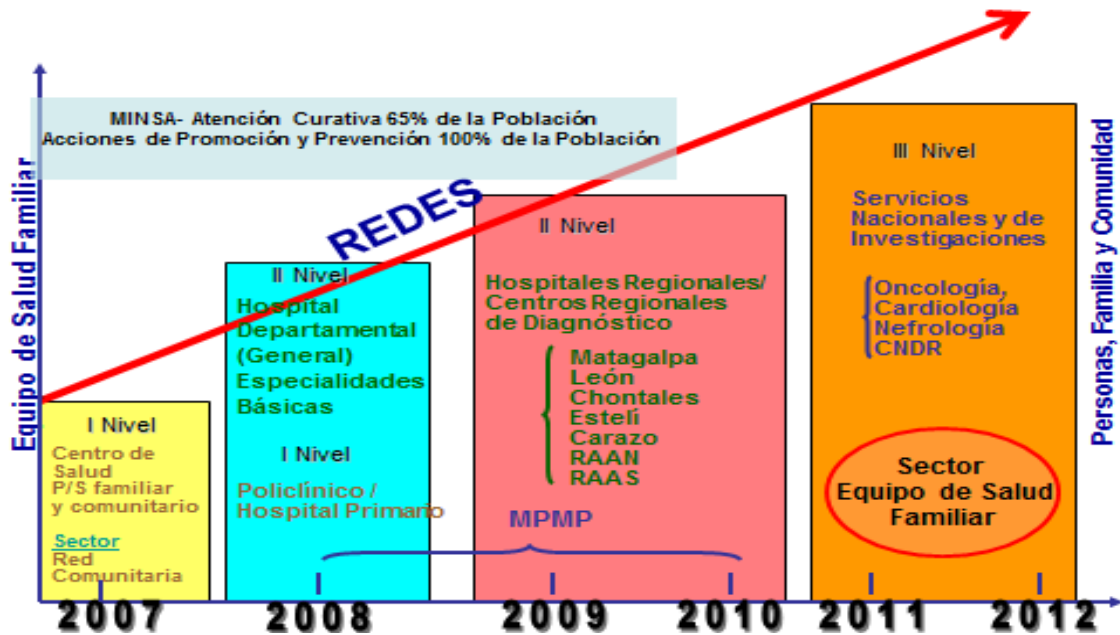


Fuente: MINSA. Marco Conceptual del MOSAFC

En sus aspectos más visibles, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario es el producto de la interacción dinámica de los niveles de atención (provisión) con los niveles de gestión del sector de salud (gestión) y con los diferentes regímenes de financiamiento.

Según (MINSA, 2007) en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) se estableció el Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios de Salud Pública, con el propósito de proyectar la inversión en la infraestructura sanitaria en el periodo 2007 al 2012 (reemplazo, rehabilitación para mejorar las existentes y construcción de nuevas unidades de salud) capaz de responder a las necesidades de la población en los diferentes departamentos y regiones del país, incluyendo la dotación del equipamiento y las tecnologías modernas para los establecimientos de salud, y ampliar en los equipos de trabajo (comunitarios e institucionales) las competencias necesarias para el fomento de la salud y prevención de enfermedades, acompañada de la máxima capacidad de resolución técnica y profesional de las enfermedades y problemas de salud, organizados de acuerdo a los diferentes niveles de atención progresiva, perfil epidemiológico y la disponibilidad de recursos financieros para acercar la atención especializada y sub especializada a los pacientes.

Figura 10. Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios de Salud 2007–2012



Fuente: MINSA. 2008

Las principales características sanitarias de esta época moderna, período 2007-2011; 2012-2016, en la segunda etapa de la Revolución Sandinista con el GRUN son las siguientes:

Restitución del derecho a la salud gratuita

Servicio integral en salud basada en la familia y la comunidad

Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

Se incrementos el número de unidades de salud en la red de servicios de salud y su capacidad resolutive.

Se impulsa en el campo de la salud la responsabilidad social compartida

Desarrollo de la estrategia de las Casas Maternas, de 50 que existían en el 2006 se incrementan a 171 en el 2015. En la actualidad se contabilizan 178 casas maternas en 149 municipios del país.

Aumenta la cobertura de la Seguridad Social a trabajadores del sector formal e informal.

Desarrollo de los Programas Emblemáticos: Programa Amor para los más chiquitos, Todos con VOZ, Operación Milagro

Formación de mayor número de Médicos Generales, Enfermeras, Auxiliares del MOSAFC, Médicos especialistas, Sub especialistas y Gerentes en Servicios de Salud

Contratación Anual de 600 nuevas plazas para fortalecer la atención directa en los Servicios de Salud a partir del 2008.

Se funda la Central de Ambulancias en Managua

Se funda el Centro Nacional de Unidades Móviles para fortalecer la extensión de cobertura

Se impulsa la formación de recursos humanos en medicinas natural y terapias complementarias

Se crea el Instituto Nacional de Citología, ubicado en el Complejo Nacional de Salud Dra. Concepción Palacios en Managua

En relación al Financiamiento Sanitario en el año 2016 el presupuesto asignado al MINSA fue de U\$ 452, 89 millones de dólares, para un per cápita anual de U\$ 2000 dólares.

El presupuesto para insumos médicos y no médicos fue de más o menos U\$ 53 millones de dólares.

3.3.15 Evolucionando del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud al enfoque de la Determinación Social de la Salud

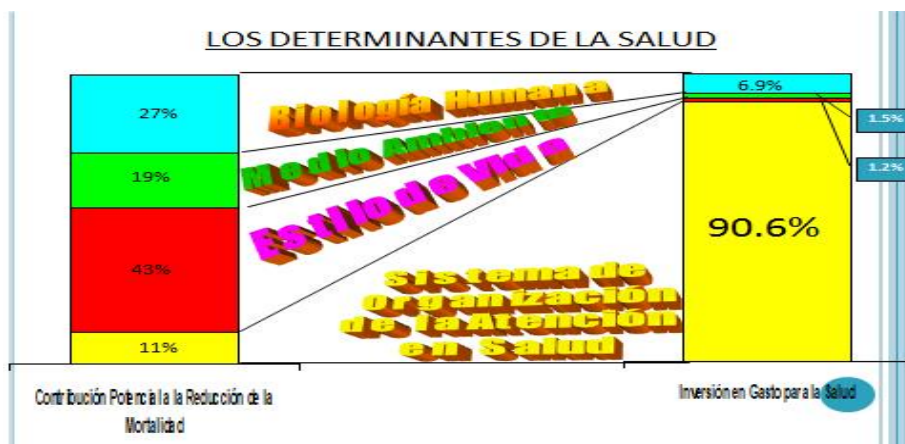
Uno de los principales pilares del Estado del Bienestar de un país lo constituye la salud, necesidad básica e ineludible del ser humano que constituye un derecho fundamental. Para su logro, se requiere una planificación y asignación eficiente y eficaz de los recursos económicos necesarios (recursos económicos susceptibles de uso social) para alcanzar los niveles de salud demandados por la sociedad, lo que implica el desarrollo de un sistema de salud.

Aunque sean diferentes en cada país, la estructuración de los Sistemas de Salud de alcance universal, es uno de los avances sociales más significativos y más apreciados por todos los ciudadanos de los países de nuestro entorno social, cultural y económico.

También es un rasgo común a todos ellos la gran confianza y buena valoración de la población en relación con su sistema de salud, sus profesionales y sus instituciones sanitarias.

La contribución de los sistemas sanitarios a la mejora de la salud de la población es evidente, aunque también cabe señalar que es ciertamente limitada: de acuerdo con la clásica descripción de Dever GEA 1976, el sistema sanitario influye en aproximadamente un 11 por ciento sobre el estado de salud, mientras que otros factores como la carga genética (biología humana), los estilos de vida y el medio ambiente (entorno) influyen en un 89 por ciento.

Figura 11. Los Determinantes de la salud y el gasto para la salud



Fuente: Dever GEA 1976.

Según las estimaciones basadas en ENDESA 2006/07 el 20 por ciento de los menores de cinco años padecen de desnutrición crónica. Pese a que existen importantes avances en la formulación de políticas y estrategias relativas a la Seguridad Alimentaria Nutricional, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) como en el Plan Nacional de Salud (PNS) de esa época incluyen líneas de acción específicas, pero que se han expresado en acciones dispersas y duplicadas.

A nivel de hogares, la inseguridad alimentaria está relacionada con el desempleo, el subempleo y los bajos niveles de ingreso que determinan la incapacidad financiera de cubrir la canasta básica. Predomina el trabajo informal, el subempleo es de 31 por ciento y el desempleo franco es de 6.5 por ciento. El salario mínimo no cubre la canasta básica en ninguno de los sectores de la economía.

En el sector educativo, pese a la existencia de políticas y planes sectoriales, la falta de acceso geográfico y económico a la educación determina que se encuentren excluidos del sistema educativo el 35 por ciento de la población entre 3-18 años. La escolaridad promedio de la población mayor de 10 años es de 5.2 años. Sin embargo, la población en situación de extrema pobreza, apenas alcanza 2.2 años de escolaridad, mientras que la población no pobre logra 6.6 años y la

rural apenas 3.3 años; el analfabetismo afecte al 22 por ciento de la población mayor de seis años.

Las principales inequidades sociales se expresan en las inequidades de género, las mujeres tienen el doble de la tasa de desempleo, 80 por ciento del trabajo informal, 20 por ciento menos de salario, en el trabajo infantil, en los problemas de acceso a servicios de las comunidades indígenas y afro descendientes (más del 75% sin acceso) y en el incremento de la brecha entre la población en los quintiles extremos (el 20% de población con ingresos más altos consume el 49% del ingreso).

Las diferencias territoriales son marcadas: las regiones del Caribe presentan los peores indicadores de calidad de vida, incluyendo poco acceso a servicios de salud. La alta dispersión geográfica y baja densidad poblacional, con 97.5 por ciento localidades con menos de 2500 habitantes, al igual que la insuficiente infraestructura vial incide en la falta de acceso a servicios.

Según (OPS, 2008) la violencia intrafamiliar es un problema que afecta principalmente a las mujeres y niños. Los jóvenes nicaragüenses se enfrentan a problemas crecientes de violencia, lesiones, consumo de sustancias adictivas (tabaco, drogas y alcohol), falta de oportunidades y desempleo. La explotación, comercio sexual y delitos sexuales están creciendo. El trabajo infantil y adolescente afecta a, aproximadamente, 240,000 niños de 5 a 17 años, de los cuales el 61.4 por ciento no recibe remuneración económica por su labor.

Según (JICA, 2014) de acuerdo con el censo de las Personas con Discapacidad (PCD) del 2009 realizado por el programa del MINSA “Todos con voz”, la prevalencia de personas con discapacidad a nivel nacional es del 2.43 por ciento, que representa a 126,316 personas con discapacidad física, sensorial e intelectual.

3.3.15.1 Determinantes Medioambientales

En Nicaragua, las instituciones responsables de los temas ambientales son: El Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales, Procuraduría General de la Republica, a través de la Procuraduría Específica Ambiental, Fiscalía, Ministerio de Salud, ENACAL, INAA, INETER, FISE, y demás instituciones del estado, conforme su quehacer y mandatos de ley, la Comisión Nacional del Agua (ANA), conforme Ley General de Aguas Nacionales y su Reglamento. Las Municipalidades y sus Consejos Municipales, Los Gobiernos Regionales del Atlántico Norte y Sur, La Asamblea Nacional a través de la Comisión de Medio Ambiente y Recursos Naturales en conjunto con la Comisión de Salud y Bienestar

Social por el vínculo intrínseco de los determinantes que inciden en la salud de la población.

Para (OPS, 2008) se han desarrollado Investigaciones operativas sobre temas de arsénico en el agua, plaguicidas, afectación de agroquímicos en la población laboral de los tabacales, afectación de personas adultas y niños y niñas expuestas al plomo, el tema de cáncer en la piel, se conoce a través de la morbilidad y Atención Médica sin embargo no se ha desarrollado investigaciones con rigor científico que contribuya a la búsqueda de respuestas preventivas y de atención socio ambiental. El tema es de interés en salud pública y debe ser considerado en el Comité de Investigación del MINSA y promover a lo interno de la institución la cultura y facilitación para el desarrollo de la investigación.

Los mecanismos legales se establecen a través de las Leyes existentes en el país y las regulaciones pertinentes que se les mandata a los dueños de establecimientos que desarrollan actividades económicas y que inciden en la contaminación del ambiente.

En base al Decreto 32-97 (09 de junio de 1997) creador del Reglamento general para el control de emisiones de los vehículos automotores, en Nicaragua, se establece el Reglamento General para el Control de Emisiones de los Vehículos Automotores de Nicaragua. Con la cual se controlan las emisiones vehiculares, cuyos mecanismos están establecidos bajo la responsabilidad de MARENA, a nivel de Ministerio de Salud, estamos articulados mediante la Comisión Interinstitucional, con el MTI y la Policía Nacional, a través de la Dirección Nacional de Tránsito. Existen equipos de medición de control de emisiones de contaminantes ambientales producto de la combustión. Existe la normativa de que los vehículos deben pasar por un control mecánico y para el control de emisiones, chequeo que se realiza mediante talleres previamente aprobados y calibrados. Existen disposiciones ambientales para el ingreso de vehículos usados y los requisitos se cumplen mediante la Dirección General de Aduanas.

En la Ley 559 Ley especial de delitos contra el Medio Ambiente y los Recursos Naturales, en el capítulo II, Aro. 8 de la Contaminación Atmosférica. En la Ley General de Salud, Ley 423, Título VI, De la salud y el Medio Ambiente, Capítulo I Del Saneamiento Ambiental mandata a determinar los rangos máximos contaminantes permisibles y las normas técnicas a que deben sujetarse las personas naturales o jurídicas en las materias relacionadas con el medio ambiente. Para la eliminación de excretas y residuos existen mecanismos legales de fiscalización en instituciones como: MINSA, las municipalidades, Gobierno Regional, ENACAL, FISE, INAA.

Con respecto a productos tóxicos y radiactivos se regula por la Comisión Nacional de Energía Atómica (CONEA), bajo la coordinación del Ministerio de Salud, su soporte legal son las disposiciones y normas y recomendaciones en materia, la Legislación Sanitaria, forma parte también del Comité un miembro de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, las sustancias tóxicas están reguladas por leyes en materia mediante las instituciones de MAGFOR, MARENA y MINSA, MTI, ENAP, DGA (ADUANA) articulados con las instituciones del trabajo, MITRAB, las asociaciones y organizaciones gremiales .

En el marco de la ley No. 620, Ley General de Aguas Nacionales y su Reglamento la Autoridad Nacional del Agua (ANA), será la encargada de efectuar las regulaciones y establecerá los nuevos mecanismos conforme ley, cada una de las instituciones que forman parte de ella tiene misiones que cumplir, conforme su rol y funciones. En cuando a la fiscalización de la contaminación del agua, se realiza inspección sanitaria, muestreo de aguas, a través del MARENA, ENACAL e INAA, así como la evaluación de cargas contaminantes, evaluaciones ambientales, monitoreo de la calidad de las aguas, inventario de problemas en la cuenca y cuerpos de agua.

Según (OPS, 2015) en estudios presentados por el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) señalan que la prevalencia nacional de los puntos de abastecimiento de agua que son contaminados naturalmente por Arsénico es de 5.7% (As total > 10g/l) y que existen alrededor de 278 sistemas de agua que están contaminados. Tomando un promedio conservador de 200 personas por sistema de agua, se puede estimar que aproximadamente 55,700 personas están ingiriendo agua contaminada por Arsénico. Los lugares donde encontraron pozos de agua potable con minerales tóxicos son en la parte central del país, en el llamado “corredor seco”, que parte de Las Segovias, fronterizo con Honduras, hasta las provincias de Boaco y Chontales. Se estima que al tomar agua con concentraciones de 50 ug de As/litro, las probabilidades de padecer de cáncer son más de 100 veces mayores a las que resultan de ingerir cualquier otro contaminante del agua.

El Estado de Nicaragua cuenta con mecanismos legales que garantizan el acceso a agua potable de la población entre los que se destacan: El programa de inversiones públicas, las inversiones para el subsidio de la tarifa, la protección y prioridad del agua para consumo humano, según Ley General de Aguas Nacionales y su Reglamento, la prioridad de desarrollo rural y peri urbano considerando las familias y comunidades postergadas, sin acceso al agua potable. Las campañas de promoción de la salud, la distribución de cloro y muestreo de

agua para consumo humano, como parte de la Vigilancia de la Calidad del Agua. Basado o sustentado en la situación de salud de las comunidades y los indicadores de morbimortalidad se priorizan las comunidades o barrios para realizar programas o proyectos de agua potable y saneamiento.

El MINSA tiene como misión la inspección sanitaria y la vigilancia de la calidad del agua, así como la elaboración de temas de información y mensajes educativos para que sean promocionados en todo programa o proyecto de agua y saneamiento en beneficio de la población en general, difusión de mensajes en zonas rurales, a través de medios locales en todo el territorio nacional (Opciones estratégicas para la empresa, Hospital Cruz Azul S.A. con el propósito de mantenerse en el mercado de salud Institucional y privado, (Solís Gómez, 2011)

3.3.15.2 Determinantes Políticos

Nicaragua finalizó el siglo XX como protagonista importante del proceso de paz suscrito por los presidentes de Centroamérica en el año 1987. Conflictos armados, revoluciones y violencia política, caracterizaron los últimos 150 años de historia. No obstante, el país cerró el siglo con evidencias de haber superado las principales causas de su inestabilidad: dictadura política y militar, adscripción a intereses externos, derrocamiento, imposición, intolerancia a la protesta social, represión, restricción de los derechos civiles y ausencia de un sistema democrático, entrando al nuevo milenio con perspectivas esperanzadoras en materia de democracia política, sometida por primera vez en su historia a un sistema electoral con estándares internacionalmente aceptables, la nación eligió de forma libre y transparente a sus gobernantes y legisladores en los años 1990, 1996, 2001, noviembre de 2006 y 2011. No obstante, los avances políticos, la democracia nicaragüense es aún joven y, por lo tanto, sujeta a contradicciones que a menudo amenazan su estabilidad.

El Estado de Derecho y la institucionalidad democrática son parte de la transición: crecen, retroceden, reinician y avanzan al ritmo que marca la coyuntura política. Por lo tanto, al Estado de Derecho y a la institucionalidad, no se les puede considerar independientes de la modernización de las instituciones políticas del país. Son procesos paralelos y complementarios.

En la medida en que se establezcan mecanismos de comunicación, enlaces fluidos entre el Poder Ejecutivo, la Asamblea Nacional, el Poder Judicial, los gobiernos municipales y regionales autónomos de la Costa Caribe, organizaciones no gubernamentales y asociaciones gremiales, se podrán evitar fenómenos sociales, sectoriales y gremiales que afectan a la población, en especial a la más empobrecida, tal como ocurrió con las demandas del sector transporte, las

reclamaciones de los educadores por mejores salarios o la huelga hospitalaria que duró medio año en 2006. Respecto a esta última, todavía no se conocen las consecuencias y el verdadero impacto que esa huelga tuvo sobre los indicadores de salud, pero, los cálculos son alarmantes.

En la actualidad las alianzas, el diálogo y el consenso garantizan la paz social, la estabilidad y la seguridad ciudadana pilares fundamentales para el desarrollo socio económico de la nación.

3.3.16 La Determinación Social de la Salud un enfoque revolucionario y alternativo en Nicaragua

Para (Morales, et al., 2013) desde el Siglo XVII en Europa y para el Siglo XVIII en el ámbito latinoamericano, la comprensión social de la salud ha estado presente en los estudios sanitarios. Pero es hasta el Siglo XIX cuando los vínculos entre la Salud y la Sociedad se hicieron más notorios debido al despliegue de la revolución industrial, al crecimiento de las clases trabajadoras donde la Salud como fenómeno se analizó con mayor interés, no sólo cobró importancia la Medicina Social, sino que se generaron diferentes perspectivas para distinguir el contexto social e histórico que da origen a los distintos enfoques sociales de la Salud.

Para (Morales, et al., 2013) fue en América Latina donde se incubaron las condiciones que dieron nacimiento a la Epidemiología Moderna Crítica más avanzada, donde se crearon condiciones para que varios núcleos de la Medicina Social de nuestra región se enfocaran en la relación entre el orden social capitalista y la salud, suceso que se dio a inicios del Siglo XX.

Sus diferencias no son solamente conceptuales, sino ético-políticas, por lo que hace que actúen en ámbitos desiguales, explicaciones distintas, accionar divergente para comprender la causalidad del proceso Salud-Enfermedad, siendo la Medicina Social quien integra a la persona, familia y comunidad como un todo.

Según (Morales, et al., 2013) el propósito de esta revisión es establecer un paralelismo entre dos enfoques: Los Determinantes Sociales de la Salud que entienden a la sociedad en su realidad poblacional como SUMATORIA DE INDIVIDUOS y La Determinación Social de la Salud que asume la SOCIEDAD como totalidad irreductible a la dinámica individual, evidenciando además la forma en que estos enfoques se encuentran inmersos en nuestro Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Nicaragüense (MOSAF). A continuación, se presenta el paralelismo entre los Determinantes de la Salud (DSS-a) y la Determinación Social de la Salud (DSS-b).

Diferencias conceptuales e Implicaciones Praxiológicas entre Determinantes Sociales de la Salud y la Determinación Social de la Salud.

	<u>Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a)</u>	<u>Determinación Social de la Salud (DSS-b)</u>
Enfoque	Derivado del saber epidemiológico clásico convertido en EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL ANGLOSAJONA	Ejercido como propuesta alternativa a la Epidemiología Clásica devenida en LA MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANA
Contraste	Entienden a la sociedad en su realidad poblacional como SUMATORIA DE INDIVIDUOS . Sostiene una perspectiva funcionalista de la sociedad, con privilegio de la idea de homeostasis como pauta y de cualquier alteración como desviación.	Asume la SOCIEDAD como totalidad irreductible a la dinámica individual . Sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social mediante procesos de producción y reproducción social.
	<u>Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a)</u>	<u>Determinación Social de la Salud (DSS-b)</u>
	Ven lo subjetivo referido al individuo y separado de lo Objetivo y de lo social que lo contiene (Condiciones de Vida se entiendan como factores de riesgo sin historia , cuya relación está dada por la probabilidad , en un lugar y tiempo determinado)	Identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los Procesos de Salud y Enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades

<u>Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a)</u>	<u>Determinación Social de la Salud (DSS-b)</u>
<p>Definen la estratificación social con base en los contextos sociales los cuales determinan la salud por las diferencias de educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos.</p>	<p>No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del Proceso Salud Enfermedad en lo singular, particular y general.</p>
<p>Los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y Vulnerabilidad diferenciales de los individuos</p>	<p>Los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social.</p>

<u>Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a)</u>	<u>Determinación Social de la Salud (DSS-b)</u>
<p>Entienden que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad.</p>	<p>Releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la Determinación Social de los procesos Salud-Enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia.</p>
<p>Buscan evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable. Ambas propiedades individuales son asignadas al sujeto, aunque se señalen factores estructurales que funcionan como determinantes de dicha exposición. De allí que la intervención del Estado sea sobre cada actor responsable de la cadena causal. La estrategia es la coordinación de actores para afrontar la corresponsabilidad del fenómeno mórbido.</p>	<p>Reconoce el fuerte vínculo de la ciencia y la política, y establece como propósito central de la investigación y de la acción, la transformación social.</p>

	<u>Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a)</u>	<u>Determinación Social de la Salud (DSS-b)</u>
Implicación Praxiológica	Confieren mayor potencial de cambio a las acciones estatales orientadas a fortalecer las políticas y programas sociales, los acuerdos económicos y la gestión política, sin cuestionar las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista .	Otorga peso a los cambios en la correlación de fuerzas sociales y a la transformación de la calidad de vida con base en la contra-hegemonía de las clases subordinadas frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes.
	Se inscriben en la noción liberal de justicia , según la cual se acepta como justo la acción individual moralizante que conlleva castigo sobre los enfermos.	En cambio, la inequidad social es entendida como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación. Dichas relaciones enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de “triple inequidad” conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social. Dicha matriz se articula a las formas de producción capitalista y produce inequidades sociales e inequidades en Salud.

<u>Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a)</u>	<u>Determinación Social de la Salud (DSS-b)</u>
<p>La Política de Salud desde esta noción, propende por el logro de igualdad mediante acciones de justicia distributiva con subsidios cruzados, beneficencia y cooperación. Para los enfermos esto conlleva un grado de vulnerabilidad o victimización para acceder a este tipo de política.</p>	<p>Al ser la inequidad producto de la desigualdad en las relaciones de poder, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global. Por ello, la participación política de los sujetos en las relaciones de poder es esencial para identificar los procesos de transformación social y para construir efectivos procesos de emancipación.</p>

3.3.17 ¿Se aplica el enfoque de la Determinación Social de la Salud en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua?

En el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua, se enfoca en la Familia y Comunidad como un todo, abordando el proceso Salud-Enfermedad desde un punto de vista holístico, que realiza acciones integrales de promoción y prevención de la Salud, actuando más allá de lo biológico sin descuidar la curación y la rehabilitación; reivindicando el derecho a la salud de todos los y las nicaragüenses sin distinción en todos los rincones del país. Podemos decir categóricamente que el MOSAFC adopta el enfoque de la Determinación Social de la Salud, al desarrollar acciones interinstitucionales e intersectoriales dirigidas a la familia, comunidad y entorno.

El Modelo constituye una ruta para lograr la equidad, igualdad, justicia social y universalidad de los Servicios de Salud, garantizando el acceso gratuito a estos y reduciendo las brechas en atención a los grupos excluidos socialmente, respondiendo a las necesidades y expectativas de la población, con el fin de que obtengan una Salud Integral de Calidad con eficacia, Eficiencia y Respeto. Dando salida de esta manera a las Políticas Nacionales de Salud del Buen Gobierno presidido por el Comandante Daniel Ortega y la Compañera Rosario Murillo, Secretaria del Consejo de Comunicación y Ciudadanía.

Su enfoque está dirigido a la Salud Colectiva en su totalidad, reconoce e identifica los Determinantes sociales de la Salud, pero subordinado a la Determinación Social de la Salud como enfoques que se complementan recíprocamente, para que nosotros desde los servicios incidamos en las políticas nacionales de Salud.

El Gobierno de Nicaragua está trabajando progresivamente en la transformación de los modos de vida, impulsando el protagonismo ciudadano a través de programas socio- productivos, préstamos solidarios, etc. Con el objetivo de que la población lidere su propio futuro económico y que exista una estructura organizativa, donde se pueda integrar a trabajar, que permita cambios sustanciales en la vida de la gente y en la forma de hacer política desde las instituciones, al mismo tiempo que se pueda convertir en espacios de ruptura de paradigmas que permitan abrir otros procesos de transformación que nos lleven hacia un rumbo de integración e inclusión social de nuestro proyecto revolucionario.

Para el objetivo 2: Examinar los cambios institucionales de carácter organizativo del proceso de transformación del Modelo de Atención de Salud en Nicaragua:

A inicios del Siglo XX en Nicaragua la atención en salud era garantizada por médicos de cabecera en las principales áreas urbanas. Los hospitales eran centros de atención a indigentes, regentados por órdenes religiosas principalmente monjas y con el apoyo filantrópico de personas pudientes de la sociedad y la colaboración profesional desinteresada de los médicos locales.

Para (Nicaragua, 1890) las acciones de salud pública, fundamentalmente dirigidas a la higiene comunal eran regidas por el Reglamento de Policía de la República de Nicaragua decretado por el poder ejecutivo del 25 de Octubre de 1880 y mandado a redactar por el señor presidente general Joaquín Zavala, el que luego sufrió modificaciones en Mayo de 1938. En esa época grandes grupos de población eran atendidos por agentes tradicionales como parteras, curanderos y brujos.

La Reforma al Sector de Salud, iniciada con la Ley Creadora de los Ministerios de Estado en Noviembre de 1948 (Ministerio de Salubridad Pública) organizaba, planificaba y proyectaba a través de planes Nacionales de Atención en salud a la población y continuada en 1955 con la aprobación de la Ley de Seguridad Social, con lo cual se organizó a las instituciones del Sector Salud según las características de las poblaciones y el tipo de atención a ofrecer, otorgándole al Ministerio de Salubridad la responsabilidad de los aspectos de Salud Pública e Higiene; al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social le correspondió la atención tanto ambulatoria como hospitalaria para los trabajadores afiliados al mismo y para sus beneficiarios. (Nicaragua, 1948. Ley Creadora de los Ministerios de Estado y otras dependencias del Poder Ejecutivo, Decreto No. 106, Aprobado el 29 de Octubre de 1948, Publicado en La Gaceta No. 249 del 13 de Noviembre de ese mismo año).

Las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) que funcionaban en cada departamento del país, eran regentadas por una junta de notables y administraba los establecimientos de salud por órdenes religiosas, disponían “servicios de pensionado”. Los servicios de pensionado consistían en la disposición de servicios de camas en hospitales públicos con condiciones de confort diferentes, que incluían los cuidados de enfermería y servicios de diagnóstico y tratamiento (laboratorio clínico, rayos X, quirófanos, farmacia y otros) a personas que podían pagar dichas comodidades. Por lo general estos servicios no incluían los honorarios médicos que eran acordados por el paciente en forma bilateral para las personas con disponibilidad a pagar por su utilización, aunque continúan con la atención a indigentes.

Según la Ley Reguladora de la Junta Nacional de Asistencia Social y Organismos Dependientes, Título I Organización, Capítulo I, Artículo 2, La Junta Nacional de Asistencia Social (JNAS) ejercerá vigilancia sobre el funcionamiento y actividades

de todas las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) del país, así como también sobre el funcionamiento y actividades de todos los centros o establecimientos que hayan sido creados o que en el futuro se establecieren, con el propósito de prestar servicios cuya naturaleza corresponda a la Asistencia Social. Tratándose de centros o establecimientos privados, que presten servicios de Asistencia Social, o de aquellos cuya fundación o mantenimiento se haya requerido o se requiera suscripción pública o a los cuales se les hubiese otorgado personería jurídica, la Junta Nacional de Asistencia Social a fin de asegurar el buen manejo e inversión de los fondos de dichos centros o establecimientos, podrá también ordenar cuando lo estimare conveniente, que se haga una auditoria de su contabilidad por medio de Contadores de la Contraloría Especial de Asistencia Social, todo sin perjuicio de las facultades que por su ley propia corresponden a dicha Contraloría Especial de Asistencia Social.

Según el Artículo 5 de esta misma Ley, las Juntas Locales de Asistencia Social en aquellas ciudades en donde ya estuvieren establecidas actualmente, o en las que en el futuro se establecieren, son las únicas entidades que deben tener a su cargo la dirección inmediata de todos los Centros de Asistencia Social de cualquier clase que se encontraren dentro de su comprensión jurisdiccional, siempre que para su mantenimiento u operaciones se hiciera uso de fondos provenientes del cobro de impuestos creados o establecidos mediante leyes generales o locales.

Con base en el Título II, Capítulo I, Artículo 6, La Junta Nacional de Asistencia Social estará integrada por cinco miembros, así: por el Ministro de la Gobernación y el Arzobispo de Managua como Presidente y Vice-Presidente ex–oficio, respectivamente, y de tres Miembros más con funciones de Vocales, nombrados por el Presidente de la República, de los cuales uno pertenecerá al partido de la minoría. La medicina privada continuó con su práctica liberal. (Nicaragua, 1955. Normas Jurídicas, Ley Reguladora de la Junta Nacional de Asistencia Social y Organismos Dependientes, Decreto No. 5, Aprobado el 12 de Abril de 1955, Pública do en La Gaceta No. 81 del 15 de Abril de ese mismo año).

En los años 60 y 70 los programas gubernamentales de salud eran sumamente limitados y generalmente no llegaban a las comunidades marginadas y rurales. Los Ministerios de Salud no alcanzaban llegar más allá de las ciudades capitales y las algunas veces a las cabeceras departamentales o provinciales. El cuidado de la salud fue concebido como dominio de los médicos, con la asistencia de las enfermeras y se llevaba a cabo dentro de clínicas y hospitales, algunas eran estatales, otros privados.

Los Ministerios de Salud se preocupaban de ciertas enfermedades de interés epidemiológico como la tuberculosis o algunas enfermedades transmisibles. En

algunos países los ministerios eran financiados parcialmente por programas de control de la natalidad.

La atención a la salud estaba fragmentada, compartida entre muchas diferentes entidades del estado, tanto nacionales como departamentales y locales, como el Ministerio de Salud y programas de Seguro Social. Por ejemplo, en Nicaragua antes de la Revolución Popular Sandinista existían 27 diferentes institucionales estatales con responsabilidad para ciertos aspectos de la salud pública sin ninguna coordinación entre ellos.

En el ámbito de las comunidades también había atención, aunque escasamente reconocida por los profesionales de la salud y los Ministerios. Existían en las comunidades las comadronas, curanderas y curanderos con sus prácticas de la medicina tradicional basada en las plantas, y dependiendo de su propia cosmovisión, ya fuese esta indígena, campesina o religiosa.

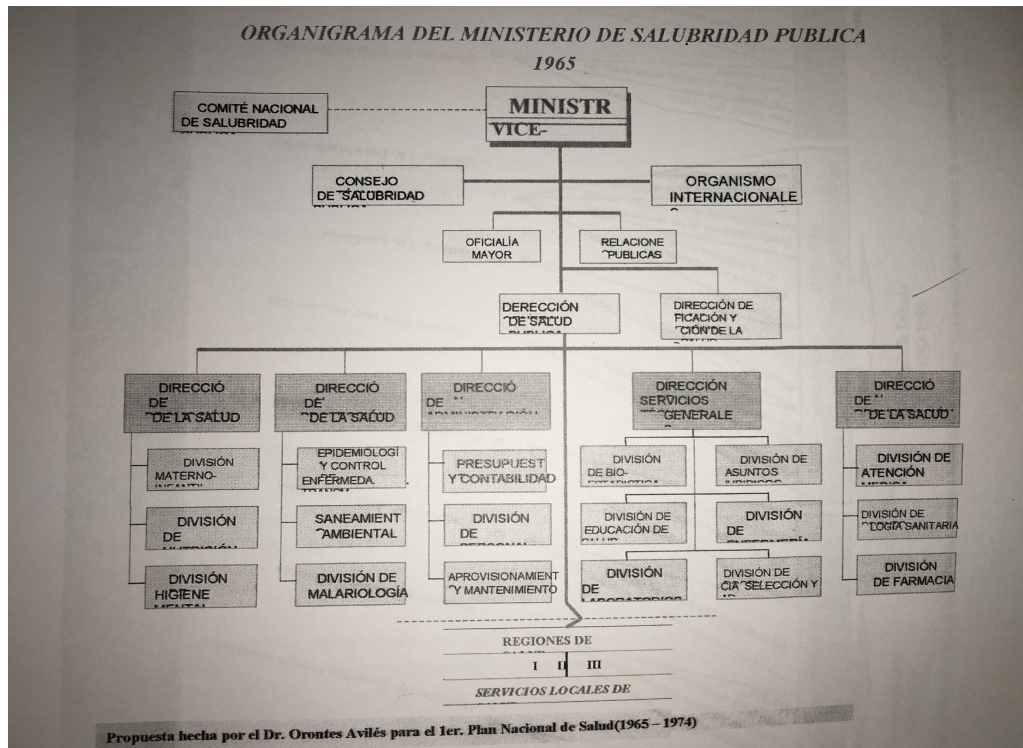
A continuación, se presenta la estructura organizativa que tenía el MINSA en 1963 y 1965, para brindar la atención a la población. Nótese cambios importantes en el organigrama de 1965.

Figura 12. Organización Ministerio de Salud de Nicaragua, 1963



Fuente: La Sostenibilidad del Sistema de Salud Nicaragüense, Tesis Doctorado en Ciencias Sociales, Msc. Ana María Sánchez Barquero, Oct. 2002.

Figura 13. Organización del Ministerio de Salud de Nicaragua, 1965



Fuente: La Sostenibilidad del Sistema de Salud Nicaragüense, Tesis Doctorado en Ciencias Sociales, Msc. Ana María Sánchez Barquero, Oct. 2002.

En 1968, mediante las Normas Jurídicas del Reglamento General de Hospitales de la República de Nicaragua, No.4, Aprobado el 15 de Julio de 1968, Publicado en La Gaceta No. 183, 184, 185 del 13, 14, 15 de Agosto de 1968, según el Artículo 1 se aprueba y adopta como del Poder Ejecutivo, el Decreto No. 127 del Consejo Directivo de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, el Reglamento General de Hospitales de la República de Nicaragua. (Nicaragua, 1968)

La señora Hope Portocarrero DeBayle, de origen Estadounidense fue la esposa y prima dama del General Anastasio Somoza DeBayle y madre de Anastasio Somoza Portocarrero (alias el chigüín). Como primera dama y Presidenta de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social de Nicaragua, fue la que controló todos los hospitales del país y sus suministros de equipos y medicamentos.

Según (CISAS, 2008) en los años 70 varios programas integrales de salud comunitaria en Centroamérica fueron evaluados por personal de la Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias.

Los resultados fueron compartidos con autoridades y oficiales de salud a nivel mundial y en particular con el Director de la Organización Mundial de Salud, Dr. Halfdan Mahler. Él mismo asevera que el éxito de estos esfuerzos le inspiró a promulgar la Declaración de Alma Ata y promover la estrategia de APS en 1978.

En la década de los 70 al 79 el MINSA presenta su primer Plan Nacional de Salud el que estuvo orientado a la Organización del Sistema de Salud por Niveles:

Para (Sánchez, 2002) el Nivel A: Nivel Central o nacional que lo conformaba el Comité Nacional de Salubridad Pública, Consejo Técnico de Salubridad Pública, 6 Direcciones entre ellas Planificación y Evaluación y 18 Departamentos.

Para (Sánchez, 2002) el Nivel B, Nivel Regional o Departamental, estaba conformado por los Departamentos organizados por Regiones: la Región 1: Carazo Chontales, Boaco, Granada, Managua, Masaya, Rivas, Rio San Juna y Zelaya. Región 2. Chinandega y León y la Región 3. Estelí, Jinotega, Nueva Segovia, Madriz y Matagalpa.

Según (Sánchez, 2002) el Nivel C, lo conformaban las estructuras basales ejecutivas del Ministerio de Salubridad pública que eran encargadas de las acciones de promoción, promoción, protección y recuperación de salud en cada una de sus áreas de influencia.

Un hecho relevante e inolvidable en la vida nacional y que altero la organización y funcionamiento del Ministerio de Salud aconteció en Diciembre de 1972 cuando Managua sufrió un terremoto, con un sismo de magnitud 6.2 en la escala Richter que causó su destrucción total a las 00:35 a. m. hora local (06:35 UTC) del sábado 23 de diciembre de 1972 (en vísperas de la Navidad). Duró 30 segundos, seguido por dos réplicas de magnitud 5.0 y 5.2 a la 01:18 y 01:20 a. m. (07:18 y 07:20 UTC), respectivamente, casi una hora después del primer temblor, con epicentro dentro del Lago Xolotlán 2 kilómetros al noreste de la Planta Eléctrica Managua en la falla de Tiscapa¹, destruyendo el centro de la ciudad causando cerca de 19,320 muertos y 20,000 heridos, aunque no se sabe el número exacto de fallecidos debido a que hubo cadáveres que nunca fueron sacados de los escombros por los rescatistas nacionales y extranjeros y que al descomponerse causaron un fuerte hedor durante casi 5 meses hasta la llegada de la estación lluviosa en Mayo de 1973.

Según la Estrella de Nicaragua, edición 274, 16-31 de diciembre de 2003 el desastre causó más muertos debido a que la mayoría de las casas de taquezal que se cayeron ya habían sido dañadas por el terremoto del 31 de Marzo de 1931, y no fueron reparadas apropiadamente, aunque hubo casas modernas de taquezal que soportaron el temblor.

Los daños materiales fueron cuantiosos: el 90 por ciento de las casas, en el radio central, se derrumbaron y las que quedaron en pie estaban dañadas severamente, al punto de reconocerse como inservibles, o simplemente resistieron el sismo sin mayores daños. Más de 600 manzanas quedaron destruidas por el sismo; unas 50.000 construcciones quedaron en escombros y más de 280.000 personas quedaron sin hogar. El 75 por ciento de las viviendas y edificios del centro se derrumbaron total o parcialmente.

El 95% de la pequeña industria desapareció; el 75 por ciento de la infraestructura urbana desapareció, el 90 por ciento del comercio sucumbió al terremoto y los incendios que duraron las dos semanas siguientes, el 40 por ciento de las fuentes de ingreso fiscales desapareció. Los servicios públicos de agua potable, energía eléctrica, telecomunicaciones y alcantarillado quedaron cortados por los movimientos tectónicos. En la ciudad de Managua cayeron destruidos todos los hospitales públicos y privados; los hospitales del Seguro Social, frente al costado norte del parque 11 de Julio en la calle de este nombre, El Retiro (que estaba en la pista Benjamín Zeledón, de la actual rotonda El Güegüense 100 metros al este) y el Bautista (el único hospital privado del país en esa época y que fue fundado por la Iglesia Bautista en 1936) se derrumbaron o quedaron dañados severamente.

Sólo el Hospital Militar, inaugurado por el presidente Anastasio Somoza García el 1 de febrero de 1956, quedó en pie y fue reparado posteriormente; el Hospital Vélez Paiz situado en el kilómetro 5 y $\frac{1}{2}$ de la Carretera Sur (en las afueras de la ciudad) resistió los temblores, fue reparado posteriormente y hoy es un hospital materno-infantil (Nicaragua, 1976. Documental Terremoto de Managua. El Reasentamiento de un pueblo).

Los rescatistas de la Cruz Roja Nicaragüense hicieron el rescate de personas atrapadas en los escombros, junto con los vecinos (entre ellos el Dr. Pedro Joaquín Chamorro) desde esa madrugada a pesar de que el local de la Cruz Roja, frente al actual Ministerio del Trabajo, se desplomó aplastando las ambulancias.

Inmediatamente después de la catástrofe se organizó a nivel gubernamental el Comité Nacional de Emergencia y sus primeras medidas fueron las de disponer de muertos y heridos. Fosas comunes se cavaron en el Cementerio General u Occidental y cerca del Estadio Nacional para sepultar a más de mil cadáveres; otros fueron incinerados en el lugar donde cayeron, a los muertos se los recogía en las calles y los llevaban en camiones volquete al mencionado lugar para volcarlos en ambas fosas comunes. Con los hospitales y clínicas destruidas se recurrió a dar asistencia médica en casas de campaña a los damnificados, mientras las primeras ayudas en este sentido procedían del exterior.

En este difícil contexto nacional, el primer país amigo, solidario que tiende la mano con su ayuda médica es la hermana República de Cuba.

Muchos años transcurrieron para tratar de reconstruir el viejo centro de Managua. Sin embargo, por las múltiples fallas geológicas que atraviesan la capital y por el robo descarado de la ayuda por parte de la dictadura de Somoza este sueño no fue posible.

Inclusive en la insurrección de 1979 la capital fue bombardeada para aniquilar a la guerrilla sandinista que decidida y vigorosamente avanzaba hacia la victoria final. Ya con la Revolución en su primera y segunda etapa (1979-1990 y 2007 hasta la actualidad es que se hace un grandioso y encomiable intento por conformar un nuevo centro en la capital y construir centros recreativos y edificios de instituciones de gobierno en el viejo centro de Managua, lo que ha traído consigo el embellecimiento con áreas verdes y de distracción que ha provocado convertirla en una ciudad turística y con mucha recreación.

En el curso de la historia, uno de los últimos acontecimientos sociales trascendentales en Nicaragua a finales del Siglo XX y que provocó profundas transformaciones socioeconómicas ha sido la Revolución Popular Sandinista encabezada por el Frente Sandinista de Liberación Nacional que conquistó el poder político de manos de la dictadura militar Somocista y estableció una nueva etapa en el desarrollo humano de la sociedad nicaragüense con sus consecuentes cambios socio-económicos, jurídicos, políticos y estructurales que hasta hoy se preservan y que hacen que los ciudadanos Nicaragüenses, gocen de libertad, paz, esperanza y bienestar.

A partir del 19 de Julio de 1979 producto de la situación deplorable encontrada especialmente en el estado de salud de la población, los elevados niveles de desnutrición, corrupción gubernamental y pobreza, es que se inicia un proceso de transformación económica, social, institucional y jurídica generada por la Revolución Popular Sandinista, cumpliéndose así el pensamiento del comandante de la Revolución y Fundador del FSLN Carlos Fonseca Amador “El Frente Sandinista, a la cabeza de las masas populares de Nicaragua, se sacrifica, no por alcanzar una mezquina migaja para el pueblo, sino por lograr una radical transformación social y nacional”

En este marco el Gobierno de Reconstrucción Nacional creó por Ley el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS), Decreto Presidencial N° 35 del 8 de Agosto de 1979, que unificó bajo la administración del Ministerio de Salud, basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud a todos los establecimientos prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, incluyendo los servicios del

INSS los cuales pasaron a ser parte del SNUS, generándose así la Segunda Reforma Sanitaria en Nicaragua (Nicaragua, Sistema Nacional Único de Salud (SNUS), Decreto Presidencial N° 35 del 8 de Agosto de 1979).

La creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) con predominio de financiamiento público, acceso y cobertura universal y medicamentos gratuitos, representó el primer cambio estructural revolucionario en salud

Es oportuno destacar que la inspiración de todos los cambios revolucionarios en Nicaragua, se fundamentaron en el Programa Histórico del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) conocido como la Herencia Programática de Sandino, presentado al pueblo nicaragüense en el año de 1969, en el cual se destacan sus principales compromisos:

- Extenderá la atención a la seguridad social de todos los obreros y empleados públicos del país. La atención incluirá los casos de enfermedades, incapacidad física y jubilación;
- Prestará asistencia médica gratuita a toda la población. Instalará clínicas y hospitales en todo territorio nacional;
- Empezará campañas masivas para erradicar las enfermedades endémicas y prevenir las epidémicas;
- Realizará la Reforma Urbana, que entregará a cada familia una vivienda adecuada, pondrá fin a la usurera especulación del espacio urbano (lotificación, urbanización, casas de alquiler.) que explota la necesidad de las familias trabajadoras de la ciudad a disponer de un techo adecuado para vivir;
- Iniciaré y desarrollaré la construcción de viviendas adecuadas para la población campesina;
- Reducirá las tarifas por concepto de agua, luz, alcantarillado, ornato; aplicará programas para extender todos estos servicios a la totalidad de la población urbana y rural;
- Fomentará la práctica de los deportes en todas las clases y categorías;

- Eliminará la humillante mendicidad, poniendo en práctica las medidas antes mencionadas; y
- De manera particular y en relación al campo de la salud el FSLN contempla como aspecto fundamental el mejoramiento de la salud del pueblo nicaragüense, ante el descuido y agresión perpetrada durante décadas por la oprobiosa dictadura militar somocista que desconoció los derechos sociales, políticos y económicos de la ciudadanía nicaragüense al negarse a firmar y reconocer el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ambos aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, los que también fueron aprobados y adheridos por Decreto del Gobierno de Reconstrucción Nacional No. 255, publicado en la Gaceta No. 25 del 30 de Enero 1980.

Con el desarrollo del SNUS se incorporó de manera activa la participación de la comunidad en las acciones de salud, lo que se materializó en el desarrollo local de redes de voluntarios, consejos populares de salud, alrededor de la red de servicios y del Consejo Nacional de Salud, fortaleciendo los mecanismos locales para la solución de problemas de salud con la participación activa de la población.

Según (MINSAL, 1981) el Ministerio de Salud de esta forma se convirtió en el prestador exclusivo de servicios de salud para toda la población, impulsó un proceso de extensión de cobertura en todo el país, fundamentalmente en cuanto a servicios de primer nivel de atención a la luz de la recién adoptada meta “Salud Para Todos en el año 2000” y de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Para (MINSAL, 2007) en 1987 como consecuencia del deterioro de la economía del país, producto del bloqueo económico y la guerra de agresión, que afectó la capacidad de oferta de los servicios de salud, se diseñaron en el Ministerio de Salud una serie de iniciativas que permitieron reestructurar el SNUS (municipalización de los servicios de salud, Descentralización, etc.) las que se plasmaron en el Plan de Salud 1988-1990.

Con los cambios políticos adversos al FSLN ocurridos en 1990 con el triunfo de la Unión Nacional Opositora (UNO) con su presidenta la Señora Violeta Barrios de Chamorro (período 1990 a 1996) se introdujeron elementos para realizar la tercera generación de reformas en salud en Nicaragua, con lo cual se devuelve al INSS la responsabilidad de atención a los asegurados; se establece que las responsabilidades del MINSAL son las acciones de salud pública y la atención de la población no asegurada, se abrió nuevamente el espacio en los establecimientos públicos para la oferta de los servicios privados (Servicios Diferenciados); se

trasladó la formación técnica de recursos humanos a entidades formadoras públicas, privadas, y se procedió a un ajuste organizativo de los servicios públicos del MINSA; creándose los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), mediante Resolución Ministerial 106, publicada en 1992, donde el Ministerio de Salud de Nicaragua consideró que la red de servicios de salud en el país demandaba un reordenamiento en armonía y coherencia con la organización de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud para otorgar mayor racionalidad en el uso de los Recursos disponibles a fin de elevar los niveles de eficiencia, eficacia y equidad para contribuir en mejor medida a la elevación continua del estado de salud de la población.

En el caso del MINSA, la reforma no tuvo incidencia en las funciones sistémicas, sin embargo, los SILAIS facilitaron el avance en los procesos de desconcentración de la autoridad para organizar los servicios de salud, así como el desarrollo de la programación local con el fin de hacer uso eficiente de los recursos asignados, aumentar la participación social en los problemas de salud e impulsar la formación permanente de los recursos humanos.

Para (MINSA, 1995) entre 1993 y 1996 el MINSA concentra su atención en el desarrollo de un Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez en la búsqueda de nuevas alternativas de financiamiento y la apertura de nuevos espacios de democratización de la gestión, dirigido a: (i) romper el verticalismos y programas parcelados; (ii) reducir oportunidades perdidas; (iii) aumentar las coberturas de atención; (iv) optimizar los recursos humanos, materiales y financieros; (v) fortalecer los procesos de modernización del estado; (vi) introducir nuevos enfoques de atención a grupos priorizados; y (vii) facilitar la participación activa de la comunidad. Ministerio de Salud.

Para (MINSA, 2000) en las valoraciones hechas al desarrollo de este Modelo se señalan que no se logró la integralidad y que se mantuvieron los programas verticales y paralelos con una insuficiente coordinación ínter Programática. La necesidad de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, enfrentar los cambios demográficos, contener los problemas epidemiológicos, incrementar la demanda y disminuir las presiones operacionales y así mejorar la eficiencia de la gestión y la efectividad de las acciones en salud, se formulan a finales de los años 90's con las Políticas Nacionales de Salud, cuyos ejes centrales fueron: La Modernización del Sector Salud, el Fortalecimiento del MINSA, el Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, Las Nuevas Estrategias de Salud Pública y las Reformas de la Seguridad Social.

Para (Briceño, 2004) en el período 1997-2002, periodo en el que gobernó el Dr. Arnoldo Alemán Lacayo, el MINSA estableció 5 Políticas de Salud, cuyo énfasis

estaba en la No. 3 Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, evidenciándose así el enfoque curativo que imperaba en esa época y reflejado en la asignación presupuestaria que tenían los hospitales. Asimismo, en el nivel central existía una Superintendencia de Hospitales que no tenía subordinación alguna con los directores de SILAIS.

Desde el punto de vista jerárquico se impulsaba la Autonomía Hospitalaria. Desde el punto de vista de la gerencia existían los Convenio de Gestión con los hospitales en la búsqueda vincular la asignación presupuestaria a los indicadores de productividad, calidad y eficiencia.

Para (MINSA, 2004) en este contexto los hospitales públicos participaban en el mercado privado de servicios de salud, La red de establecimientos de salud incluidos los hospitales para la atención a los pacientes ofertaban una canasta Básica de Servicios de Salud donde estaban excluidos las atenciones de alta complejidad por el alto costo. De acuerdo a los Estudios de Cuentas Nacionales, la situación del financiamiento de salud presenta una tendencia hacia una mayor participación del gasto del sector privado, constituido en su mayoría por el gasto de bolsillo de los nicaragüenses de 52.7% En 1998 a 63.2% en el 2002.

Aportes importantes en esta etapa de reforma sanitaria se han logrado en el marco de la modernización sectorial con la elaboración, aprobación y promulgación de la Ley General de Salud, Ley 423 y su Reglamento, en Mayo del 2002 a través de la Gaceta N°. 91 Diario Oficial, contando así por primera vez en la historia de Nicaragua con el instrumento jurídico fundamental para garantizar la equidad y la seguridad en materia de salud.

Los arreglos institucionales desarrollados en los 16 años de gobiernos de derecha tuvieron como marco de referencia la incorporación de políticas neoliberales en la economía nacional, con ajustes importantes en materia institucional del Estado (reducción en el número de sus instituciones, programa de compactación laboral, congelamiento salarial, transferencia de muchas funciones al ámbito privado) aunado al limitado crecimiento económico y proceso de concentración de la riqueza en unas pocas familias, conduciendo al país a un escenario social donde la pobreza, la extrema pobreza y la exclusión social determinaban la demanda en los servicios básicos y particularmente los de salud.

Los esfuerzos en impulsar estrategias para garantizar el acceso y mejorar el financiamiento de la atención a los grupos poblacionales, sobre todo aquellos que viven en sitios alejados de los establecimientos de salud y en condiciones de extrema y alta pobreza, no lograron alcanzar los objetivos institucionales, los que estaban comprometidos a políticas macroeconómicas dedicadas al incremento de

la racionalidad económica y productiva del sistema, descuidando los elementos sustantivos del desempeño del Sistema de Salud que permitieran atender la dimensión y dinámica de los problemas de salud.

La creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) en 1979 fue producto del triunfo revolucionario del FSLN, mismo que generó una serie de procesos dinámicos nunca antes visto en la historia nacional ni en el Sistema Nacional de Salud, entre los que se pueden mencionar:

1.- Desarrollo de los procesos de participación popular en salud, en el cuidado de la propia salud y en la gestión del sistema.

2.- Desarrollo de la Planificación Normativa basada en las necesidades de salud de la población como criterio central, que guiaba a la consecución de recursos nacionales y de la solidaridad de los pueblos para satisfacer dichas necesidades.

3.- Extensión de la cobertura de los servicios de salud a todos los rincones del país con el consecuente incremento de la cantidad de servicios brindados en forma gratuita a la población.

4.- Adquisición de insumos médicos de calidad para toda la población, pasando por un proceso de reactivación y otorgamiento de privilegios a la Industria Farmacéutica Nacional, acompañado de un vigoroso impulso al rescate de la medicina tradicional, formación de recursos humanos para la salud en todos los niveles educativos.

5.- Otorgamiento de becas para el perfeccionamiento de diferentes profesionales de la salud en el extranjero para estudiar especialidades y subespecialidades deficitarias o inexistentes en el país. Paralelamente se fomentó el desarrollo científico-técnico a través de la investigación.

6.- Construcción y equipamiento de nuevos establecimientos de salud e inversiones capitalizables en establecimientos existentes; el estímulo a la creatividad con el desarrollo del movimiento de innovadores para dar respuesta a las crecientes necesidades de mantenimiento de los equipos e infraestructura de las unidades de salud.

7.- Se desarrolló la organización y gestión científica, con la capacitación gerencial de los equipos de dirección en todos los niveles de gestión del sistema y un proceso de formación de cuadros en las diferentes ramas de la salud pública, en el país y en el extranjero. Muchos de estos procesos fueron hechos realidad gracias al apoyo de los pueblos y gobiernos del campo socialista, destacando el ejemplo de solidaridad y hermandad del pueblo y gobierno cubano.

Para (Barreto, 2007) durante este período (1979-1990) se alcanzaron significativos logros en el estado de salud de la población nicaragüense, tales como la reducción de la mortalidad materna e infantil, la eliminación de la poliomielitis, el control de la tos ferina (tos chifladora) y el sarampión.

Según (INEC, 2001) además, se incrementó la esperanza de vida al nacer de las mujeres nicaragüenses de 60 años a 65.5 años, en 1990-1995: 68.70 años, 1995/2000: 70.36, 2000/2005: 74.37, 2005/2010: 76.02, 2010/2015/: 77.66 y en los hombres, producto de la guerra de agresión, el incremento fue de tan sólo 4 años de vida, pasando de 56 años a 59 años, 1990/1995:63.53, 1995/2000:65.65, 2000/2005: 68.29, 2005/2010: 69.91, 2010/2015: 71.51

A partir del año 1990 y en los siguientes 16 años de oscuridad y atraso para las familias Nicaragüenses con las políticas neoliberales, se desmontó el Sistema Nacional Único de Salud, para dar paso a la organización del Sistema de Salud Neoliberal, influenciado por los procesos de reformas y modernización del sector salud, en el marco de las medidas de ajuste estructural impulsadas por el Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, adoptándose modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización y la promoción de la competencia entre los distintos proveedores y aseguradoras de la salud.

Para (MINSA, 1991) el Plan Maestro de Salud 1991-1996 “fue diseñado para implementar alternativas de financiamiento que permitieran disminuir la brecha entre el presupuesto deseado y real”.

Durante la presidencia del Ing. Enrique Bolaños Geyer (período 2002 al 2006) se promulgó la Ley N° 423, Ley General de Salud, con la cual se legalizó la segmentación de la población entre asegurados de la seguridad social, personas con capacidad de pago y los pobres o indigentes, todo en contraposición a los mandatos constitucionales que garantizan el derecho a la salud. La Ley, lejos de resolver problemas de regulación en el Sector, consolidó la anarquía de la desregulación.

Para materializar esta política de reducción del gasto público en salud se introdujeron, entre otras, las siguientes estrategias:

1.- Hacia un Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Reforma del Sector Salud. Declaración de Políticas, 2002.

2.- Eliminación del modelo de participación ciudadana en la gestión al organizar consejos de salud integrados por los empresarios del sector privado y sin fines de lucro.

3.- La organización institucional dio paso a formas funcionales de real conducción sectorial: las unidades coordinadoras de proyectos que defendían los intereses y la visión impuesta por organismos financieros multilaterales y agencias bilaterales de cooperación, al margen de las necesidades sanitarias de la población.

4.- La focalización de las intervenciones en poblaciones seleccionadas creando programas dirigidos a familias en pobreza extrema, como forma de captación de fondos externos, fundamentalmente préstamos que etiquetaron como “de alivio a la pobreza”.

5.- La “apertura ilimitada” a las ONG’s tanto nacionales como internacionales, supuestamente para llenar el vacío de los servicios públicos que se habían retirado de muchas zonas rurales y asentamientos urbanos; con ello cada ONG’s y cada agencia de cooperación pudo impulsar un modelo propio de atención en salud, atomizando el sistema nacional de salud.

6.- Según (MINSAL, 2011) la proliferación del comercio de medicamentos a través de la empresa privada, acompañada de la eliminación de mecanismos de protección a la industria farmacéutica nacional y la eliminación de los mecanismos de adquisición de insumos médicos de calidad a nivel internacional, favoreciendo con la Ley de Contrataciones del Estado el enriquecimiento rápido de los intermediarios locales del mercado de insumos médicos, con el encarecimiento de los mismos. En este período, los gastos de los hogares incrementaron su participación porcentual a medida que la cooperación internacional y el gasto del gobierno en salud fueron disminuyendo hasta alcanzar el 48.5% del gasto total en salud en 2006.

7.- Se instalaron servicios privados en los establecimientos del MINSAL para brindar atención diferenciada, con lo que se generaron prolongadas listas de espera, desabastecimiento de medicamentos y de materiales indispensables para la atención de “indigentes” en el área pública, en la que además se redujo el personal de salud por haberlo derivado a las áreas privadas.

8.- Igualmente, se discontinuó y redujo la formación de técnicos de la salud y médicos especialistas respectivamente. Todo esto, producto del cierre de las instituciones formadoras de técnicos de la salud, consecuencias directas de la PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD en Nicaragua durante la era tenebrosa de la historia de la Salud Pública del país y a la que el pueblo en los últimos años ha

manifestado democráticamente su voluntad de no retornar nunca más al pasado reciente.

Según (MINSA, 1991) en ese año mediante la Resolución Ministerial Número 91, Ernesto Salmerón Bermúdez, establece iniciar el proceso de reordenamiento de los Servicios de Salud con el objeto de organizar los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud y que los SILAIS deben involucrarse todos los niveles administrativos del Ministerio de Salud a través de un proceso permanente de consulta, tendiente a transformar su modelo de gestión de los servicios de salud, basado en la regionalización y la subdivisión por áreas de salud, hacia la creación de los SILAIS, cuya estructura se ajusta a la división político administrativa a nivel departamental y municipal. El SILAIS constituye una unidad intermedia entre la administración central y los establecimientos proveedores de servicios de salud. En un principio tenían la responsabilidad solamente de los Centros de Salud y los Puestos de Salud, y paulatinamente ha asumido igualmente la responsabilidad sobre las clínicas y los hospitales de su departamento.

Para (MINSA, 1995) durante los gobiernos neoliberales las primeras bases conceptuales tendientes a definir un Modelo de Atención en Nicaragua, fueron dadas en 1991 en los documentos que dan inicio a la creación de los SILAIS, posteriormente en 1993, son ratificadas con la publicación de la Serie Sistemas Locales de Salud (SILOS 1). Para esa época desafortunadamente, el sector salud sólo tenía como referentes formales respecto al modelo de atención, los desarrollados en abril de 1995, cuando se realizó una aproximación tendiente a definir un modelo.

En el periodo 1995-2006 se desarrolla el Modelo de Atención Integral a la mujer, niñez y adolescencia cuyas características fueron las siguientes:

- Énfasis en la Mujer y el Niño reforzando la concepción programática;
- Desarrollo de Instrumentos enfocados a la atención integral a la niñez y a la mujer. Tímidamente se incorporaron algunos elementos de adolescencia;
- Sin embargo, no se desarrolló en otros grupos de población, limitándose a acciones de carácter asistencial fundamentalmente. Esta propuesta tecnocrática, paulatinamente fue asumida como el modelo de atención.

Según (MINSA, 2002) en el año 2001 nuevamente se presentan lineamientos generales para construir 5 Propuestas preparadas por el programa de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Nicaragua, para ser validada por la Dirección de Primer Nivel de Atención de la Dirección General de Servicios de Salud, dirigidas a

la establecer un Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Reforma del Sector Salud.

Al igual que en el caso anterior, estos lineamientos estaban presentados desde la perspectiva de la Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia – AIMNA. Para (Valladares, 2002) de manera paralela el Instituto Nicaragüense del Seguro Social desde 1993, definió un modelo de atención, denominado “Modelo de Salud Previsional”

En la época de los gobiernos neoliberales se aprueba la Ley General de Salud No. 423 y su Reglamento. (Nicaragua, 2002. Gaceta No. 91 del 17 mayo). Dos años más tarde se aprueba el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) según Resolución Ministerial 88-2004, 12 de Mayo 2004.

A este proceso se superpuso a partir del año 2000 la introducción de los Compromisos de Gestión, que se han transformado en un instrumento clave dentro del proceso de reforma y modernización del Ministerio y de su red. En el año 2003 se logró la firma de convenios de gestión con 6 SILAIS y 8 hospitales; en el 2004 se llegó a extender el instrumento a 17 SILAIS y a todos los hospitales. A su vez, los SILAIS firmaron convenios con 45 Centros de Salud municipales en el 2003, cifra que pasó a 152 Centros de Salud en el 2004. En este último año se dio un cambio muy importante, ya que a partir de ese año los convenios con los hospitales no fueron firmados entre estos y la administración central sino entre los hospitales y los SILAIS, lo cual vino a fortalecer a los SILAIS como unidad de planificación local y a sentar mejores bases para el avance del proceso de descentralización. Adicionalmente, se vino generalizando la práctica de que los directores de los establecimientos (sobre todo en los hospitales) firmaran compromisos de gestión con las jefaturas de los diferentes servicios.

En este período (1990-2006), el FSLN, legítimo defensor de los derechos del pueblo, desde la oposición política a través de la Bancada Sandinista en la Asamblea Nacional buscó garantizar constitucionalmente el derecho de la población a la salud y a los servicios de salud, y para preservar el patrimonio del Ministerio de Salud de la indiscriminada privatización, promovió en la primera reforma constitucional de 1995, que quedara consignado en el artículo 105 lo siguiente: “Los servicios de educación, salud y seguridad social, son deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlos sin exclusiones, a mejorarlos y ampliarlos. Las instalaciones e infraestructura de dichos servicios propiedad del Estado, no pueden ser enajenadas bajo ninguna modalidad. Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil. Los servicios estatales de y educación deberán ser ampliados y fortalecidos”.

Si bien este mandato constitucional no logró impedir evasiones al mismo en cuanto al olvido del derecho a la salud de los nicaragüenses, se logró preservar la deteriorada infraestructura del MINSA como una plataforma futura del gobierno revolucionario para recuperar en corto plazo la capacidad de garantizar acceso universal de servicios de salud a toda la ciudadanía.

En el contexto de la inclusión de Nicaragua dentro de la Iniciativa para los Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC), las principales luchas sociales se dieron en el campo sindical, bajo el liderazgo del Frente Nacional de los Trabajadores (FNT), en las que la Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD) logró enfrentar tanto a los sindicatos oficialistas que buscaban entregar a los intereses neoliberales las conquistas populares en salud como al mismo gobierno, exigiéndole, además de las mejorías en el Sistema de Salud para la población, las conquistas laborales que hoy día disfrutaban los trabajadores de la salud a través de su Convenio Colectivo.

Dados los esfuerzos fallidos en la privatización de algunas empresas de utilidad pública y de instituciones que brindan servicios sociales no declaradas oficialmente pero que en la práctica se privatizaron, se proponían hacer una revisión de la metodología y ajustar su reprogramación, aunque falsamente en sus documentos oficiales de lucha contra la pobreza declaraban aspirar a una gran mejora en la cobertura, calidad e integración de los servicios de educación pública, salud, nutrición y población, principalmente en las áreas rurales. Hechos que jamás fueron realidad para la población nicaragüense.

Entre las demandas de FETSALUD ante el gobierno fue una constante la estabilidad laboral para tod@s l@s trabajador@s de la salud y con ello contener la reducción del acceso a los servicios de salud de la población por vía de la reducción de personal, la exigencia de dedicar mayores recursos presupuestarios a la compra de insumos médicos, en especial de medicamentos para su entrega gratuita a la población. En este período el FNT y FETSALUD hicieron constantemente al gobierno neoliberal ofertas de convocar a los trabajadores para elevar significativamente la calidad de la atención siempre que se les brindaran los medios mínimos indispensables para ello. El hecho de no haber sido oídos por esos gobiernos oligárquicos, significó prolongación de los sufrimientos para el pueblo nicaragüense. La Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza (ERCERP) implementada a partir del 2001, fue la medida de ajuste estructural más antipopular que sufrieron los nicaragüenses.

Las respuestas neoliberales a la justa demanda del pueblo y de los trabajadores de la salud en torno a la mejoría de la atención en salud, fue como antes se ha señalado una profundización de la segmentación de la población para ser atendida según su capacidad de pago y la fragmentación del sistema para hacerlo más ineficiente e inefectivo y de esta forma justificar y facilitar su privatización total. A muchos dirigentes sindicales les cancelaron sus contratos de trabajo o fueron trasladados a lugares recónditos del país como una forma solapada de sanción o más bien represalia política.

En Nicaragua el Sistema Nacional de Salud está compuesto por el Subsistema Público (MINSA e INSS) y el Sub Sistema Privado.

Se estima que la cobertura poblacional del Sub Sistema Público es: MINSA 73 por ciento INSS 17 por ciento y el subsistema privado 10 por ciento, este último está conformado por instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS) que le venden servicios de salud al INSS para atención de los asegurados y beneficiarios, Hospitales y Clínicas Privadas, laboratorios, farmacias, establecimientos de salud de instituciones Religiosas como CARITAS, Acción Médica Cristiana, entre otras, consultorios de ONG como IXCHEN, PROFAMILIA, PROSALUD, otros.

El MINSA como parte del Subsistema Público de Salud es el principal oferente de servicios de salud en el país a través de su red de establecimientos en los dos niveles de atención. Otra parte del Subsistema Público son los Servicios Médicos de la Policía Nacional y el Cuerpo Médico Militar del Ejército de Nicaragua cuyo accionar es principalmente curativo y prestan servicios a sus miembros activos y a sus familiares. Aunque además brindan servicios a los asegurados a través de sus Empresas Médicas Previsionales contratadas por el INSS. A continuación, se presenta una tabla con la cobertura de atención ambulatoria y hospitalaria de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Cuadro 1. Cobertura de los Sub Sistemas de Salud, 2011

Cobertura del Sistema Nacional de Salud

Sistema Nacional de Salud	Atención Ambulatoria	Atención Hospitalaria
Sub Sistema Público (Garantiza el 100% acciones de promoción y prevención a las familias nicaragüenses)		
MINSAs	62.50%	79.20%
Servicios Médicos Ejército Nacional y Policía Nacional	0.30%	0.20%
INSS	18.10%	16.10%
Sub Sistema Privado	19.10%	4.50%
Total	100%	100%

Fuente: ENDESA 2011/12

En el año 2007 con la llegada al poder político del Frente Sandinista de Liberación Nacional a través del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional presidido por el Comandante Daniel Ortega Saavedra y la Compañera Rosario Murillo Zambrana, se instruyó a la Dirección Superior del Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud que se iniciará el proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud, orientado por los lineamientos de la Política del Gobierno Revolucionario cuya visión responde a restituir el derecho constitucional de la salud de todas las familias Nicaragüenses , a través de servicios de salud gratuitos, solidario, complementario y con amplia participación activa de la población.

El proceso de transformación, dio inicio con la Resolución Ministerial N° 07-2007 del 22 de Enero de 2007 en la cual se declara la gratuidad de los servicios de salud públicos, medios diagnósticos, medicamentos y material de reposición periódica de la lista básica disponible en las unidades de salud y otros servicios que se requieren para la atención que se ofrece en tales Unidades de Salud.

Luego, se aprueba la Resolución Ministerial N° 08-2007 que prohíbe terminantemente la prestación de Servicios Diferenciados a la Población en Hospitales, Centro de Salud y Puestos de Salud del Ministerio de Salud. Es decir, el cobro directo por la atención, medicamentos y exámenes. Posteriormente, se aprueba la Resolución Ministerial N° 286-2007 con la cual se da la Creación de la Clínica Médica Previsional del Ministerio de Salud, llamada CMP-MINSAs para atender a los trabajadores asegurados y sus beneficiarios.

Paralelamente, a estas disposiciones legales, se continúa en Febrero 2007 con la evaluación de los avances en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) donde se refleja que ha tenido diferentes alcances en 9 de los 17

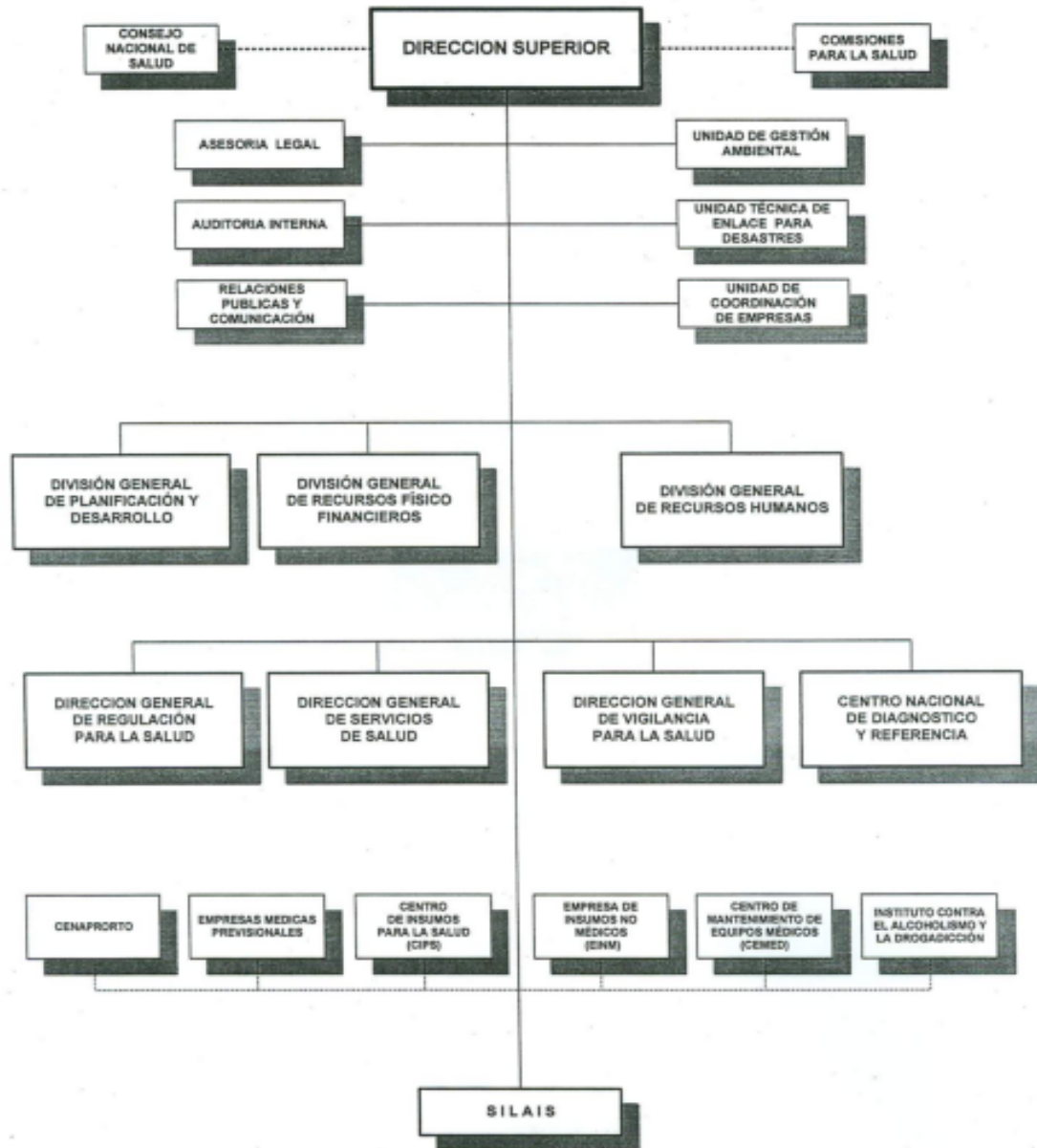
SILAIS existentes, debido a particularidades propias de cada uno de ellos, referidas a sus diferentes capacidades de conducción y organización, actitud de los recursos, liderazgo individual, apoyo sindical, niveles de participación social, apoyo técnico de las Agencias Internacionales y Proyectos, entre otros.

Con dichos resultados se llega a la conclusión y decisión inmediata de que este modelo debe ser sustituido por el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario, con lo cual se desarrollan una serie de actividades a nivel nacional para generar las condiciones de la nueva forma de atención, organización y funcionamiento de los servicios de salud, bajo los principios de universalidad y gratuidad de la salud.

A continuación, se presentan varios organigramas del MINSA que reflejan la organización y funciones sanitarias para responder a las demandas del pueblo en materia de salud, después de haber vivido la peor etapa de la historia en salud con los 16 años de gobiernos neoliberales.

Figura 14. Organización del Ministerio de Salud, 2007

**MINISTERIO DE SALUD
ORGANIGRAMA 2007**



Fuente: Ministerio de Salud de Nicaragua

Un aspecto descuidado y débil en el pasado neoliberal y necesario de fortalecer en la nueva coyuntura política institucional fue la Regulación Sectorial por parte

del MINSA, el cual ejerce su función regulatoria en la habilitación y acreditación de establecimientos de salud; registro de los profesionales de salud; administración de la Ley de Medicamentos y Farmacia; registro de cosméticos; registro de alimentos y bebidas; vigilancia de alimentos fortificados como la sal, azúcar y harina; muestreo de comidas preparadas (lácteos, agua, salsas y otros); registro y supervisión de expendios de alimentos; registro de organismos internacionales con actividades en salud.

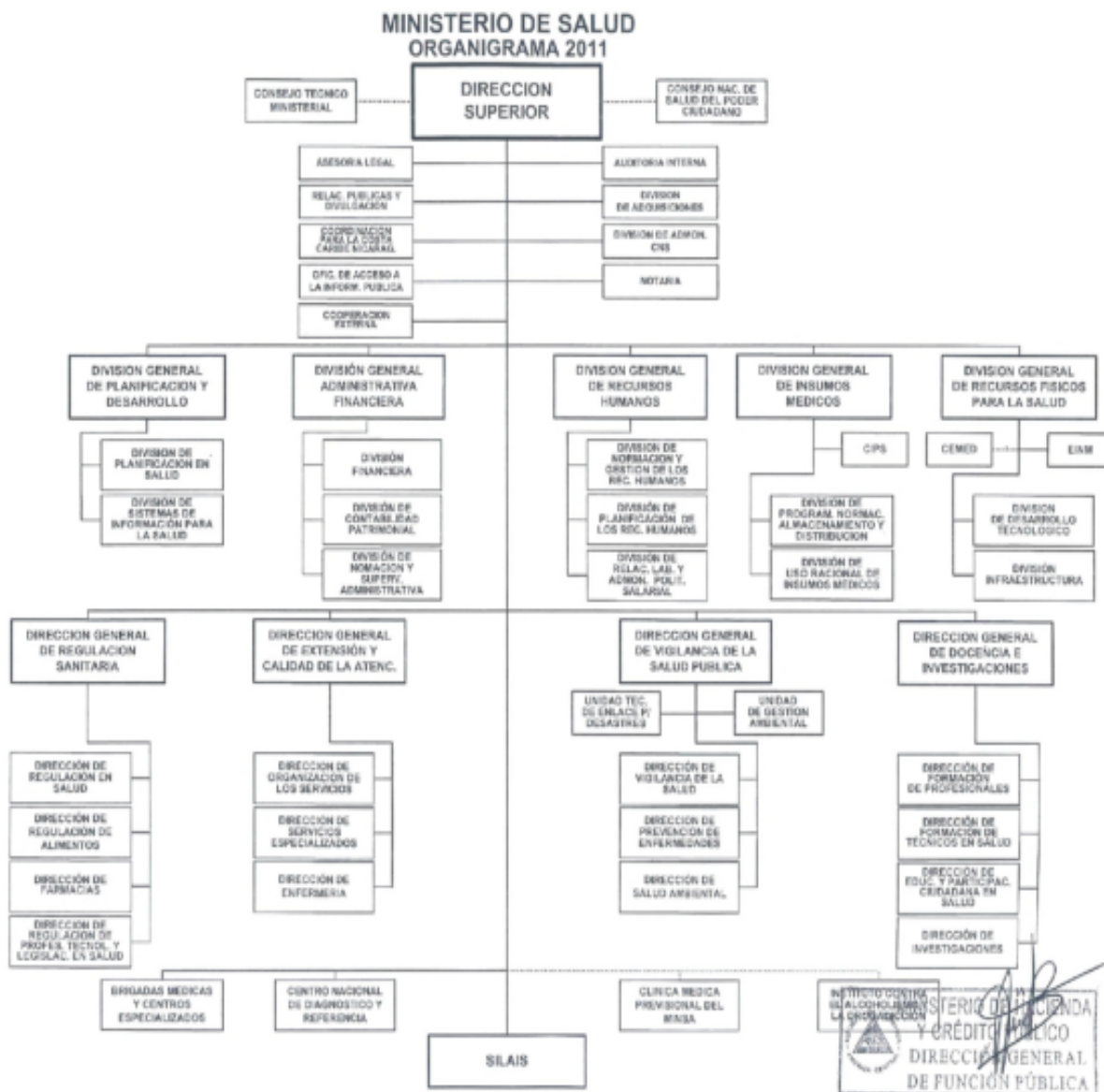
También regula la internación de donaciones de Insumos Médicos (por carga o como parte de equipaje), así como las Delegaciones y Brigadas Médicas Internacionales que ingresan al país, provenientes de Organismos Gubernamentales o No Gubernamentales, destinados a brindar ayuda médico asistencial humanitaria a personas de escasos recursos en nuestro país, sin costo alguno.

Existen coordinaciones con las universidades y el Consejo Nacional de Universidades (C.N.U), este último autoriza la creación de universidades y dictamina positivamente o negativamente la apertura de las carreras universitarias. Por tal razón, el Ministerio de Salud, inscribe los títulos emitidos por los centros de formación de recursos humanos reconocidos por el C.N.U.

Para el ejercicio de sus funciones de regulación sectorial el MINSA se apoya en las siguientes disposiciones legales: Ley General de Salud y su Reglamento; Ley 290 (Ley de Organización y Competencia del Poder Ejecutivo); Disposiciones Básicas Sanitarias Decreto No. 394 y 432, Ley 182 (Ley de Defensa del Consumidor), Ley 219 (Ley de Normalización, Normas Internacionales del Codex Alimentarius); Ley No. 292 (Ley de Medicamentos y Farmacias y su Reglamento).

El año 2011, final del primer período del GRUN, en la segunda etapa de la Revolución Sandinista del Siglo XXI, el organigrama refleja las cuatro Direcciones Generales Sustantivas y el aumento a cinco las Divisiones Generales de apoyo al quehacer institucional del MINSA.

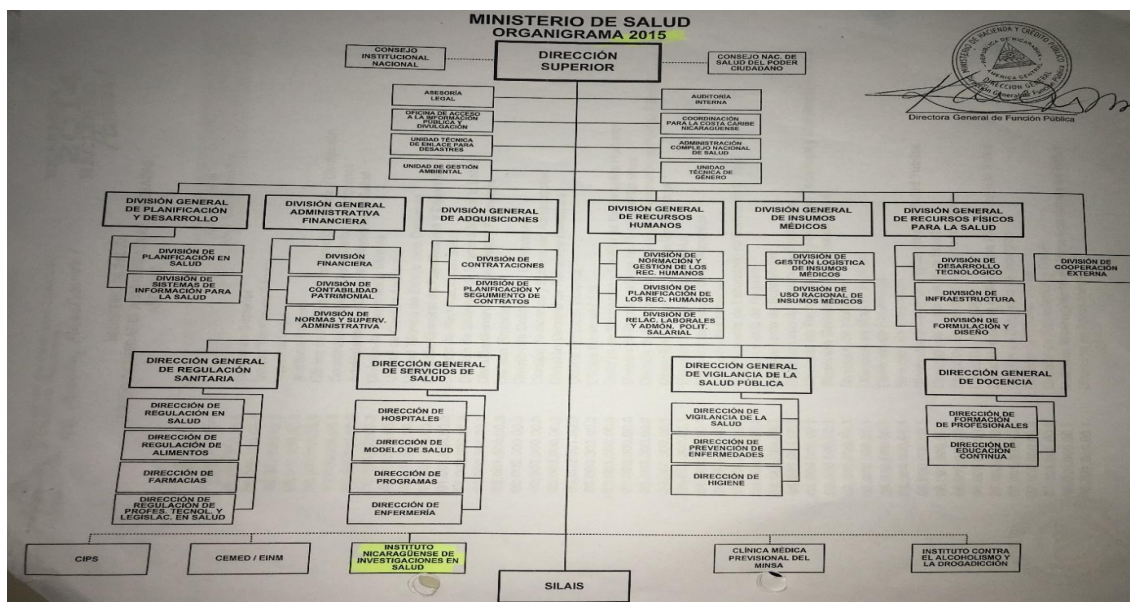
Figura 15. Estructura Organizativa del Ministerio de Salud, 2011



Fuente: Ministerio de Salud de Nicaragua

En el año 2015, el cuarto año del GRUN en su segundo período de gobierno, hay modificaciones importantes en la estructura y funciones del MINSA, destacándose un crecimiento en las Divisiones Generales de apoyo a las actividades sustantivas de la institución.

Figura 16. Estructura Organizacional del Ministerio de Salud, 2015



Fuente: Ministerio de Salud de Nicaragua

A continuación, se describe el Mapeo de la Autoridad Sanitaria en el MINSA en diferentes etapas históricas y sus respectivos períodos de gobernanza.

Nombres y Apellidos	ETAPAS			
	Somocismo (Antes del 79)	Revolución Popular Sandinista (1979-1990)	Neoliberalismo (1991-2006)	2da. Etapa de La Revolución GRUN (2007-2015)
Ing. Adán Cajina Ríos	1976-1979			
Dr. Cesar Amador Kuhl		1979-1980		
Lic. Lea Patricia Guido López		1980-1986		
Lic. Dora María Téllez Arguello		1986-1990		
Dr. Ernesto Salmerón Bermúdez		1990-1992		
Lic. Martha Palacios Fernández		1992-1995		
Dr. Federico Muñoz Fernández			1995-1997	
Dr. Carlos Quiñonez Torrez			1997	
Dr. Lombardo Martínez Cabezas			1997-1998	
Lic. Martha McCoy Sánchez			1998-1999	
Lic. Mariángeles Arguello Robelo			2000-2001	
Lic. Lucia Salvo Horviler			2002-2003	
Lic. José Antonio Alvarado Correa			2003-2004	
Lic. Margarita Guardián López			2004-2006	
Dra. Maritza Cuan Machado				2007-2008
Dr. Guillermo González González				2008-2010
Dra. Sonia Castro González				2010-2016

Fuente: Suecia-Nicaragua 30 años de Cooperación con el Sector Salud 1979-2009 de Proyectos a Enfoque Sectorial. ASDI (Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo), Managua, Diciembre 2009. Completado con creación propia. 2016.

3.3.18 El Sistema de Salud y sus Funciones Esenciales

Como en todo Sistema de Salud, en Nicaragua existen las cuatro principales Funciones Esenciales de Salud Pública en la institución, según el ámbito de actuación en sus diferentes niveles organizativos.

Cuadro 2. Funciones Esenciales de Salud Pública

FUNCIONES	NIVEL CENTRAL	SILAIS	UNIDADES
Rectoría	XXX	XX	X
Financiamiento	XXX		
Gestión	XXX	XX	X
Provisión de Servicios	X	X	XXX

Fuente: Creación Propia

En este sentido, en Octubre de 2008 la Representación de OPS en Nicaragua, realizó la evaluación de las FES en Nicaragua, cuyo Resumen Ejecutivo se presenta a continuación.

El Programa de Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), elaborado en Mayo de 2006 establece que “El gobierno debe ser responsable por garantizar los mecanismos organizativos necesarios para que la población tenga acceso equitativo a servicios adecuados de salud y protección contra la enfermedad”. Para dar cumplimiento a lo establecido en el Programa de Gobierno, el Ministerio de Salud desarrolla varias iniciativas: implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario; y mejorar la rectoría sectorial que comprende la conducción, la regulación, la armonización de la provisión de los servicios, la vigilancia del aseguramiento, la modulación de la financiación de la atención en salud y la ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Desde que, en el año 2000, el 42° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto a los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la resolución CD42.R14 Funciones Esenciales de Salud Pública, en donde insta a los estados miembros a que participen en un ejercicio regional de medición del desempeño de las FESP, se han realizado procesos de medición en diversos países de las Américas.

En este marco, el Ministerio de Salud de Nicaragua ha decidido apoyarse en la iniciativa de “La Salud Pública en las Américas” que impulsa la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), lo que permite visualizar la práctica de la Salud Pública, sobre todo el papel rector, que es una obligación primordial e indelegable del quehacer del Ministerio de Salud al actuar como órgano responsable, dentro de la estructura del Estado, de velar por el bienestar público en materia de salud.

El Ministerio de Salud realizó el ejercicio nacional de la medición de las FESP en Mayo del 2001 y el año 2006 el SILAIS Managua, por iniciativa propia, solicitó a OPS/OMS apoyo técnico para la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública a nivel departamental (Subnacional).

Las FESP son procesos y actividades del Sector Salud, que constituyen condiciones básicas para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar, orientando la organización y el comportamiento de los actores que participan en el sector.

La medición de las FESP permite: i) Contribuir a mejorar la calidad del ejercicio de la salud pública; ii) Identificación de áreas de desempeño críticos a nivel de la autoridad sanitaria; iii) Estimular el proceso de rendición de cuentas; iv) Impulsar el desarrollo de la salud pública basado en la situación real; y v) Fortalecer la infraestructura de la salud pública (recursos, desarrollo tecnológico, infraestructura).

El resultado de este ejercicio debe ser considerado como Línea de Base, que facilite la aplicación de herramientas para evaluar el desempeño y gestión institucional. Asimismo, los resultados deben permitir la definición de estrategias, para ser implementadas a través de un Plan de Fortalecimiento Institucional, que defina ámbito de competencias de las FESP según niveles y estructura de la institución; de igual modo promover la articulación de procesos dirigidos a transformar la mejoría de la práctica de la salud pública y el fortalecimiento del liderazgo del Ministerio de Salud en el sector salud.

Por todos los aspectos señalados anteriormente, estos procesos de medición deben participar, además de los trabajadores de la salud de los diferentes niveles de la organización, contar con la participación de instituciones y organizaciones vinculadas al sector salud, sin embargo, es de vital importancia contar con la participación de la población organizada que al fin y al cabo son los usuarios de los servicios de salud, que representan la razón de ser de la institución.

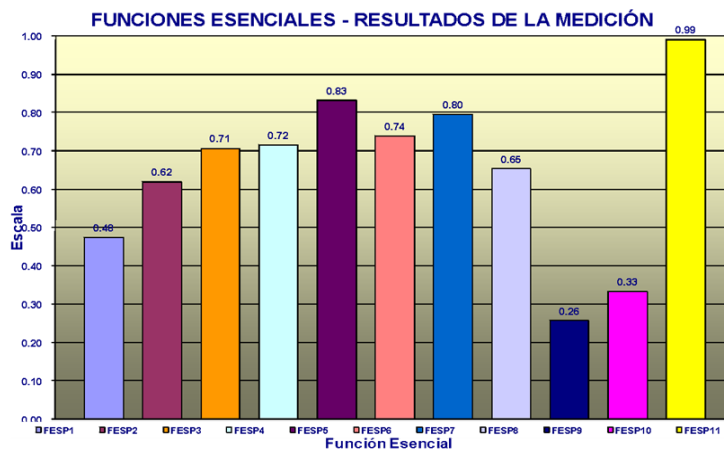
3.3.19 Análisis general de los resultados

Como una guía convencional de interpretación global, se propone la siguiente escala:

- o 76 - 100% (0.76 a 1.0) Cuartil de desempeño óptimo
- o 51 - 75% (0.51 a 0.75) Cuartil de desempeño medio superior
- o 26 - 50% (0.26 a 0.50) Cuartil de desempeño medio inferior
- o 0 - 25% (0.0 a 0.25) Cuartil de desempeño mínimo

La siguiente representación ilustra los resultados permite apreciar el comportamiento de cada una de las once FESP.

Figura 17. Resultados de la Medición FESP



Fuente: OPS-OMS

La media general es de 0,64 – basado en un valor de referencia que se identifica con el promedio simple del total de las funciones.

Funciones que alcanzaron el desempeño óptimo (0.76 a 1.0)

De forma general la función 11 “Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud” alcanzo el 0.99 siendo la mejor evaluada, muy probablemente consideraron la participación destacada del personal del Ministerio de Salud en las situaciones de emergencia y desastres que por la alta vulnerabilidad enfrentamos con frecuencia los nicaragüenses. Es posible que la valoración obtenida responda a cantidad de víctimas y daños que han sido mitigados a pesar de las constantes situaciones de emergencia y desastres ocurridos, que bien pudieran provocar mayores víctimas y daños.

La función 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública” alcanzó la segunda mejor valoración con 0.83 lo cual puede estar relacionado con la definición, monitoreo y evaluación de objetivos nacionales en salud pública, así como el desarrollo alcanzado en la capacidad de gestión en salud pública.

La función 7 “Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios” con una valoración de 0.80 es posible que la valoración obtenida esté relacionada con la política de mejorar el acceso a los servicios y la equidad en la prestación que está promoviendo el nuevo Gobierno Revolucionario de Unidad Nacional y la asistencia técnica que se brinda a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud.

Funciones que alcanzaron el desempeño medio superior (0.51 a 0.75)

Dentro del grupo de funciones que alcanzaron este nivel de desempeño la mejor valorada fue la función 6 “Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública”, alcanzó el 0.74 lo cual puede estar relacionado con la capacidad institucional para la revisión, evaluación y modificación del marco regulatorio.

La función 4 “Participación de los ciudadanos” alcanzó una valoración de 0.72 lo cual está relacionado con los espacios de participación ciudadana que está promoviendo el (GRUN) y el MINSA. Esta mayor participación se presenta en los niveles locales, sin embargo, se deben incrementar los esfuerzos para lograr una mayor representatividad de los ciudadanos en la gestión y alcanzar sus derechos en salud.

La función 3 “Promoción de la Salud” con una valoración de 0.71 responde a las estrategias de alianzas con instituciones y organizaciones, y su involucramiento en las acciones de promoción de la salud. Asimismo, esta valoración está relacionada con la asesoría a los niveles subnacionales para la reorientación de los servicios hacia la promoción

En cuanto a la función 8 “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” alcanzó una valoración de 0.65 lo que se corresponde con una política de desarrollo de personal que se expresa en un número considerable de personal con postgrados en salud pública y que se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional. Asimismo, hay que destacar la ausencia de programas de la educación continua y su sistematización.

La que obtuvo la menor valoración en este desempeño medio superior fue la función 2 “Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública” la cual obtuvo una valoración de 0.62 lo que demuestra que se encuentra por debajo de la media que fue de 0.64.

Los aspectos mejor valorados están relacionados con el desarrollo alcanzado por el sistema de vigilancia epidemiológica para identificar amenazas a la salud pública, así como la asistencia técnica facilitada a los niveles subnacionales.

Funciones que alcanzaron el desempeño medio inferior (0.26 a 0.50)

En este grupo se encuentran las 3 funciones que alcanzaron la menor valoración. La función 1 “Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud de la población” con una valoración de 0.48 este resultado está vinculado con la falta o debilidad en las guías de monitoreo y evaluación del estado de salud, las dificultades para evaluar la calidad de la información y el débil soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud.

La función 10 “Investigación esenciales para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública” alcanzo una valoración de 0.33 lo cual puede estar determinado por la ausencia de una agenda nacional de investigación en salud pública y el poco desarrollo institucional de investigación.

La función 9 “Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivos” apenas alcanzó (0.26) la valoración más baja, lo que está relacionado con la ausencia de un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública, la ausencia de programas de mejoramiento continuo de la calidad, así como la falta de asistencia técnica a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios.

3.3.20 Los Recientes Modelos de Atención de Salud en Nicaragua

En el gobierno neoliberal presidido por el Ing. Enrique Bolaños Geyer, en el 2004 surgió el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que tenía como propósito contribuir al mejoramiento de la salud de la población nicaragüense disminuyendo la mortalidad y discapacidad prematuras, la morbilidad evitable, en todo el ciclo de vida de la población a través de:

- Reducir las brechas en la situación de salud y el acceso a los servicios de salud entre grupos de población de acuerdo a sus niveles de pobreza, sexo, edad, etnia y otras características de los grupos humanos; y

- Responder a las expectativas de la población en relación al aspecto no médico de los servicios: atención con calidad, calidez, respeto a las personas y orientación al usuario.

Para (MINSA, 2005) el Marco Conceptual del MAIS plantea disminuir el riesgo financiero en que incurre cada familia ante los costos de los servicios de salud, protegiendo principalmente a los más vulnerables.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud, los objetivos del Modelo de Atención Integral en Salud son:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios individuales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.

Este objetivo reafirma la razón de ser del sector de salud: mejorar las condiciones de salud de la población del país. A través de este objetivo se persigue reorientar las acciones de salud desde una lógica fundamentalmente curativa hacia otra con énfasis en la promoción y protección de la salud y la prevención de complicaciones y secuelas de enfermedades en las personas, sus familias y sus comunidades. Un lugar especial lo ocupa el fomento del auto cuidado de las personas y el cuidado de las mismas por su familia, la ayuda mutua entre los miembros de la comunidad fortaleciendo los lazos de solidaridad en el seno de la misma.

2. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.

El mejoramiento de las condiciones de salud de una población toma en cuenta las necesidades de salud de la misma. Esto implica el carácter de consenso que debe tener el proceso de atención a la salud, identificado con lo que se conoce como “producción social de la salud”, en la que la población lejos de ser objeto de la atención es el principal sujeto.

3. Proteger de epidemias a la población.

El modelo de atención, dado su enfoque preventivo, tiene como prioridad la prevención de epidemias, tanto causadas por enfermedades transmisibles como de aquellas situaciones no transmisibles. Ello implica que se debe intervenir en los factores de riesgo tanto en el ambiente como en aquellos ligados a los hábitos y conductas que tienen relación directa o indirecta con la salud.

4. Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.
5. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Debido a que la salud no es el resultante de la acción de un Ministerio, ni de un Sector en particular, el Modelo de Atención Integral en Salud contempla un enfoque tanto interinstitucional como intersectorial en función de la sinergia de las diferentes acciones que cada quien ejecuta.

Según (GACETA, 2003) además, se garantiza un enfoque multidisciplinario y pluri-profesional para incidir de la mejor manera posible en la situación de salud de los diferentes grupos humanos del país.

Para (OMS, 1998) el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) estaba basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”

Para mejorar la salud, la atención primaria se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes; es decir, en el medio físico y social en el que las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas.

3.3.20.1 Los Principios del MAIS

El ordenamiento de los servicios de salud se basará en el criterio de accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica que garanticen una puerta de entrada para favorecer el primer contacto de los usuarios, incluyendo a las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios.

El Modelo de Atención Integral en Salud debe concretizar los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad y equidad. Así mismo se asume el principio de accesibilidad de la Política Nacional de Población, aprobada en el año 1997, que reconoce: “el respeto a los principios legales, culturales, morales y religiosos de la población”. “el papel integrador de la familia con relaciones basadas en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”. “el respeto a la diversidad étnica y el derecho que tiene cada comunidad para preservar y desarrollar su propia identidad cultural”.

La Integralidad de las acciones en los servicios de salud en el Modelo de Atención Integral en Salud contemplará a la persona como un ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para latona de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, de los miembros de su familia, de su comunidad, así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea.

Según (MAS, 1996) implica la orientación de la atención hacia la solución integral de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud. Significa asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas y/o grupos poblacionales lo necesiten.

La crítica fundamental a este Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) es que en la práctica su enfoque fue muy programático, vertical, curativo, medicalizado, individualista, con una estrategia hospitalo-centrista más que de Atención Primaria en Salud, demandaba un personal de salud altamente especializado y muy costoso, donde los pacientes pagaban por los servicios, medicamentos y exámenes recibidos.

3.3.21 El nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario en el GRUN

Según (MINSA, 2008) con el ascenso al poder de la Alianza “Unida Nicaragua Triunfa” en Enero del 2007, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional inicia la segunda etapa de la Revolución Popular Sandinista enfocada a la restitución de derechos, incluido el derecho a la salud. En ese contexto el Ministerio de Salud inicia con la gratuidad de la atención, medicamentos, exámenes y la ampliación de la cobertura a los servicios de salud y establece desde febrero del 2007 el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF), como respuesta a los problemas intrínsecos del sistema capitalista neoliberal caracterizados por la fragmentación del sistema de salud y la segmentación de la población según su capacidad de pago. Estos cambios estaban dirigidos al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. Aunque operativamente el MOSAF se implementa con el ascenso del GRUN, su oficialización se da a través del Acuerdo Ministerial N° 391-2010, con el que se aprueban los documentos denominados: Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, Manual de Organización y Funcionamiento del Sector y Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios.

Estos documentos oficiales, están accesibles en la web site: www.minsa.gob.ni, y contienen el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, intervenciones e instrumentos para realizar las acciones de promoción de la salud, protección, promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación

de la salud, centrado en las familias y la comunidad, sin descuidar el ambiente, a fin de contribuir sinérgica y efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense.

El MOSAFC refuerza la promoción y educación en salud, las acciones comunitarias en salud con organización de los servicios de salud integrales y horizontalizados basados en la APS Renovada, que en la Nicaragua revolucionaria tiene un enfoque de Salud y Derechos Humanos. El Modelo está diseñado para contar con personal de salud polivalente, con un fuerte Protagonismo Ciudadano y con una efectiva Red de Servicios de Salud que funcionan en Redes Integradas.

Además, del contexto político favorable existe un marco jurídico que facilita el diseño de un modelo de atención que sea eficiente, equitativo, efectivo y participativo.

Según (GACETA, 1984) el Artículo 59 de la Constitución Política de Nicaragua “Los Nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen. Otra responsabilidad es que el “Estado procurará establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional y para su ubicación laboral.” (Arto.62 de la Constitución Política de la República).

Los artículos anteriores han sido complementados en la Ley General de Salud No. 423, en la que se establece como objeto de la misma en el Artículo 1: “tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales. Asimismo, la citada Ley, en su Artículo 5, marca los principios básicos, siendo éstos: “gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad, sostenibilidad y responsabilidad de los ciudadanos”.

Este proceso de restitución de derechos con el MOSAFC requiere en forma indisoluble de dos elementos: una mayor y más efectiva inversión en los sistemas y servicios de salud y el desarrollo del papel protagónico de la ciudadanía, de las familias, de las comunidades, de los movimientos sociales, de los sindicatos de trabajadores de la salud en el fortalecimiento de valores, actitudes responsables, protagonismo, complementariedad y satisfacción ciudadana así como por parte de los propios trabajadores de la salud el fortalecimiento de valores, mística y

conciencia trascendentes de humildad y servicio, de facilitación y promoción de valores y protagonismo ciudadano complementario para garantizar las transformaciones deseadas.

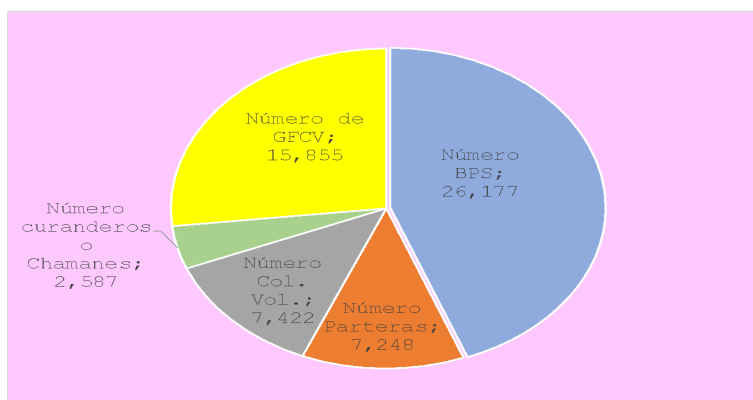
3.3.21.1 Proceso de implementación del MOSAFC

El plan de trabajo institucional para la implementación del MOSAFC a partir de Abril de 2007, consistió en la realización del Taller Nacional de Inducción y Capacitación para Directores Generales del Nivel Central y los Equipos de Dirección de SILAIS, paralelo a la actividad se conformó el Equipo Técnico Conductor del proceso desde el nivel nacional hasta el nivel local, integrando también a la red comunitaria y articulándose con las estructuras y actores políticos locales y nacionales. Este proceso de implementación se realizó a través de visitas de terreno para el diseño, validación y monitoreo de instrumentos, seguimiento del avance del proceso a través de intercambios de experiencias entre los SILAIS que generaron sus respectivos informes técnicos.

La nueva Política Social del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través de la implementación del MOSAFC ha logrado reactivar la participación activa y generar el compromiso de apoyo de la red comunitaria a las intervenciones en salud, a través de los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida (GFCV), brigadistas, parteras, gobiernos locales y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El protagonismo ciudadano en salud está presente en su red comunitaria que en todo el país registra aproximadamente 60,000 personas, comprometidas a transformar la situación de salud en sus comunidades.

Figura 18. Distribución de la Red Comunitaria Nacional 2016



Fuente: Creación propia

De manera general se considera que los niveles locales se han organizado con buen liderazgo, reflejando que estaban anuentes al cambio y motivados a continuar desarrollando actividades que apoyen la implementación del nuevo Modelo de Atención que vendrá a beneficiar a la población nicaragüense, originando una nueva y original forma de atención en salud. En este proceso indisoluble es fundamental la participación protagónica de las familias y comunidades con sus líderes a la cabeza.

Siete pasos para lograr la Sectorización del MOSAFC:

Paso 1: Inducción

Concepto de Salud, definición del modelo de salud y desarrollo del MOSAFC

Paso 2: Sectorización

Se delimita el espacio geográfico – población. Con protagonismo comunitario.

Paso 3: Caracterización del Sector

Elaboración el croquis del sector, extensión territorial, ubicación de la sede del sector.

Paso 4: Análisis de situación de Salud del Sector

Identificación de los determinantes de la salud, situación epidemiológica, principales causas de enfermedad, de defunción, de accidentes.

Paso 5: Plan de Salud del Sector

En forma participativa con la comunidad se elaborará el Plan de Salud del Sector.

Paso 6: Prestaciones de Servicios de Salud

Funciones del Equipo de Salud Familiar del Sector y ubicación de la sede del Sector

Paso 7: Sistema de información de salud

Levantamiento y actualización de la Historias de Salud Familiar. Seguimiento de los Programas Estratégicos impulsados por el MINSA e Informe de estrategias comunitarias: ECMAC, PROCOSAN, SICO.

Desde el punto de vista organizativo el MOSAFC a nivel comunitario debe definir sus Sectores, teniendo claro que:

- El Sector es la Unidad Territorial Epidemiológica, Social y de Producción de la Salud donde se desarrollan acciones de promoción, prevención, atención del daño y rehabilitación en coordinación con la red comunitaria.
- El protagonista principal del Sector es la red comunitaria, liderada por los Gabinetes de Familia, Comunidad y Vida, en conjunto con el Equipo de Salud Familiar y Comunitario.

Para la organización del Sector se asigna un ESAFC conformado idealmente por tres recursos de salud. El Equipo de Salud junto con su Red Comunitaria tiene a su cargo 1 o más Sectores urbanos o rurales.

El Sector Urbano tiene unas 1,000 familias bajo su responsabilidad (5,000 habitantes) y el Sector Rural tiene aproximadamente 600 familias (3,000 habitantes)

El Equipo de Salud Familiar y Comunitario (ESAF) conformado por un Médico, una Enfermera, una Auxiliar de Enfermería y apoyado por la Red Comunitaria en los Sectores, además de garantizar la atención a las familias, brinda información para el control social, realiza encuestas de satisfacción a pacientes y familiares, participa en el análisis de los cambios de salud de la población y facilita la difusión de estos resultados.

El nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua y sus cambios en la forma de organización y atención a la población, pasando de:

- ✓ Atención intramuros a Atención extramuros
- ✓ Atención individual a Atención a la familia, comunidad y ambiente
- ✓ Atención al daño a Acciones de promoción, prevención de la salud
- ✓ Atención fragmentada a Atención integral según el ciclo de vida
- ✓ Promotores comunitarios por intervención a Promotores integrales
- ✓ Participación social utilitaria al Control y Auditor Social
- ✓ Instituciones atendiendo de forma aislada a Redes Integradas de atención
- ✓ Cooperación externa desintegrada a Cooperación alineada y armonizada

Para calcular la distribución de la población en los Sectores se tomó la población del 2008 según el CENSO 2005, el que proyecta una población de 5,641,000 habitantes, de la cual el 44 por ciento es población rural 2,482,040 y el 56 por ciento es población urbana 3,158,960 habitantes.

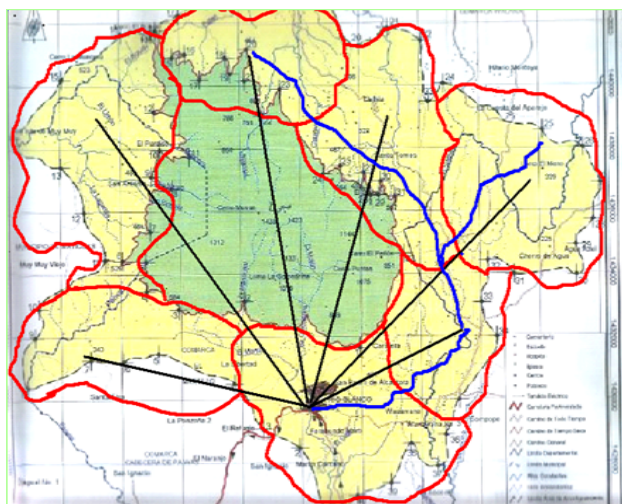
Considerar 600 familias para el área rural x 5 personas promedio que conforman una familia = 3,000, si hacemos la operación 2, 482,040 entre 3,000 = 827 Sectores

1,000 familias para el Sector del área urbana x 5 personas = 5,000, si hacemos la operación $3,158,960$ entre $5,000 = 632$ Sectores

La suma total es de 1,459 Sectores a nivel nacional.

Una vez hecho el cálculo anterior en conjunto con los líderes comunitarios del territorio el Equipo de Dirección de Salud Municipal procedía a elaborar los Mapas de Sector considerando los flujos naturales de la población, la topografía del lugar y las comodidades de las familias para tener acceso a determinado Sector.

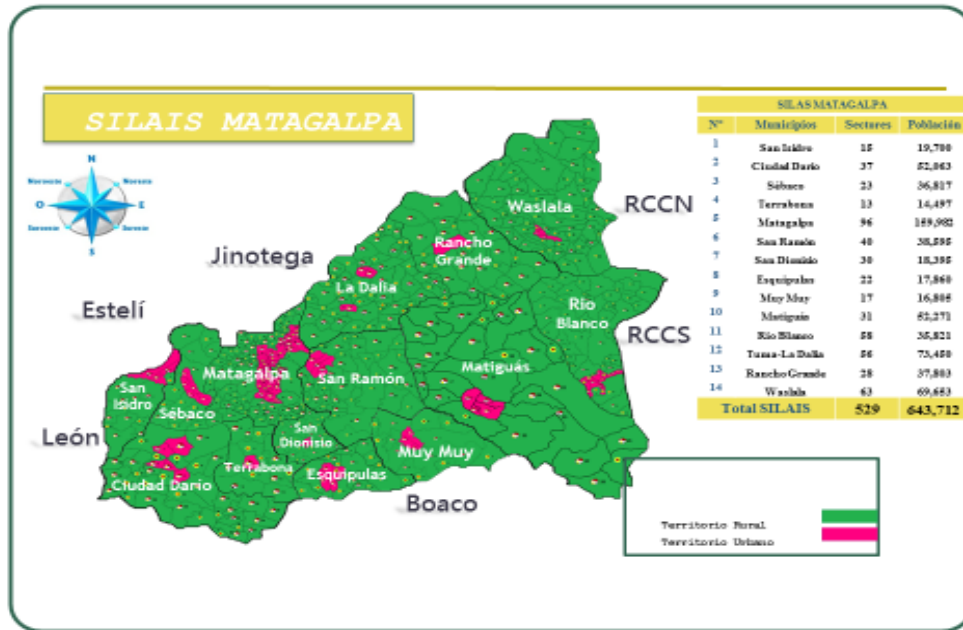
Figura 19. Primer Mapa de la Sectorización-MOSAFC, 2007



Fuente: MINSA-NIC

Con el transcurrir del tiempo este ejercicio comunitario de la Sectorización ha mejorado y hoy día se tienen Mapas de Sector digitalizados por municipio y SILAIS, como el ejemplo que se puede apreciar adelante. Estos Mapas han sido actualizados con la participación de los liderazgos comunitarios que son conocedores de su realidad y por lo tanto pueden reflejar las necesidades más sentidas de la población.

Figura 20. Evolución de los Mapas de la Sectorización-MOSAFc, 2015



Fuente: MINSa

En los 3ltimos a3os el MINSa hizo una redefinici3n de los territorios y poblaciones para cada Sector, tomando en cuenta criterios geogr3ficos, culturales y poblacionales: Para el 3rea urbana se estableci3 Sectores con un m3ximo de 5,000 habitantes y para el 3rea rural se defini3 Sectores entre 1000 a 3,000 habitantes.

Cuadro 3. La Sectorizaci3n MOSAFc por SILAIS, 2014 al 2016

SILAIS	L3nea Base 2014	Avances 2015	Avances 2016
Estel3	57	81	81
Madriz	53	62	62
Nueva Segovia	94	98	99
Le3n	113	126	126
Chinandega	104	129	141
Managua	313	365	365
Carazo	50	56	57
Granada	47	51	51
Masaya	85	85	184
Rivas	49	57	64
Chontales	74	79	87
Boaco	57	79	115
Zelaya central	51	75	75
Rio San Juan	53	72	72
Matagalpa	344	529	529
Jinotega	129	160	261
Bilwi	44	58	122
Las Minas	93	147	147
RACCS	78	92	92
Nicaragua	1,888	2,401	2,730

Fuente: DGPD-MINSa 2016

Este innovador Modelo de Atención, no sólo pretende ampliar la cobertura de los servicios de salud, reordenar y optimizar el uso de los recursos humanos y físicos en el Sector, sino que, además busca mejorar la equidad, la calidad, la eficacia y la eficiencia, así como incrementar la satisfacción de los pacientes y familiares.

Lo anterior, se puede lograr por medio de cambios en el enfoque de atención y en el modelo de asignación de recursos y responsabilidades, en el caso del sector público; en el escalonamiento de la oferta y la especialización del trabajo, según niveles de atención bien, definidos; y en la incorporación de la comunidad organizada al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios de salud.

Con el Modelo se espera, además, que contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla, así se puede observar que el Art.13 de la Ley General de Salud establece que: “La promoción de la salud tiene por objeto definir las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”. Este artículo involucra a todos para lograr beneficios en salud.

Para desarrollar la intersectorialidad en las actividades de salud el Ministerio de Salud debe coordinarse con otros entes reguladores, como son el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Forestal (MAGFOR) en lo concerniente a la sanidad vegetal y animal y seguridad alimentaria, el Ministerio de Educación (MINED) en la educación en salud, el Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA), el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados en lo concerniente al control de la calidad del agua y la disposición de aguas servidas, con las alcaldías en lo relacionado al manejo de los desechos sólidos.

Un logro importante en la institucionalización del MOSAFC más allá de una Política de Gobierno, es lo que recientemente se reconoció constitucionalmente cuando en la Reforma de la Constitución Política de 2014, publicada en la Gaceta Nº. 32 se establece: en el Arto.105 lo siguiente: “Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil. Se desarrollará el Modelo de Salud Familiar y comunitario” Este rango constitucional del Modelo implica la perpetuidad del mismo, sin detrimento de que pueda readecuarse a los nuevos tiempos y condiciones de vida de las familias nicaragüenses.

3.3.21.2 Aspectos Organizativos y Operativos del MINSA con el GRUN

1. La planificación y programación de actividades del MINSA, se orienta a las prioridades, lineamientos estratégicos y a los Compromisos de Buen Gobierno en Salud del GRUN expresados en metas comunes, las que se establecen en el documento del Plan Quinquenal de Salud, actualmente denominado Plan Plurianual y en Planes Institucionales de Corto Plazo Orientado a Resultados, lo cual requiere de toda la disponibilidad técnica y financiera del estado y gobierno nacional así como de las agencias de cooperación y bancos con el fin de dar cumplimiento a las diferentes actividades planificadas.
2. Para garantizar y dar cumplimiento a la Política, Planes, Programas y Proyectos en Salud la Dirección Superior del MINSA reúne semanalmente al Consejo Institucional Nacional constituido por los Directores Generales y representación Nacional de la Federación de Trabajadores de la Salud (en adelante FETSALUD) donde se aborda la situación de salud, lucha anti epidémica, orientaciones de trabajo, revisión de acuerdos, entre otros temas. Cada 15 días, la dirección superior del MINSA, realiza presencialmente el Consejo Técnico Institucional Departamental, con todos los directores de SILAIS con parte de sus equipos de dirección, y los secretarios generales de FETSALUD departamentales, en el que se abordan los principales temas de interés nacional.
3. Actualización/elaboración de documentos orientados al cumplimiento de Normas y Protocolos para la atención de las personas, de los cuales se garantiza la distribución y capacitación al personal de salud. Actualmente se cuenta y se implementa un paquete normativo para la niñez, adolescencia, embarazadas (atención prenatal, parto, puerperio, complicaciones obstétricas, alto riesgo reproductivo, planificación familiar).
4. Garantizar el empoderamiento de situación de salud a las personas, logrando así el protagonismo de ellos (integrantes de los GFCV, brigadistas, parteras, Promotoría Solidaria y Juventud Sandinista), en el desarrollo de una serie de estrategias, como:
 - 4.1 Censo Gerencial de la Embarazada: Tiene la finalidad de identificar y garantizar un continuo de la atención a las mujeres durante todo su período perinatal (embarazo, parto, puerperio), lo que se realiza en coordinación permanente entre los trabajadores de la salud y los líderes comunitarios

iniciando este proceso desde que se detectó el embarazo, hasta un año posterior a la finalización del mismo. En este año posterior al parto se incluyen acciones dirigidas a la Planificación Familiar, Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo de la niñez; Lactancia Materna Exclusiva.

- 4.2 Casas Maternas: Con esta estrategia, se garantiza el hospedaje a mujeres provenientes del sector rural, para que estén en sitios cercanos a las unidades de salud para la atención del parto. Actualmente, en las casas maternas, también se garantiza realizar actividades lúdicas y recreativas, brindarles charlas educativas orientadas a temas de SSR, así como formación de parteras. En esta estrategia, hay empoderamiento y protagonismo local a través de alcaldías municipales y líderes comunitarios.
- 4.3 Plan de Parto: Estrategia orientada a buscar el empoderamiento de la embarazada, su familia y comunidad, acerca de la importancia del cuidado de la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio, así como del/a recién nacido/a. Con el Plan de Parto, se pretende garantizar que a todas las embarazadas se les brinde atención institucional del parto. Dentro de las intervenciones que se realizan a través de esta estrategia, se incluye la organización de Brigadas de Transporte para Emergencias, la cual está integrada por personas de las comunidades.
- 4.4 Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC): Estrategia, con la que se garantiza el acceso a métodos anticonceptivos a mujeres y hombres que viven en zonas geográficamente alejadas de las unidades de salud.
- 4.5 Anticoncepción Post Evento Obstétrico: Con esta estrategia, a toda mujer que se le atendió un evento obstétrico, se le garantiza un método anticonceptivo al momento del egreso.
- 4.6 Jornadas de Análisis y Balance: A nivel de los SILAIS y a nivel nacional, se realizan Jornadas de Análisis y Balance, donde participan líderes comunitarios, delegados de organizaciones, a los que se les presentan lo programado y ejecutado durante determinado período (auditoria social).
- 4.7 Vigilancia permanente de la salud de las personas, a través del sistema de vigilancia epidemiológica y actualmente se ha venido fortaleciendo el sistema de vigilancia y atención a pacientes a través de consultas utilizando telefonía celular y convencional desde los líderes comunitarios, hasta los

hospitales de referencia nacional. Estas coordinaciones telefónicas incluyen desde notificación para alguna referencia oportuna por ejemplo de una embarazada, hasta la notificación de complicaciones obstétricas/neonatales, así como mortalidad materna, perinatal, niñez o de cualquier edad.

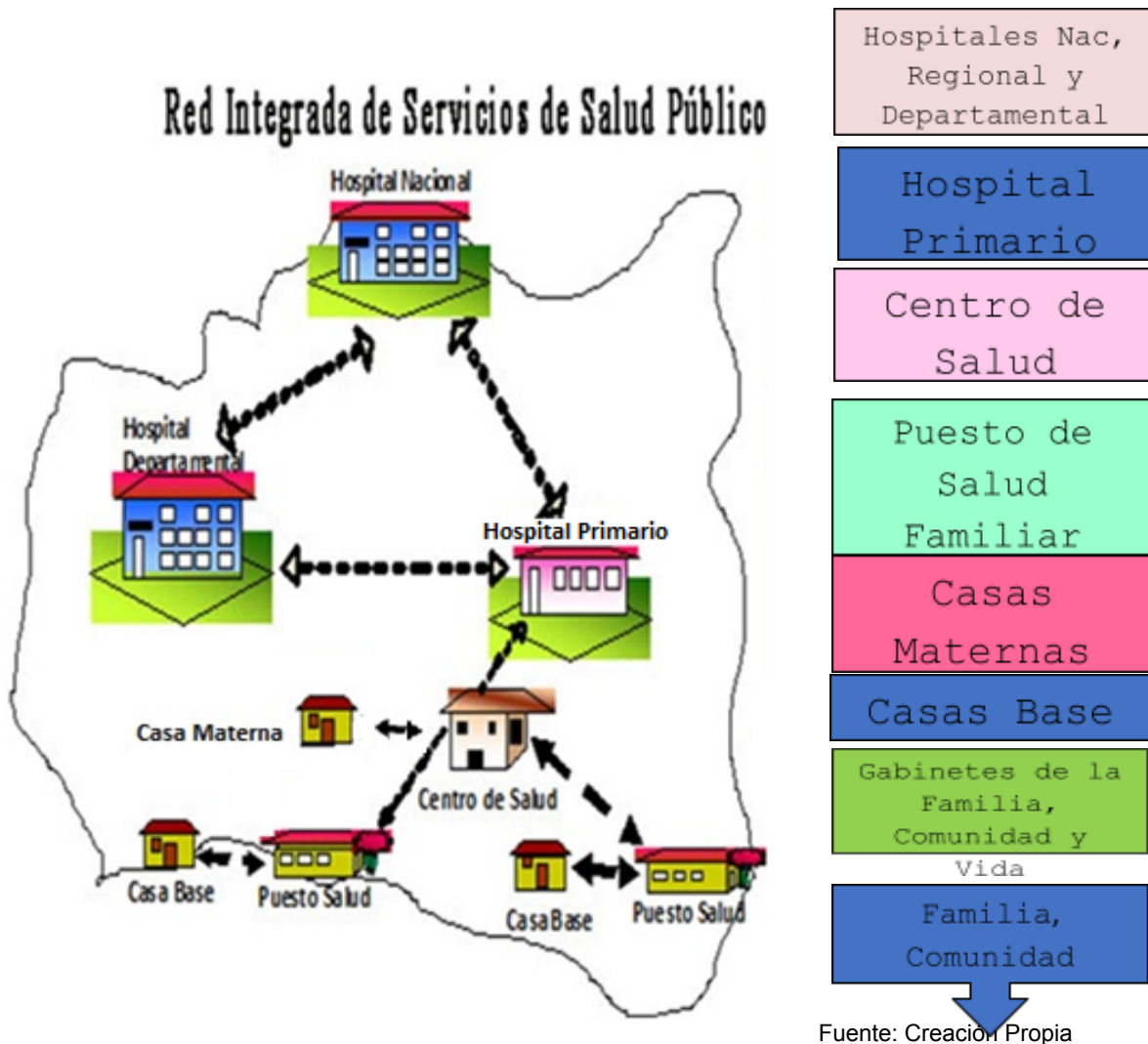
- 4.8 Seguimiento a cualquier tipo de complicación materna/perinatal/infantil que son atendidas y notificadas por cualquier unidad de salud del país; lo que ha permitido tomar decisiones oportunas.
5. Se garantizan en el 100% de unidades de salud del primero y segundo nivel de atención los insumos básicos (medicamentos, materiales de reposición periódica), para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales, así como métodos de planificación familiar.
6. Cada año, a partir del 2008, de los 19 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), del país, se seleccionan y envían a estudiar (hombres y mujeres) del personal de salud, en diferentes especialidades, lo que ha permitido fortalecer el nivel de resolución, principalmente de las unidades de salud del primer nivel de atención; lo que se ha complementado con la construcción/habilitación de unidades de salud en sitios estratégicos para dar respuesta a las necesidades de la población.

3.3.21.3 La RISS y el MOSAFC

Complementario a la Sectorización del MOSAFC se ha desarrollado la organización institucional de la Red Integrada de Servicios de Salud Pública y los flujos para la atención de pacientes desde el Sector hasta los hospitales es necesario conocerla en cada SILAIS y municipio por parte de todos los trabajadores de la salud y la misma comunidad.

El concepto de redes se basa en la Teoría de Sistemas, las cuales están compuestas por elementos, que pueden constituirse a lo interno en pequeñas redes y estas a su vez nuevamente en elementos.

Figura 21. La RISS y el MOSAFC en Nicaragua



Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), es una estrategia que manifiesta la voluntad política del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, para lograr servicios de salud más accesibles e integrales, con calidad, en un continuo de la atención en el marco del fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y de los Modelos de Atención de Salud Intercultural de la Costa Caribe.

Esta experiencia desarrollada como país, es el resultado del programa de Redes Integradas de Servicios de Salud, financiado con fondos BID y que tiene su expresión local en la conformación de las Redes Integradas en Salud en los SILAIS Jinotega, Matagalpa y la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), destacando la organización de los servicios de salud occidentales con la tradicional que se practica en las Regiones Autónomas (RAAN y RAAS), con la

incorporación de los agentes de medicina tradicional a los Grupos Integrales de Salud Intercultural (GISI).

A nivel local, deben articularse y complementarse los esfuerzos entre los servicios de salud institucionales (públicos y privados) en sus diferentes niveles, la red comunitaria y organizaciones sociales de diversa índole, con un abordaje integral de los factores que favorecen el desarrollo humano e impactan en la salud, a esto le llamamos trabajo en redes y exige una articulación armónica, tanto del sector público, comunitario y del privado en el territorio de referencia del Sector.

Una Red Integrada de Salud está conformada por:

El hospital departamental, Regional o de Referencia Nacional

- ✓ Hospital Primario
- ✓ Centros de salud familiar y comunitario
- ✓ Puestos de salud familiar y comunitario
- ✓ Casas Maternas
- ✓ Sede de Sector MOSAFC que pueden ser Casas Base o Unidad de Salud
- ✓ Hospitales, clínicas y consultorios privados
- ✓ Farmacias, laboratorios y otros establecimientos privados
- ✓ Establecimientos de Salud de alguna Organización No Gubernamental (ONG's)
- ✓ Agentes de medicina tradicional
- ✓ Líderes comunitarios, brigadistas, Colaboradores Voluntarios (en adelante Col-Vol) y parteras.

Los municipios de acuerdo con lo establecido en el MOSAFC se subdividen en Sectores los que están conformados por pobladores de comunidades, comarcas, caseríos, barrios y distritos. Los Sectores pueden constituir también su propia red a nivel local por su amplio y articulado entramado social. En este proceso organizativo el Equipo de Salud Familiar y Comunitario ESAFC y Grupos Integrales de Salud Intercultural (GISI), deben coordinarse con la Red Comunitaria (brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios, líderes comunitarios), los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida, los prestadores de servicios privados, la medicina tradicional, ancestral e indígena del Sector. Igualmente, considerar el Sistema de Información Comunitaria y la Vigilancia Comunitaria.

La red departamental o de SILAIS está conformada por las redes municipales que están en el ámbito del SILAIS respectivo. Las características de una red departamental o de SILAIS es contar con Hospital Departamental, Policlínico, Filial de la Clínica Médica Previsional-MINSA (CMP-MINSA) y establecimientos

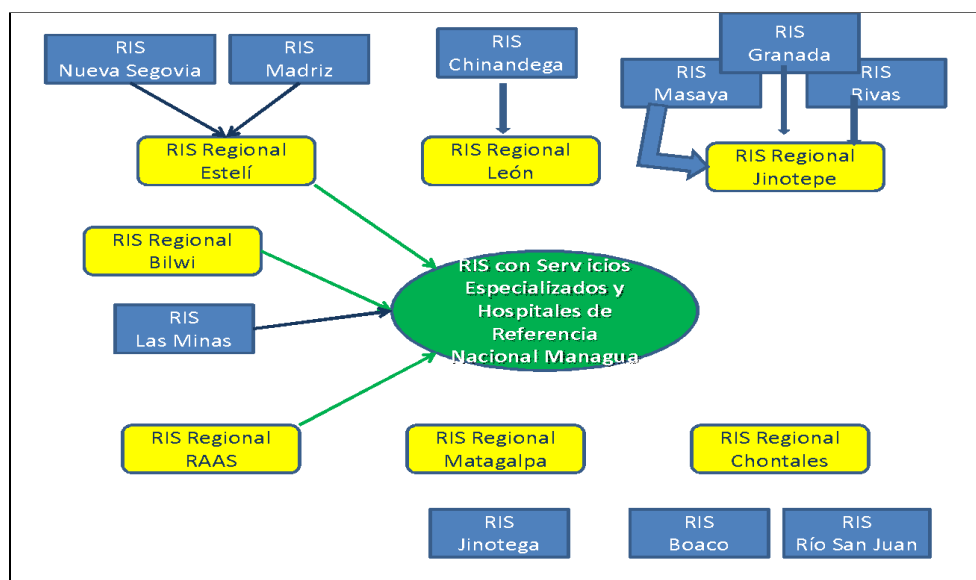
privados. Para fortalecer la estructura organizativa y funcional de las redes, se podrán establecer coordinaciones entre dos o más SILAIS.

El territorio bajo responsabilidad directa de la RIS está dividido en municipios, los cuales a lo interno pueden organizarse en forma individual o con otros municipios como redes, que cuentan entre sus elementos con establecimientos y proveedores de salud públicos, privados y comunitarios de diferente complejidad y con sectores organizados, estos se articulan para contribuir al cumplimiento de los objetivos de la red integrada a la que pertenecen.

El municipio siendo un elemento de la red departamental o de SILAIS, se constituye en una red municipal organizada de acuerdo con sus características sociodemográficas y distribución poblacional urbano/rural. Está integrada por Puestos de Salud Familiar y Comunitarios Urbanos y Rurales, Centro de Salud Familiar y Comunitario y pueden contar con Hospital Primario que brindan servicios a la población del municipio y a los municipios adyacentes. Así mismo, se integran los establecimientos de salud privados, Casas Bases, Casas Maternas y los Sectores.

Los municipios cabecera departamental cuentan con un hospital departamental, regional. En el caso de Managua existen además hospitales con servicios de referencia nacional.

Figura 22. Esquema funcional Redes Integradas de Servicios de Salud, MINSA



Fuente: MINSA. RISS

Las Redes integrales de Servicios de Salud es una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria en salud, se requiere el impulso del trabajo en redes, a fin de contribuir al fortalecimiento de los principios del MOSAFC, dado que favorece la articulación de los diferentes proveedores en el territorio, buscando objetivos comunes que garanticen: 1) accesibilidad, 2) integralidad, 3) longitudinalidad, y 4) coordinación.

Accesibilidad para un mejor contacto desde el punto de vista cultural, geográfico, económico, de género y generalizable en todo el país.

Integralidad para ofrecer a toda la población una gama de servicios mucho mayor, que la que un sólo proveedor puede suministrar en forma sostenible.

Longitudinalidad o continuidad de la Atención para garantizar estabilidad de la atención a las personas y poblaciones por un mismo equipo de salud, superando el “coyunturalismo” de la atención por diferentes proveedores.

Coordinación para respaldar con la capacidad de cada proveedor, las acciones necesarias para atender el conjunto de necesidades de salud de las personas, familias y comunidades.

El propósito principal de la organización de los servicios en redes integradas, es eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud, reducir las brechas de atención y mejorar la continuidad de la atención y los cuidados a la salud para:

- ✓ Fortalecer el desarrollo de Sistema de Salud basado en Atención Primaria en Salud (APS).
- ✓ Satisfacer las expectativas de los ciudadanos.
- ✓ Garantizar cobertura y acceso universal con servicios de salud de calidad.
- ✓ Garantizar atención integral, integrada y continua.
- ✓ Fortalecer la organización y gestión.
- ✓ Brindar educación en salud a la familia y a la comunidad.
- ✓ Desarrollar acciones intersectoriales.

Las principales características de las redes de servicios de salud son:

- A. Desarrollo del trabajo en equipo, la lógica de valores, actitudes responsables, protagonismo ciudadano y complementariedad, así como la actualización permanente del Modelo de Salud.
- B. Fortalecimiento de las alianzas para la prosperidad entre el Gobierno Central y los Gobiernos Regionales y Locales, protagonismo, dignidad, equidad, complementariedad de mujeres, hombres, familias, juventud, movimientos sociales, según las realidades de cada departamento, municipio y territorio.

- C. Organización de los cuidados, bajo conceptos de progresividad -de menor a mayor complejidad- con roles claramente definidos.
- D. Énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- E. Uso racional y eficiente de los recursos disponibles.
- F. Incorporación del abordaje de los determinantes sociales de la salud para intervenir en las necesidades y problemas de salud de la población.
- G. Los resultados esperados y beneficios al organizar las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) están referidos a las grandes mayorías en el marco del Modelo Cristiano, Socialista y Solidario del Poder Ciudadano a través de:
- H. La restitución de los derechos de las familias, los niños, las mujeres, los adultos mayores, la juventud
- I. Desarrollo de un Sistema de Salud caracterizado por el protagonismo, actitud, conciencia, dignidad, equidad, complementariedad y satisfacción ciudadana
- J. El trabajo en equipo
- K. La armonía social, el diálogo y la paz
- L. Eficacia, eficiencia, calidad y productividad
- M. Seguridad y desarrollo humano
- N. Cumplimiento y medición del cumplimiento
- O. Comunicación directa, mediática, protagónica, complementaria y evaluativa

A nivel institucional se logrará:

- ✓ Un primer nivel de atención fortalecido, que actúe como puerta de entrada al sistema, que garantice la longitudinalidad y continuidad de los cuidados y de la atención a las personas, las familias y comunidad.
- ✓ Entrega de servicios especializados en el lugar más cercano para el ciudadano, los cuales, deberán brindarse principalmente en el ámbito extra-hospitalario.
- ✓ Un nuevo rol de los hospitales en la solución de los problemas propios de su ámbito de actuación.
- ✓ Integración de la gestión clínica y administrativa reorganizando los sistemas administrativos, de apoyo clínico y de información en función de la prestación de los servicios de salud.
- ✓ Fortalecimiento de la intersectorialidad.
- ✓ Desarrollo de un sistema equitativo, solidario, transparente, efectivo, accesible y universal.

3.3.21.4 Evolución de la Red de Servicios de Salud al 2016

Con respecto a la capacidad instalada en el MINSA y a la evolución en su capacidad resolutive, se pueden apreciar avances muy importantes en el crecimiento de la Red de Servicios de Salud, si comparamos los últimos 11 años, considerando el 2006 como el último año del neoliberalismo y sus efectos negativos en el campo de la salud. A continuación, se presenta una tabla que evidencia cuantitativamente los cambios en la infraestructura sanitaria a nivel nacional.

Cuadro 4. Crecimiento de la Red de Servicios de Salud al 2016

Unidades de Salud	2006	2016
Hospitales Referencia Nacional		9
Hospitales Regionales	32*	7
Hospitales Departamentales		11
Centros Especializados		6
Hospitales Primarios	27**	37
Centros de Salud	150	144
Policlínicos	1	2
Puestos de Salud	881	1,166
Total Unidades de Salud	1,091	1,382
Número de Casas Maternas	50	178

*Hospitales Agudos y Crónicos

**Centros de Salud con Camas

Fuente: MINSA, Oficina Nacional de Estadísticas.

El Índice de Camas Hospitalarias en 2006 era de 9 camas por 10,000 habitantes, indicador que subió en el 2016 a 13 camas por 10,000 habitantes, debido al incremento del número de hospitales primarios en el país. En cuanto a la capacidad resolutive en el MINSA, en la siguiente tabla se detallan comparativamente 2006 y 2016 los Centros Especializados Públicos.

Cuadro 5. Capacidad Resolutiva en el MINSA 2006 y 2016

N°	SILAIS	2006	2016
	Managua		
1	Centro Nacional de Cardiología		
2	Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR)		
3	Centro Nacional de Citología		
4	Instituto Nacional de Medicina Natural y Terapias Complementarias		
5	Centro de Alta Tecnología - Hospital Antonio Lenin Fonseca		
	Matagalpa		
6	Centro Oftalmológico Carlos Fonseca A.		

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describe la distribución de unidades de salud en el Subsistema Público: (MINSA, INSS, Ejército de Nicaragua y Policía Nacional) en el 2016.

Cuadro 6. Red de Servicios de Salud en Nicaragua, 2016

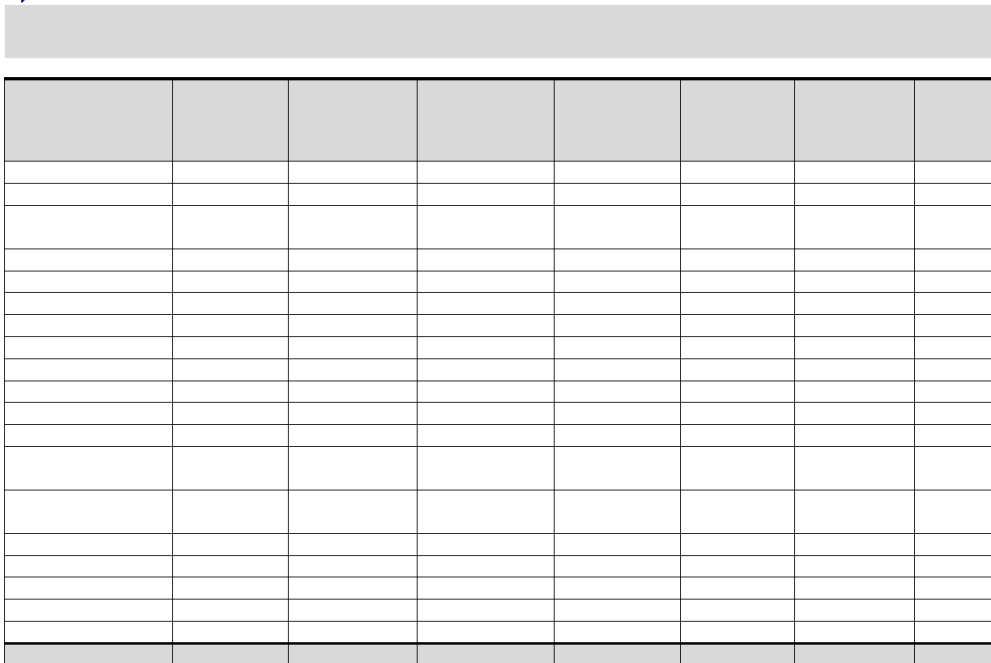
Unidades de Salud	MINSA	INSS	EJERCITO	POLICIA
Hospitales Nacionales	9		1	1
Hospitales		12		
Hospitales Regionales	7			
Hospitales Departamentales	11			
Centros Especializados	6			
Hospitales Primarios	37			
Centros de Salud	144			
Policlínicos	2			
Puestos de Salud	1,166			
CMP-MINSA/IPSS-INSS	15	19*		
Total Unidades de Salud	1,382			
Número de Casas Maternas	178			

Fuente: División de Estadísticas de Salud-DGPD

* Algunas IPSS son también Hospitales Privados

Según la Oficina Nacional de Estadísticas del MINSA para el 2016 la Red de Servicios de Salud Privada en los SILAIS por Tipo de Unidad registraba 5,124 establecimientos.

Cuadro 7. Red de Servicios de Salud Privada 2016



Fuente: ONE-DGPD

3.3.21.5 Crecimiento de los Recursos Humanos en el Sistema de Salud Nicaragüense

Para (Rodríguez, 2006) el Ministerio de Salud tenía en planilla a finales del 2003 un total de 2,076 médicos de las diferentes especialidades, 247 odontólogos, 1,705 enfermeras y 4,228 auxiliares de enfermería. La caída en el número de médicos guarda relación con el auge del sector privado, que ha venido creciendo aceleradamente en los últimos años, en parte bajo el estímulo de las compras de servicios realizadas por el INSS. A partir del año 2000 comienza a haber un repunte en el número de enfermeras, como resultado de los planes de extensión de cobertura en la atención materno-infantil

El proceso de formación de Recursos Humanos para el Sector Salud se hace desde instituciones formadoras que en general están bajo la tutela de centros universitarios públicos y privados. Anualmente han venido egresando un promedio de 250-300 médicos generales de los centros universitarios, y unas 150 enfermeras.

El sub sistema público de salud en los últimos 10 años incremento el número de trabajadores en un 48.6 por ciento, contando en la actualidad con 32,287 trabajadores de la salud y se espera que para los próximos años continúe incrementándose.

Cuadro 8. Indicadores de Recursos Humanos en Salud, Nicaragua 2005-2015

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Médicos por 10,000 habitantes	5	5	5	6	7	7	8	9	9	9	9
Habitantes por médico	2,018	2,060	1,904	1,542	1,421	1,372	1,226	1,158	1,127	1,110	1,081
Estomatólogos por 10,000 habitantes	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Habitantes por estomatólogo	22,290	22,926	22,964	21,312	21,669	22,541	22,391	22,586	23,324	23,931	24,180
Enfermeras por 10,000 habitantes	4	5	5	6	6	6	7	7	7	6	7
Habitantes por enfermera	2,461	2,217	1,906	1,734	1,691	1,686	1,538	1,461	1,449	1,571	1,376
Auxiliares de Enfermería por 10,000 habitantes	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
Habitantes por auxiliar de enfermería	2,202	1,349	1,449	1,527	1,400	1,404	1,485	1,391	1,423	1,501	1,584
Número de trabajadores del Ministerio de Salud	21,728	22,083	22,986	26,315	26,570	26,543	29,719	30,539	31,124	31,321	32,287

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) MINSA

En el 2016 el índice de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes se aumentó a 10, 8 y 7 respectivamente.

En el siguiente cuadro se detallan los Ginecoobstetras contratados en el MINSA por unidades de salud.

Cuadro 9. Distribución de Ginecoobstetras MINSA 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016

Fuente: Recursos Humanos - MINSA

Congruentes con los compromisos asumidos en el marco del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), órgano para la salud del Sistema de Integración Centroamericano (SICA), todos los países de la

Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes. En el 2015 Nicaragua contaba con una razón de 22 recursos profesionales por 10,000 habitantes.

3.3.21.6 Los Convenios de Gestión una herramienta Institucional local que complementa el MOSAFC

Durante los primeros años del GRUN en el MINSA se mantuvieron los Compromisos de Gestión, los que constituían un instrumento para transformar las prácticas de los establecimientos proveedores de servicios de salud a través de un nuevo conjunto de incentivos monetarios. Estos Compromisos de Gestión eran un contrato puro de compra de servicios donde los riesgos financieros de la gestión se trasladan a la unidad empresarial y los incentivos de ésta tienden a alinearse con los resultados financieros; de allí que el comprador vincule el pago a una serie de indicadores de producción y calidad del servicio cuyo cumplimiento exigían el desarrollo de sólidos sistemas de información y de supervisión.

El contenido de los Compromisos ha sido mejorado. En un principio los Compromisos contenían casi exclusivamente metas de proceso, como por ejemplo la realización de un programa de capacitación, la organización de ciertos comités o la elaboración de determinados procedimientos, en vez de metas de producción y de resultados. Con el paso del tiempo se han introducido compromisos de producción (volumen de prestaciones) y de calidad (indicadores de calidad en las prestaciones), además de indicadores de gestión y de organización, lo que ha demandado implantar nuevos procedimientos de registro, con lo cual algunos indicadores han tendido a deteriorarse porque muchos eventos antes no se registraban o se registraban mal.

En 28 de Septiembre del 2011, mediante Acuerdo Ministerial No. 452, se aprueban los Documentos denominados Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar (ASSB) que se firman desde el municipio con el SILAIS y estos con el MINSA Central. Herramienta de gerencia que sustituye los anteriores Compromisos de Gestión, en dicho Acuerdo se aprueban los documentos denominados: a) Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar entre MINSA y SILAIS, b) Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar, entre SILAIS y Dirección de Salud del Municipio, c) Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar, entre SILAIS y Dirección de Salud del Hospital y su Metodología. Igualmente se define como ASSB al arreglo o entendimiento que se firma entre el MINSA Central y los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y entre estos y las unidades de salud (Centros y Puestos de Salud, Hospitales), que expresan la confianza mutua y el compromiso para el cumplimiento del deber, fortaleciendo la conciencia, los valores cristianos, solidarios y socialistas que asegure la transformación social, económica, así como

del Sistema Nacional de Salud donde el pueblo, representado en las estructuras del Poder Ciudadano, asuma sus derechos y deberes en pro de restituir y resguardar la salud de los ciudadanos, las familias y la comunidad. Los dirigentes del Poder Ciudadano son los auditores sociales del cumplimiento de los compromisos adquiridos en los ASSB.

En este marco, los Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar están enfocados a lograr incentivar a los niveles municipales y SILAIS a cumplir con aquellos indicadores sanitarios que presentan bajos desempeños, sin que necesariamente se tengan que dar incentivos monetarios a los equipos de dirección o trabajadores de la salud, sino que sirven para financiar complementariamente al presupuesto local para realizar las actividades operativas, a partir de fondos externos complementarios.

En el corto plazo se vislumbra reformar el título y el enfoque de los ASSB y denominarlos Compromisos de Buen Gobierno por la Salud y el Bienestar del Pueblo.

3.3.21.7 El Pueblo Presidente y la Gobernabilidad Democrática en Salud en el GRUN

Sobre la Gobernabilidad Democrática en Salud conquistada nuevamente en el año 2007, con el ascenso del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, se da inicio a una nueva reforma sanitaria impulsándose entre otros aspectos la “Gobernabilidad Ciudadana”, consignada en la Política Nacional de Salud No. 7, se debe desarrollar a través de procesos directos y legítimos de participación ciudadana y de restitución de los derechos ciudadanos, lo que implica construcción de una ciudadanía activa. Con lo cual se pretende impulsar procesos profundos de cambio en la sociedad partiendo de la toma de conciencia, de su capacidad de ejercer el poder y el impulso de valores éticos – morales que conlleven al desarrollo humano integral.

La participación de la ciudadanía en la gestión pública es también un derecho constitucional contemplado en los Artículos 50 y 51 de la Constitución Política de la República, que establecen que todos los ciudadanos tienen derecho de participar en igualdad de condiciones en los asuntos públicos y en la gestión estatal. Este concepto ha evolucionado a la categoría de Protagonismo Ciudadano con lo cual la gente es sujeto activo en la construcción y producción social de su propia salud. Esta práctica se fortalece con el Artículo 59 que literalmente expresa "corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma Nicaragua.

En el contexto de la reforma del sistema de salud en Nicaragua de épocas anteriores, se definieron dos tipos de participación: social y comunitaria. La participación social se entendía como el incremento del papel de los diversos agentes sociales en la mejora de la salud de la población. Para ello, se crearon comisiones multisectoriales en las que participaban sectores relacionados con la salud (p. ej., alcaldías, Ministerio de Acción Social y Ministerio de Salud) y los consejos de salud (municipal y nacional) en los que participaban empresarios, movimiento comunal, sindicatos, ONG, sociedades jurídicas, la Iglesia y personalidades notables del lugar.

La participación ciudadana en la gestión del Sistema de Salud es uno de los procesos que vienen consolidándose en el ámbito nacional a través del Consejo Nacional de Salud, pero con mayor énfasis en los niveles locales. En los SILAIS se han conformado los Consejos de Salud con un grado muy diverso de participación ciudadana (de acuerdo a las características de cada departamento o Región Autónoma del Atlántico). Además, se cuenta con la participación de las delegaciones de las distintas instituciones gubernamentales de acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud.

En los municipios es donde se observa un mayor desarrollo de los Consejos de Salud que existen evidenciándose muy buenas experiencias y verdadero soporte de la participación ciudadana en la gestión sanitaria. En las zonas rurales estos procesos están articulados a los Comités de Desarrollo Comunitario, los que en general están orientados a suplir las necesidades básicas de la población (agua, letrificación, energía, etc.) y que muestran distintos grados de autogestión de dichos proyectos. Estas acciones se realizan en estrecha coordinación con los gobiernos locales, a través de la figura de los alcalditos que sirven de intermediarios ante las municipalidades y las agencias de cooperación gubernamentales y los ONG. Estas redes sociales fueron un soporte muy valioso durante la emergencia provocada por el huracán Mitch.

La Gobernabilidad Democrática en Salud, es un modelo de democracia directa donde la población participa activamente en la toma de decisiones, gestión y evaluación de las políticas públicas de gobierno a través de la consulta con los diferentes gremios: la pequeña y mediana industria, los pequeños y medianos productores, la organización de los cafetaleros, los grandes empresarios, los actores políticos y la sociedad civil por medio de los Consejos y Gabinetes territoriales y los Gabinetes Sectoriales del Poder Ciudadano. Estas últimas formas organizativas de la comunidad han evolucionado a los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida.

Este modelo revolucionario de democracia directa, plantea la participación de la población en el proceso de planificación e implementación de políticas públicas, además de participar en la vigilancia y fiscalización de los presupuestos locales y nacionales, así como de la eficiencia y honradez de los funcionarios públicos. Este derecho se ejerce desde instrumentos legales, como la implementación de la ley al acceso a la información pública, donde el Estado está comprometido a su estricto cumplimiento, hasta en la gestión sanitaria local de planificación y rendición de cuentas.

3.3.22 Paralelismo sobre el Modelo Económico Capitalista y el Modelo Cristiano, Socialista y Solidario

En Nicaragua, el 10 de enero de 2007 no sólo se cambió de gobierno, sino que también se inició un cambio de valores, actitudes, prioridades, estilo de gobernar, relaciones de poder y políticas. El punto inicial y final de estas políticas es el desarrollo del ser humano y las familias nicaragüenses, en sus condiciones históricas, culturales, sociales y de políticas nacionales, regionales del Siglo XXI.

En este proceso se está transformando el modelo de sociedad neoliberal por el Modelo Cristiano, Socialista y Solidario del Poder Ciudadano, el cual se basa en valores cristianos, ideales socialistas y prácticas solidarias que guían la construcción de círculos virtuosos de desarrollo humano con la recuperación de valores, la restitución de derechos y el fortalecimiento de capacidades que han permitido ir superando los círculos viciosos de pobreza y subdesarrollo y revertir en 2009 el incremento de la pobreza observada entre 2001 y 2005, a pesar de la peor crisis del capitalismo mundial. Esto fue posible por el poder y la participación del pueblo organizado y como resultado de esa recuperación de valores, y el apoyo a los programas sociales y de la capitalización de las familias productoras se ha logrado fortalecer sus capacidades y aumentar su protagonismo social y económico.

El Modelo Cristiano, Socialista y Solidario del Poder Ciudadano del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional tiene como finalidad la supervivencia y realización de los seres humanos; cuyo objetivo es la transformación estructural para superar la exclusión y liberar el potencial de desarrollo humano de los excluidos históricamente, como los pobres, las mujeres, los jóvenes, los pueblos originarios, afrodescendientes y las personas con discapacidad, entre otros.

Los valores cristianos, incluyen el dimensionamiento de la vida humana como sagrada, la opción preferencial por los pobres y el respeto de la dignidad de todo ser humano sin distinción de raza, etnia, color de piel, religión, ideología, clase

social, nivel de ingreso, preferencia sexual y ninguna otra forma de discriminación o explotación.

El ideal socialista brinda oportunidades de realización y producción a todas y todos, construyendo una sociedad más igualitaria mediante la redistribución del ingreso y la riqueza, a partir del apoyo a los pobres y la micro, pequeña y mediana producción, con programas gubernamentales que transforman de manera estructural la realidad de las y los Nicaragüenses , con educación y salud gratuita y universal, capitalización de los pobres y subsidios para atender las necesidades básicas de las familias, sobre todo su seguridad alimentaria y nutricional. El modelo también es socialista al construir el Poder Ciudadano como expresión de organización y movilización del pueblo con plena participación y decisión permanente en la construcción de la democracia directa.

El modelo es solidario porque las políticas públicas y prácticas solidarias parten de la realidad de las familias nicaragüenses, sus necesidades, sus aspiraciones y su situación actual, así como el impacto de los procesos socioeconómicos y políticas públicas actuales y potenciales sobre las familias nicaragüenses, especialmente las más pobres. Esta solidaridad estructural se combina con solidaridad para toda familia víctima de desastres naturales, así como para todas las personas en situación de desamparo. También se manifiesta en la responsabilidad social compartida de toda la sociedad para el cuidado de la infraestructura económica y social del país, así como para todos los bienes públicos comunes.

La participación social de los años setenta, la participación ciudadana de los años ochenta evolucionada al protagonismo ciudadano de principios del Siglo XXI en Nicaragua no es simplemente un asunto técnico, es una discusión y posición de carácter político-ideológica en tanto se corresponde irremediabilmente con una determinada Formación Económico Social imperante en una sociedad.

Inicialmente, debemos destacar que el Capitalismo es un Sistema Político, Social y Económico en el que grandes empresas y unas pocas personas acaudaladas controlan la propiedad, incluyendo los activos capitales (terrenos, fábricas, dinero, acciones de la bolsa, bonos). En este sistema la propiedad privada desempeña un papel fundamental, existe libertad de empresa y de elección, la competencia del sistema de precios o de mercado y un reducido papel del gobierno (Chamberlain, 1994). Las Raíces del Capitalismo. Madrid: Unión Editorial.

Según (Friedman, 1996) existen 5 Tipos de sistemas capitalistas, como se describen a continuación:

✓ Mercantilismo

- ✓ Capitalismo de Libre Mercado
- ✓ Economía Social de Mercado
- ✓ Capitalismo Corporativo
- ✓ Economía Mixta

Para tener una comprensión más clara de estas categorías se presentan algunas diferencias antagónicas entre el Modelo Capitalista y el Modelo Cristiano, Socialista y Solidario que influencia y determinan el funcionamiento de los diferentes Sistemas de Salud existentes en el mundo, pero particularmente en Nicaragua.

- **Modelo Capitalista**

- ✓ Globalización
- ✓ Explotación y exclusión Social
- ✓ Individualismo, egoísmo, egocentrismo
- ✓ Endeudamiento de los países
- ✓ Crecimiento económico
- ✓ Democracia representativa
- ✓ Burguesía y Proletariado
- ✓ Obtención de ganancia y Enriquecimiento
- ✓ Inflación y desempleo

- **Modelo Cristiano, Socialista y Solidario**

- ✓ Bien Común
- ✓ Justicia Social e inclusión

- ✓ Solidaridad, fraternidad, complementariedad
- ✓ Cooperación Sur-Sur, ALBA
- ✓ Desarrollo social y económico
- ✓ Democracia directa
- ✓ Prioridad por los pobres
- ✓ Estabilidad macro económica con redistribución de la riqueza a los pobres
- ✓ Satisfacción de necesidades sociales

La figura 23 proyecta el proceso de cambio y las diferencias entre un gobierno neoliberal y un gobierno revolucionario.

Figura 23. Proceso de cambio de gobierno neoliberal vs revolucionario



Fuente: Creación propia

- **El Modelo Cristiano, Socialista, Solidario**

1. Es la oportunidad histórica que el pueblo, para fortalecer la conciencia de clase y convertirla en organización, movilización y participación ciudadana.
 2. Es el cambio en los valores, principios y en la justicia social
 3. Es la unidad entre las fuerzas y sectores sociales para librar la batalla contra la pobreza, injusticia y exclusión provocada por el capitalismo salvaje y su expresión neoliberal.
 4. Es el poder del pueblo como sujeto para transformar su realidad histórica.
 5. Trabajamos en equipo, unidad y armonía, para aprender tod@s, a transformar nuestra cultura de vida cotidiana, poniendo énfasis en lo que somos, lo que pensamos y lo que hacemos.
 6. Trabajamos para crear conciencia de responsabilidad y podamos ser ejemplo ante nuestras familias, comunidad y toda la sociedad nicaragüense.
 7. Rescatar los valores, compartiendo desde la comunidad, escuelas, iglesias, empresas privadas, etc. Para ayudar a nuestra Madre Naturaleza.
 8. Un país limpio es un país sano, saludable esto nos lleva a que tengamos menos riesgos de enfermarnos.
 9. La campaña Vivir Limpio, Vivir Sano, Vivir Bonito, Vivir Bien.
- **Expresiones del Modelo del Poder Ciudadano**
 1. El Poder Ciudadano en el área social tiene su protagonismo en los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida a nivel municipal, departamental y nacional, dirigido a cambiar su entorno y participar en el proceso de diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas.
 2. El Poder Ciudadano motor impulsor en la ejecución de actividades de salud como las Jornadas Nacionales para la Vacunación, plan verano y lucha contra las epidemias, entre otras.
 3. El Poder Ciudadano como auditor social en la rendición de cuentas de la gestión institucional a todos los niveles.
 4. El Pueblo Presidente como expresión genuina y práctica democrática directa del poder de las mayorías sobre las minorías.

Figura 24. Nuevo Modelo, el poder en el pueblo y su participación en la Gestión en Salud



Fuente: Creación propia

- **Protagonismo de los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida**

1. Los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida, en el Modelo Cristiano, Socialista, Solidario del Poder Ciudadano tienen un protagonismo activo como sujetos de la transformación de la sociedad nicaragüense y se involucran en la formulación, ejecución, gestión y evaluación de las acciones en salud. Realizan un verdadero control social de la gestión institucional en salud.
2. El MOSAFC enfatiza en la promoción, prevención y educación para la salud, en complementariedad con los Gabinetes de la Familia, la Comunidad y la Vida.
3. El Sistema Nacional de Salud que estamos construyendo garantiza la universalidad y gratuidad de la atención de la salud como un DERECHO CONSTITUCIONAL de la población nicaragüense.

- **La Responsabilidad Social Compartida en Salud**

1. Con el protagonismo de los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida se realiza:
2. Análisis de Situación de Salud a nivel local. (Identifican los problemas, establecen prioridades, analizan las causas y buscan alternativas de intervención)

3. Elaboración del Plan de Salud para el Desarrollo Local, que incluye acciones para mejorar las condiciones de vida de las familias y la comunidad.
4. Protagonismo Ciudadano en las intervenciones sanitarias a nivel comunitario.

- **El PNDH referente para el Sistema Nacional de Planificación**

Según (PNDH, 2013) la Salud como bien social para el desarrollo desde la perspectiva del Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016 está integrado con una visión holística, fundamentándose en el Modelo Político Cristiano, Socialista y Solidario del Poder Ciudadano que niega dialécticamente el modelo neoliberal. Sus características son las siguientes: Desarrollo del ser humano y familias, Recuperación de valores cristianos, Restitución de derechos y Fortalecimiento de las capacidades para vencer la pobreza y el subdesarrollo.

- ✓ *El Plan Nacional de Desarrollo Humano y Salud*

La Salud como bien social para el desarrollo desde la perspectiva del Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016, está integrada con una visión holística, fundamentándose en el Modelo Político Cristiano, Socialista y Solidario del Poder Ciudadano que niega dialécticamente el modelo neoliberal.

Sus características son las siguientes: Desarrollo del ser humano y familias, Recuperación de valores cristianos, Restitución de derechos y Fortalecimiento de las capacidades para vencer la pobreza y el subdesarrollo.

- ✓ *Estructura y Principios del PNDH*

El PNDH 2012-2016 está constituido por Lineamientos Nacionales, políticas nacionales, ejes de trabajo que requieren de planes y programas estratégicos nacionales y sectoriales. En el caso de los planes, programas y proyectos institucionales específicos, estos son elaborados por cada institución de gobierno a través del Sistema Nacional de Planificación.

El PNDH 2012-2016 tiene claramente definido sus principios, lo cual es coherente con las políticas públicas, programas y proyectos.

- ✓ *Principios fundamentales del PNDH*

Valores cristianos:

1. Valoración de la vida humana

2. Opción preferencial por los pobres
3. Respeto de la dignidad de todo ser humano (raza, etnia, religión, ideología, clase social, preferencia sexual, nivel de ingreso)
4. Superación de la pobreza y subdesarrollo

Ideales Socialistas:

1. Oportunidad de producción
2. Sociedad igualitaria
3. Redistribución del ingreso y la riqueza
4. Gratuidad de educación y salud
5. Capitalización de los pobres
6. Subsidios para atender necesidades básicas de las familias
7. seguridad alimentaria y nutricional
8. Organización y movilización del pueblo con plena participación y decisión ciudadana
9. Construcción de la democracia directa

Prácticas Solidarias:

Políticas públicas y prácticas solidarias parten de la realidad y necesidades de las familias nicaragüenses.

Impacto de procesos socioeconómicos y políticos públicas a las familias nicaragüenses, especialmente a las más pobres.

Apoyo material a familias víctimas de desastres naturales y personas en situación de desamparo.

Responsabilidad social compartida, cuidado de todos los bienes públicos, infraestructura económica y social del país.

Salud y sus prioridades:

1. Compromisos del Buen Gobierno (Metas e Indicadores Sanitarios)

2. Alcanzar los ODM: Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, Lucha anti epidémica (malaria, dengue, VIH-SIDA, Tb, IHAH1N1), reducir la desnutrición crónica
3. Atender las consecuencias de los desastres naturales
4. Profundizar el MOSAFC
5. Mejoramiento continuo de la calidad de la atención
6. Ordenar la red de servicios de salud de acuerdo a sus capacidades y complejidades
7. Regionalización de la salud en la Costa Caribe y el fortalecimiento del Poder Ciudadano en Salud

✓ *Fuentes de Recursos-Financiamiento del PNDH*

1. El principal capital con que cuenta el PNDH 2012-2016 es el pueblo organizado con su Modelo del Poder Ciudadano, Pueblo Presidente capaz de movilizarse como sujeto activo y protagónico en la transformación de su propia realidad.
2. La fuente de recurso financiero es el presupuesto general de la republica que tiene distintas fuentes: internas, externas, multilaterales, bilaterales, asistencia técnica reembolsable y no reembolsable. En el caso de los préstamos son concesionales.
3. En el caso de Salud dentro de su presupuesto tiene el apoyo financiero de los Socios para el Desarrollo en FONSALUD. Igualmente existe el desarrollo específico de proyectos con financiamiento del Gran Ducado de Luxemburgo y la asistencia técnica en el campo de la salud de los órganos especializados del Sistema de Naciones Unidas.

✓ *Estructuras de Ejecución y operación del PNDH*

1. Las instituciones de gobierno
2. Entes descentralizados
3. Alcaldías municipales
4. Consejos de la Familia, Comunidad y Vida
5. Red de servicios de las instituciones distribuidos a nivel departamental y municipal

✓ *Estructuras de coordinación del PNDH*

1. Gabinete de Gobierno
2. Comisión Nacional de Planificación, Inversiones, Presupuesto y Cooperación
3. Consejos Técnicos Ministeriales
4. Asambleas locales del poder ciudadano, Consejos de la Familia, comunidad y vida

3.3.23 Plan Plurianual de Salud en el GRUN

El Plan Plurianual de Salud 2011-2015 surge como una continuidad de los objetivos, lineamientos y acciones estratégicas, contenidos inicialmente en el Plan Económico Financiero 2007-2010 y luego perfeccionados y ampliados en el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012.

El Plan Plurianual de Salud 2011- 2015 contempla además los lineamientos de la Política Nacional de Salud 2007-2012 y toma en cuenta las estrategias y acciones derivadas tanto del Sistema Nacional para el Bienestar Social, como de programas específicos como el AMOR a los más chiquitos y chiquitas.

Otra vertiente para este Plan Plurianual de Salud la constituye la estructura programática presupuestaria que vincula los objetivos, lineamientos y actividades estratégicas del Plan con los volúmenes de financiamiento presupuestario, expresados a través de programas y actividades presupuestarias, proyectos y obras. Es así que se relaciona de forma directa el Plan Plurianual de Salud 2011-2015 con el Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo 2011-2015 del MINSA.

Tanto el Plan Plurianual de Salud 2011-2015 como el Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo 2011-2015 se elaboran atendiendo los aspectos de la Política de Género del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional en la ruta por la igualdad absoluta de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres.

El Plan Plurianual se reviste de carácter sectorial, toda vez que en él se desarrolla la función rectora de la autoridad sanitaria. El hecho de que el presupuesto relacionado sólo se refiera a lo expresado en el Presupuesto General de la República y al Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo no demerita el

carácter Sectorial del Plan Plurianual, dado el respeto que debe existir al desarrollo ordenado de servicios de salud en esferas fuera de la institución bajo la conducción del Ministerio de Salud.

El Plan Plurianual se ha elaborado para ser un instrumento de gestión dinámico, capaz de sufrir actualizaciones anuales y debe regir la elaboración del Plan Institucional de Corto Plazo orientado a resultados cada año y aumentar un año cada vez para mantener su alcance en el tiempo.

El Plan Plurianual de Salud se rige bajo el siguiente marco de referencia:

1. Programa Económico Financiero 2007-2010
2. Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016
3. Política Nacional de Salud 2008
4. Sistema Nacional para el Bienestar Social 2008
5. Estructura Programática Presupuestaria 2009
6. Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo 2015-2018
7. Compromisos de Buen Gobierno (CBG) 2012-2016
8. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2015
9. Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018
10. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015
11. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020
12. Política Regional de Salud del SICA 2015-2022
13. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030

- *Características del Plan Plurianual de Salud*

1. El Plan Plurianual de Salud 2017-2021 es estratégico de alcance Sectorial
2. Instrumento que fortalece la rectoría sanitaria
3. Garantiza la promoción de la salud a toda la población
4. Asegura el acceso universal, cobertura universal con atención gratuita de calidad y con calidez en los servicios de salud

- *Hitos para la reformulación del Plan Plurianual 2015 – 2021*

1. Evaluación de Mediano Plazo (2011 a 2015) realizada en 2013: Sobrecumplimiento de Metas SIGRUN y por tanto se redimensionaron
2. Actualización del MGIMP 2015-2018 con techos del MHCP

3. Gestión Pública eficiente del Buen Gobierno del Comandante Daniel Ortega Saavedra

- *Las Metas de los Indicadores del Plan Plurianual en Salud*

Las Metas del Plan se estimaron en base a las Series cronológicas del 2007 al 2013 y a la proyección de cierre del 2014, hoy en día estas Metas no son las Reales por eso se requiere hacer una nueva evaluación de mediano termino en el 2018 para ajustar esta Metas.

Las Metas se construyeron en base al cumplimiento de los Compromiso de Buen Gobierno 2007 al 2011 y para las Metas CBG 2012 al 2016 y contiene Indicadores de Impacto, Indicadores de Resultados.

Cuadro 10. Financiamiento del Plan Plurianual de Salud 2015-2018 de acuerdo con el Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo en Salud (MGIMP)

Descripción	Presupuesto	Proyección		
		(Miles de Córdoba)		
	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
Gasto Corriente	9,470,034.00	10,346,214.00	11,884,820.00	12,927,016.00
Rentas del Tesoro	8,666,078.00	9,553,316.00	11,061,193.00	12,040,443.00
Rentas con Destino Especifico	115,610.00	140,043.00	155,547.00	164,335.00
Préstamos Externos	344,107.00	291,404.00	288,556.00	323,738.00
Donaciones Externas	344,239.00	361,451.00	379,524.00	398,500.00
Gasto Capital	1,205,799.00	1,531,069.00	1,702,607.00	2,211,246.00
Rentas del Tesoro	499,814.00	531,392.00	630,013.00	797,016.00
Rentas con Destino Especifico	15,000.00	15,000.00	15,000.00	17,000.00
Préstamos Externos	514,017.00	679,700.00	820,467.00	1,112,695.00
Donaciones Externas	176,968.00	304,977.00	237,127.00	284,535.00
PIP	1,111,927.00	1,399,683.00	1,547,013.00	2,046,416.00
Rentas del Tesoro	463,330.00	511,392.00	610,013.00	777,016.00
Préstamos Externos	473,638.00	583,435.00	700,000.00	985,000.00
Donaciones Externas	174,959.00	304,856.00	237,000.00	284,400.00
Otro Gasto de Capital	93,872.00	131,386.00	155,594.00	164,830.00
Rentas del Tesoro	36,484.00	20,000.00	20,000.00	20,000.00
Rentas con Destino Especifico	15,000.00	15,000.00	15,000.00	17,000.00
Préstamos Externos	40,379.00	96,265.00	120,467.00	127,695.00
Donaciones Externas	2,009.00	121.00	127.00	135.00
Total =====>	C\$10,675,833.00	C\$11,877,283.00	C\$13,587,427.00	C\$15,138,262.00

Fuente: MINSAs

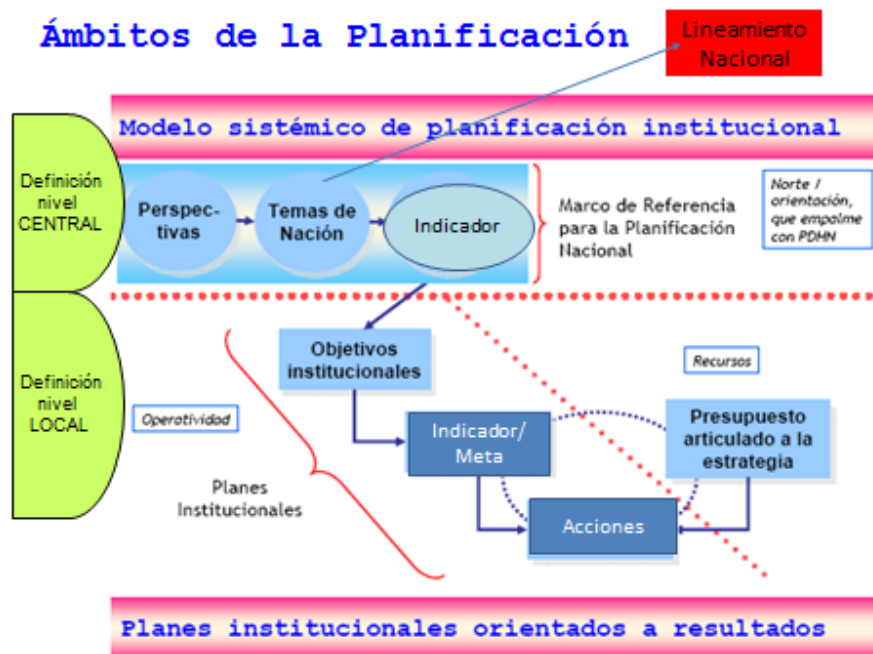
El cuadro anterior refleja la estructura y las proyecciones de los techos presupuestarios del Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo para 4 años, que respalda la planificación institucional en el MINSA.

Este ejercicio financiero permite tener predictibilidad de los fondos según fuentes de financiamiento.

3.3.24 Plan Institucional de Salud de Corto Plazo Orientado a Resultados

El Sistema Nacional de Planificación del GRUN es el marco de referencia del Modelo de la Planificación Institucional que parte de las Perspectivas que son dimensiones relevantes o ámbitos de acción de las estrategias de intervención del Gobierno Sandinista como se describe a continuación: Social, Productivo, Ambiental e Infraestructura estratégica.

Figura 25. Ámbitos de la Planificación



Fuente: SEPRES-MHCP

Las perspectivas tienen su salida a través de los Temas de Nación que son referentes centrales para la planificación institucional a partir del 2008, lo que se

constituyó en la brújula para toda la planificación nacional de corto plazo. Los Temas de Nación tendrán su salida en los indicativos, siendo estos lineamientos nacionales que no debemos dejar de implementar en 2008, se conciben como una agenda mínima.

Los indicativos se expresan a través de objetivos institucionales y estos se delimitan a partir de los indicadores que son expresión de medición por medio de las metas y de estas se desprenden las grandes acciones que a su vez esta articulado al presupuesto con su correspondiente financiamiento para cada acción y nos permitirá presentar resultados.

El Sistema Nacional de la Planificación Institucional vincula la Gestión, Asignación y Programación de Recursos Financieros, destacando la participación ciudadana como vigilante y garante de la gestión del GRUN.

Metodología completamente diferente a la utilizada en el pasado neoliberal la planificación respondía a los proyectos financiados por los organismos multilaterales (BID-BM). La institución tenía una planificación normativa sin una lógica de nación.

En la siguiente figura se puede apreciar los flujos e instrumentos del proceso de Planificación Institucional de Corto Plazo Orientada a Resultados en el GRUN y su vinculación con la presupuestación anual en las diferentes instituciones del gobierno. Dicha metodología ha permitido un mayor nivel de coherencia y alineamiento entre los diferentes actores que participan en estos procesos.

Figura 26. Sistema Nacional de Planificación, Cooperación e Información



Fuente: SEPRES-MHCP

Particularmente en el MINSA la planificación institucional se basa en los diferentes instrumentos políticos aplicados en el ámbito nacional, regional y local, discutidos directamente con la población organizada, para garantizar que esta se corresponda con las necesidades y problemas de la ciudadanía.

Figura 27. Instrumentos políticos de Planificación en el MINSA



Fuente: Creación propia.

3.3.24.1 Seguimiento y Evaluación del Plan

Dada la magnitud y trascendencia que tiene el Plan Institucional de Salud Orientado a Resultados, como instrumento operacional del Plan Nacional de Desarrollo Humano de Nicaragua y la Política Nacional de Salud, los procesos de seguimiento y evaluación se convierten en procesos relevantes y fundamentales para la decisión política.

El seguimiento o medición de avance de las metas de salud a nivel nacional es una tarea que corresponderá a un equipo institucional conformado por las Direcciones Generales del MINSA y coordinado por la Dirección General de Planificación y Desarrollo, que vigilarán permanentemente (mensualmente) que los responsables directos de la ejecución del Plan Institucional a nivel central y SILAIS, cumplan con las metas en los plazos establecidos. Tanto las Direcciones del Nivel Central como los SILAIS, brindarán un reporte trimestral, semestral y anual acumulativo de la situación de avance, enfatizando sobre cualquier situación que atente contra el desarrollo oportuno de lo establecido en el Plan Institucional orientado a resultados. Este reporte será la base para la elaboración de un plan de mejora que se retroalimentara de manera oportuna y que será revisado, discutido y aprobado por la Dirección Superior y el Consejo Técnico Ministerial.

El monitoreo y evaluación del avance de las metas de salud, se hará observando parilla de indicadores de resultados del plan, con los cuales se expresará de manera objetiva la situación del desempeño institucional. La mayoría de éstos indicadores, serán reportados de manera trimestral, semestral y anual. La unidad de Sistema de Información de la División General de Planificación y Desarrollo será la responsable de integrar la información estadística que se remita por los SILAIS (SINEVI, Producción de Servicios, vigilancia epidemiológica, información de los programas de salud). La información reportada deberá valorarse su pertinencia (conforme Fichas), calidad y oportunidad para su incorporación al Sistema de Gestión de Resultados Nacionales del Gobierno.

De manera semestral, conforme guía metodológica, se desarrollará un proceso de evaluación institucional con participación de los SILAIS y presentará un informe evaluativo integral de los logros, limitaciones, oportunidades y hará propuesta de acciones correctivas para asegurar el cumplimiento de las metas en los distintos indicativos y objetivos Institucionales del Plan 2008, el informe debe interpretar suficientemente los resultados obtenidos, el desarrollo institucional, así como todas aquellas condiciones externas que se tengan como relevantes a la gestión del MINSA.

La evaluación del Plan Institucional Orientado a Resultados, tendrá en cuenta además información que se genere del Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoría (SIGFA), de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, insumos médicos y no médicos, informes de supervisión, informes que generen las diferentes estructuras del MINSA y otra información relevante para la gestión sanitaria en el MINSA.

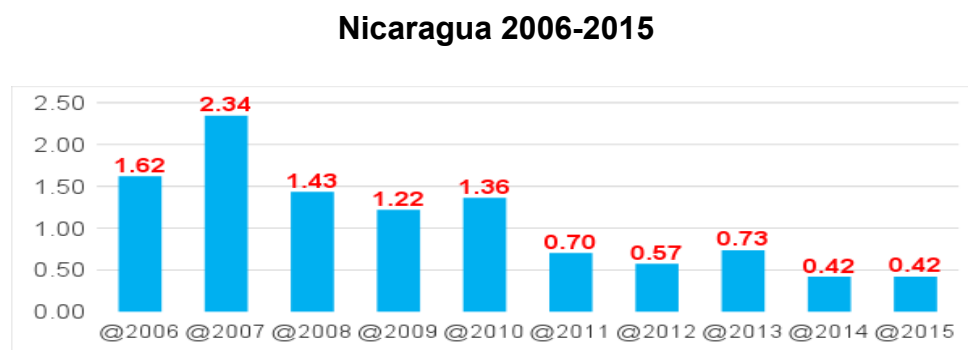
Para el objetivo 3: Determinar los resultados e impacto en salud que ha generado el proceso de transformación sanitaria en las familias nicaragüenses.

El proceso de transformación sanitaria ha generado cambios importantes en los indicadores de salud. A continuación, se caracterizan los principales logros en salud en Nicaragua, durante el período 2006 al 2015.

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), históricamente se ha constituido en una importante causa de mortalidad en la niñez, en los últimos años presenta una franca tendencia a su reducción, principalmente a partir del 2008 (ver gráfico N° 1). En 2015 en comparación con el año 2014 presenta un comportamiento similar en la tasa de incidencia de 0.42 por cada 10.000 habitantes.

Otro elemento del contexto que aporta a este incremento del año 2010 es que Nicaragua fue marcado por los desastres naturales provocados por la tormenta Tropical Agatha, por las abundantes lluvias ocasionadas, ocurriendo grandes inundaciones en todo el territorio Nacional, crecidas de ríos y de los lagos de Managua y Cocibolca, los cuales superaron los niveles históricos lo que ocasionó varias epidemias como Dengue, Leptospirosis e incremento de los casos de Diarrea, por consecuencia se registra un incremento en la mortalidad. En el año 2015 el número de casos (29) y la tasa de mortalidad (0.42) por diarreas en menores de 5 años se mantienen igual al año 2014.

Figura 28. Tasas de Mortalidad por diarreas en menores de 5 años.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MINSA.

En el Gráfico anterior se observa la reducción de la tasa de mortalidad por Diarrea a partir del año 2008 aunque en el 2010 se presentó un incremento con respecto al año anterior. En el año 2007 el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional inicia la introducción de la vacuna de Rotavirus y la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC) con el propósito de facilitar condiciones para la prestación de servicios en los municipios y comunidades lo que ha contribuido a mejorar la vigilancia de la salud desde la comunidad.

En el estado nutricional de los menores de cinco años, al analizar las Encuestas Nicaragüenses de Demografía y Salud (ENDESA) de 1998, 2001, 2006/07 y 2011/12 la desnutrición crónica ha disminuido desde 1998 hasta 2011/12. No obstante. La Desnutrición Aguda sufrió un incremento entre el periodo 2006/7 a 2011/12.

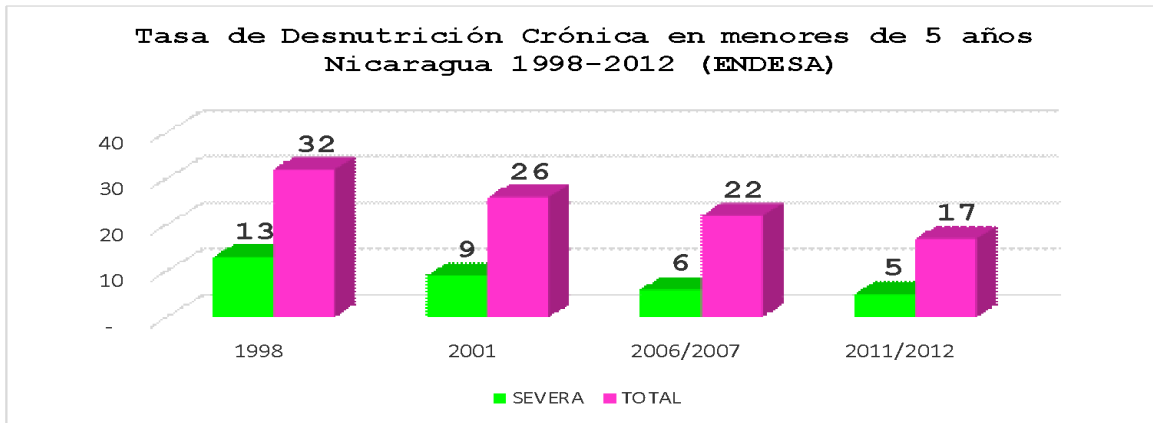
Cuadro 11. Desnutrición Infantil en menores de 5 años en Nicaragua

Tipos de desnutrición infantil			
ENDESA	% DNC Talla/Edad	% DNA Peso/Talla	% DNG Peso/Edad
1998	32.4	3.1	11.2
2001	25.8	2.3	8.0
2006/7	21.7	1.4	5.5
2011/12	17.3	2.1	5.0

Fuente: Nicaragua, Encuestas Nicaragüenses de Demografías y Salud 1998, 2001, 2006/07, 2011/12.

La disminución observada de la Desnutrición Infantil durante el período de Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional se corresponde con la implementación de los programas emblemáticos de gobierno en el campo y la ciudad que capitalizan a las mujeres y sus familias, con lo que ellas logran mejorar la nutrición de sus hijos.

Figura 29. Tasa de Desnutrición crónica en menores de cinco años



Fuente: Nicaragua, Encuestas Nicaragüenses de Demografías y Salud 1998, 2001, 2006/07, 2011/12.

En la figura 26. Se observa una disminución del ritmo de la desnutrición Total (32%, 26%, 22% y 17%), entre las diferentes encuestas, se observa además una importante disminución de 8 puntos porcentuales entre 1998 y 2012 en la desnutrición severa.

En relación al dengue, se observa que en cuanto a los casos sospechosos del periodo 2006 al 2015, la tasa de búsqueda de casos se incrementa en el año 2009, en el 2013 alcanza 112.47, por 10,000 habitantes, que fue un año de alta incidencia de dengue. En el año 2015 hasta la semana epidemiológica número 53, se notificaron un total de 49,324 casos sospechosos de dengue. En el mismo período del año 2014 se notificaron a vigilancia un total de 35,421 casos sospechosos. Podemos observar que las notificaciones incrementaron en un 39% obteniendo para este año una diferencia significativa de 13,903 casos de más. Con una tasa de incidencia de 78.76 por 10,000 habitantes a diferencia del 2014 con 57.15 (ver cuadro 12.)

Cuadro 12. Dengue Sospechosos por SILAIS Casos y Tasas por 10,000 habitantes 2006 – 2015 Nicaragua

SILAIS	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa
Madriz	591	43.60	541	38.25	762	52.02	308	20.78	613	40.87	271	17.86	684	44.55	2,466	154.08	1,764	108.83	3,403	207.32
Nueva Segovia	842	39.19	1,032	46.62	274	11.92	193	8.29	563	23.92	715	30.01	1,287	53.39	5,149	208.91	2,881	115.26	4,689	184.98
Esteli	2,409	109.40	1,098	50.32	689	31.83	388	17.83	1,211	55.38	738	33.59	2,024	91.71	4,115	165.45	1,431	64.15	3,815	170.14
Rivas	153	9.03	209	12.23	67	4.01	438	26.09	625	37.07	427	25.21	1,169	68.68	2,112	120.26	887	50.21	2,865	161.26
Chontales	223	11.58	212	11.86	108	6.06	530	29.25	883	47.91	461	24.60	902	47.34	5,423	282.62	3,378	174.79	2,566	131.84
Zelava Central	118	5.53	194	11.00	36	2.23	99	6.06	93	5.66	146	8.83	264	15.89	1,234	74.00	1,045	62.44	1,967	117.13
Managua	1,714	12.15	3,663	26.90	2,613	19.14	7,996	57.80	9,802	69.95	2,323	16.39	10,487	73.16	17,085	117.00	8,324	56.54	14,943	100.66
Boaco	90	5.25	764	47.05	286	17.36	735	44.28	632	37.78	282	16.72	1,081	63.58	2,018	114.67	2,479	139.83	1,679	94.02
Nicaragua	10,524	18.81	12,447	22.21	8,886	15.68	18,078	31.48	25,357	43.60	11,891	20.19	30,524	51.19	68,995	112.47	35,421	57.15	49,324	78.76
Leon	204	5.17	541	13.86	875	22.32	1,154	29.34	2,908	73.71	1,979	50.00	1,957	49.30	6,631	163.08	2,652	64.88	2,767	67.35
Carazo	1,448	80.52	674	38.55	407	23.11	624	35.13	1,653	92.29	543	30.06	774	42.49	2,235	118.76	491	25.91	1,189	62.33
Granada	334	17.24	295	15.99	270	14.26	331	17.31	654	33.87	410	21.04	1,631	82.90	1,942	95.82	549	26.87	1,180	57.28
Matagalpa	1,043	19.21	972	17.67	1,043	18.44	1,452	25.35	1,429	24.65	939	16.00	2,661	44.81	5,121	83.50	2,592	41.75	2,889	45.97
RACCS	259	23.31	257	19.99	150	10.80	1,463	103.18	138	9.47	325	21.70	327	21.24	636	38.77	1,218	72.39	660	38.23
Chinandega	315	6.99	627	14.01	556	13.56	649	15.78	1,088	26.36	694	16.75	930	22.36	7,070	166.26	2,040	47.73	1,592	37.06
Masaya	386	11.88	578	18.33	237	7.26	1,249	37.66	1,747	51.86	876	25.62	2,405	69.32	2,544	71.97	1,514	42.20	1,052	28.89
Jinotega	126	4.17	224	6.30	224	5.96	131	3.41	578	14.69	488	12.13	1,446	35.17	1,588	37.43	1,406	32.60	1,277	28.70
Rio San Juan	166	16.99	400	39.73	238	22.51	244	22.69	382	34.93	172	15.46	275	24.28	575	46.31	109	8.67	294	23.11
Las Minas	68	4.07	155	8.40	38	1.89	60	2.90	183	8.59	68	3.10	146	6.47	821	34.53	488	20.24	458	18.74
Bilwi	35	3.49	11	0.78	13	0.82	34	2.09	175	10.39	34	1.95	74	4.11	230	11.76	173	8.64	39	1.96

Fuente: Vigilancia Epidemiológica - MINSA.

En relación al comportamiento de los casos confirmados de Dengue del 2006 al 2015 se observa incremento de las tasas en el año 2009, 2010 y 2013, durante el año 2015 hasta la semana epidemiológica número 53 se notificó un total de 4,082 casos de dengue confirmados. En el mismo período del año 2014 se notificaron a vigilancia un total de 1,933 casos. Observando que las notificaciones incrementaron en más del 100 por ciento para este periodo; con una diferencia significativa de 2,149 casos de más.

Con una tasa de incidencia en el año 2015 de 6.52 por 10,000 habitantes a diferencia del 2014 con 3.12. En cuanto a su distribución por territorio; podemos decir que los SILAIS con mayor riesgo por su tasa de incidencia y que pasan la tasa nacional en este periodo son los siguientes: Managua (13.43), Nueva Segovia (10.18), Chinandega (7.96), Madriz (7.19), Rivas (7.20) y Chontales (6.63) según se muestra en cuadro 13.

Cuadro 13. Casos y Tasas de Dengue confirmado 2006-2015

Dengue Confirmado por SILAIS
Casos y Tasas por 10,000 habitantes.
2006 - 2015 Nicaragua.

SILAIS	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa	C de Dengue	Tasa
Biwi	-	-	3	0.21	3	0.19	6	0.37	44	2.61	-	-	17	0.94	104	5.32	15	0.75	-	-
Las Minas	13	0.78	32	1.73	22	1.09	30	1.45	53	2.49	29	1.32	34	1.51	122	5.13	22	0.91	28	1.15
Jinotega	37	1.22	43	1.21	49	1.30	47	1.22	100	2.54	36	0.90	394	9.58	116	2.73	71	1.65	75	1.69
Carazo	242	13.46	52	2.97	18	1.02	96	5.40	294	16.42	22	1.22	73	4.01	396	21.04	27	1.42	39	2.04
Matagalpa	201	3.70	208	3.78	248	4.39	333	5.81	233	4.02	205	3.49	443	7.46	239	3.90	76	1.22	143	2.28
Granada	34	1.75	24	1.30	13	0.69	44	2.30	96	4.97	27	1.39	331	16.82	151	7.45	19	0.93	55	2.67
Masaya	78	2.40	87	2.76	34	1.04	254	7.66	256	7.60	80	2.34	399	11.50	409	11.57	66	1.84	100	2.75
RACCS	75	6.75	38	2.96	10	0.72	251	17.70	18	1.24	43	2.87	77	5.00	174	10.61	377	22.41	76	4.40
Zelaya Central	6	0.28	2	0.11	3	0.19	40	2.45	53	3.23	43	2.60	80	4.81	137	8.22	35	2.09	81	4.82
Esteli	85	3.86	21	0.96	19	0.88	16	0.74	199	9.10	39	1.78	294	13.32	388	17.49	53	2.38	118	5.26
Rio San Juan	31	3.17	55	5.46	51	4.82	60	5.58	132	12.07	34	3.06	70	6.18	157	12.65	4	0.32	67	5.27
Boaco	13	0.76	52	3.20	33	2.00	82	4.94	93	5.56	16	0.95	104	6.12	282	16.02	116	6.54	99	5.54
Leon	71	1.80	153	3.92	64	1.63	181	4.60	464	11.76	78	1.97	165	4.16	895	22.01	122	2.98	233	5.67
Nicaragua	1,361	2.43	1,620	2.89	1,468	2.59	3,351	5.84	5,191	8.93	1,311	2.23	5,546	9.30	8,996	14.67	1,933	3.12	4,082	6.52
Chontales	24	1.25	5	0.28	12	0.67	142	7.84	214	11.61	122	6.51	199	10.44	296	15.43	58	3.00	129	6.63
Madriz	58	4.28	49	3.46	111	7.58	33	2.23	94	6.27	13	0.86	46	3.00	298	18.62	37	2.28	118	7.19
Rivas	25	1.48	17	0.99	14	0.84	41	2.44	158	9.37	6	0.35	80	4.70	126	7.17	34	1.92	128	7.20
Chinandega	61	1.35	85	1.90	81	1.98	71	1.73	156	3.78	132	3.19	244	5.87	933	21.94	107	2.50	342	7.96
Nueva Segovia	121	5.63	151	6.82	76	3.31	42	1.81	76	3.23	19	0.80	139	5.77	337	13.67	167	6.68	258	10.18
Managua	186	1.32	543	3.99	607	4.45	1,982	11.43	2,458	17.54	367	2.59	2,357	16.44	3,436	23.53	527	3.58	1,993	13.43

Fuente: Vigilancia Epidemiológica MINSA.

En el año 2015 según las estadísticas los grupos más afectados fueron: en primer lugar el grupo de 20 a 34 años con 1,076 casos confirmados lo que representa un incremento del 139 por ciento, en segundo lugar el grupo de 10 a 14 años con 701 casos confirmados representando un incremento del 149 por ciento, en tercer lugar el grupo de 05 a 09 años con 644 casos confirmados para un incremento del 80 por ciento, el grupo de 2 a 4 años refleja un total de 150 casos confirmados lo que representa un descenso del 9 por ciento comparado con el año 2014, adolescentes y jóvenes son los de mayor riesgo. En este año se identificaron dos serotipos del dengue D1 y D2, (ver cuadro 14)

Cuadro 14. Casos de Dengue Confirmados por grupo Etéreo, Nicaragua 2006 – 2015

Grupo de Edad	Año 2006		Año 2007		Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011		Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menores de 1 año	10	3	28	15	22	11	38	22	80	28	13	3	46	24	98	97	18	18	59	55
De 1 año	10	3	10	9	13	11	38	47	51	35	15	8	36	27	98	87	21	23	20	28
De 2 a 4 años	34	52	53	52	50	61	178	146	261	232	36	39	174	139	386	438	91	73	86	64
De 5 a 9 años	126	110	118	147	131	148	408	447	579	610	133	105	382	459	878	864	181	177	339	305
De 10 a 14 años	165	130	200	150	113	102	328	322	618	513	130	105	482	494	973	852	154	128	369	332
De 15 a 19 años	99	90	87	105	96	88	200	186	380	315	144	109	539	559	665	698	101	155	261	242
De 20 a 34 años	135	157	157	213	133	171	274	345	449	444	142	135	786	741	815	991	210	241	494	582
De 35 a 49 años	44	88	66	105	69	101	110	123	197	183	52	60	233	199	323	326	92	109	229	250
De 50 a 59 años	17	25	28	25	30	44	38	35	59	62	23	17	83	61	99	110	40	30	83	119
De 60 a 64 años	6	10	4	7	9	12	14	12	15	15	7	3	24	14	22	39	12	18	31	26
Mayores de 64 años	20	18	18	17	20	24	11	19	31	33	16	11	18	23	71	65	21	21	38	73
Sin especificar edad	4	5	5	1	3	6	6	4	1	0	3	2	2	1	0	1	0	0	0	0

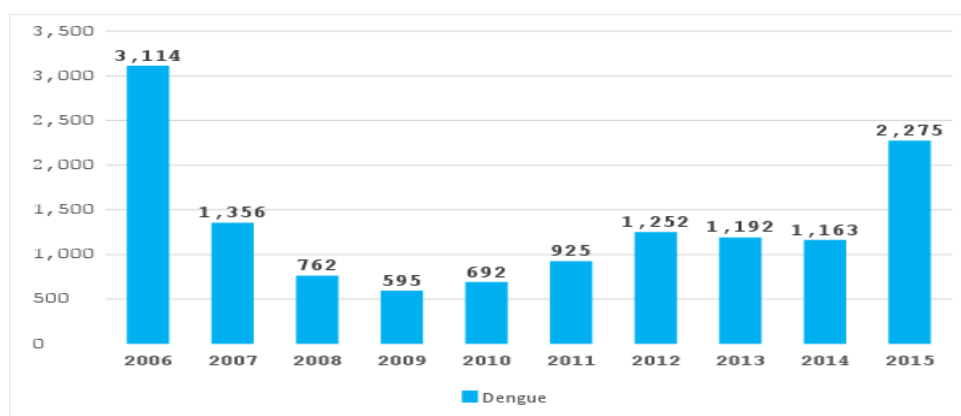
Fuente: Vigilancia Epidemiológica MINSA.

En los diferentes SILAIS se están ejecutando actividades de control vectorial a través de los planes de Lucha Antiepidémica, una de las principales actividades es la sensibilización casa a casa donde se abordan a las familias para mejorar las condiciones sanitarias y eliminar los criaderos de vectores en las viviendas.

Continuando con el esfuerzo de la lucha anti epidémica para el año 2015, se abatizaron 8, 325,362 viviendas, con un promedio de 5 depósitos abatizados por viviendas y un promedio de 7 depósitos eliminados por vivienda. Además, fueron fumigadas 15, 885,159 viviendas. En este año hubo un aumento de las actividades anti vectoriales ya que a partir de la entrada al país del virus del chikungunya, el MINSA orientó la realización de planes de exterminios en los municipios de altos riesgos, así como intensificación de las jornadas de limpieza con alta participación comunitaria para combatir al vector *Aedes Aegypti*, que actualmente transmite tres enfermedades virales dengue, chikungunya y Zika.

En relación al comportamiento epidemiológico de la Malaria, en el año 2006, el total de casos fueron 3,114 con 330 casos por Falciparum, con un índice parasitario de 0.55. A partir del 2007 se realizó un esfuerzo importante, disminuyendo la incidencia de malaria en la población más vulnerable del país.

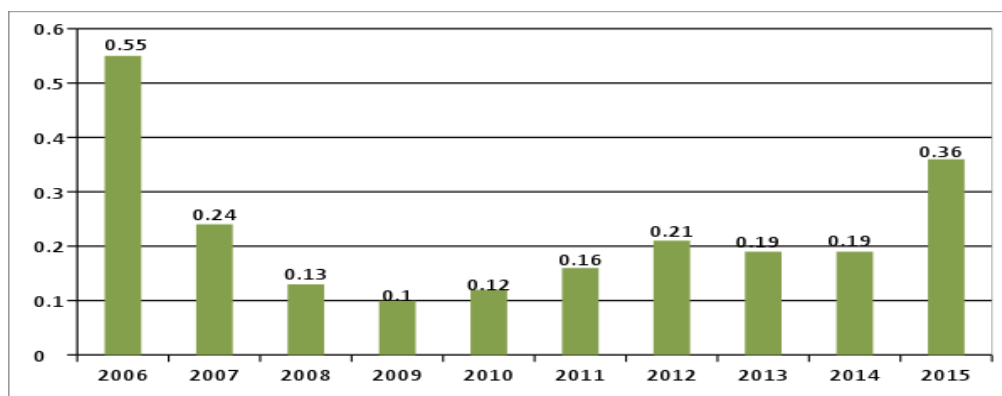
Figura 30. Número de Casos de Malaria 2006 - 2015



Fuente: SIMALARIA-DGVSP-MINSA

En el año 2015 se presentó un incremento de los casos de malaria relacionado a macro factores medioambientales relacionados con el cambio climático en la región y factores socio cultural en la Costa Caribe. No obstante, a pesar del notorio incremento, en comparación al 2006, hay mejoría de los indicadores malaricos métricos. Con la implantación del Modelo de Atención en Salud Integral de la Región Autónoma de la Costa Caribe (MASIRACC), se ha intensificado el acercamiento de la atención en salud a las poblaciones étnicas y migrantes, lo que ha favorecido el fortalecimiento al abordaje integral de la malaria.

Figura 31. Malaria: Índice Parasitario Nicaragua 2006 – 2015 (Por 1,000 habitantes)



Fuente: SIMALARIA-DGVSP-MINSA

**Cuadro 15. Casos acumulados de Malaria de ambos sexos
Hasta semana epidemiológica No.53, 2006 – 2015**

SILAIS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Boaco	44	13	4	2	1	9	3	1	5	1
Carazo	0	1	2	2	0	0	1	0	1	0
Chinandega	300	175	160	52	30	63	138	119	48	11
Chontales	13	3	4	4	1	0	0	0	0	0
Zelaya Central	45	9	2	3	0	0	0	0	0	8
Granada	0	0	3	4	0	2	0	0	0	0
Jinotega	129	23	3	4	6	140	58	26	40	43
Estelí	11	3	2	1	0	0	0	0	2	1
León	44	75	35	8	16	13	10	9	7	3
Madriz	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Managua	119	142	116	78	10	12	21	11	12	2
Masaya	0	2	3	0	0	1	1	0	0	0
Matazalpa	459	176	69	22	10	1	6	3	5	4
Nueva Segovia	16	2	3	0	5	1	0	4	1	5
Bilwi	570	277	182	294	554	595	675	604	598	1480
Las Minas	711	285	137	109	47	78	296	390	353	436
R. A. Atlántico	621	161	31	9	11	9	42	28	89	281
Rio San Juan	16	8	3	2	0	0	1	0	1	0
Rivas	16	1	3	1	1	0	0	0	0	0
NICARAGUA	3114	1356	762	595	692	925	1,252	1,195	1,163	2275

Fuente: SIMALARIA-DGVSP-MINSA

El área más afectada es la Costa Caribe, que presenta el 97 por ciento de los casos registrados en el país en el 2015. El resto del país registró casos provenientes de la zona caribe. Hay 95 municipios que no han tenido casos en los últimos tres años (2012-2013-2014).

Cuadro 16. Casos Acumulados de Malaria Falciparum ambos sexos, 2006 – 2015 semana epidemiológica No. 53

SILAIS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Boaco	8	1	1	1	1	0	1	0	0	0
Carazo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Chinandega	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Chontales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zelaya Central	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Granada	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Jinotega	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Estelí	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
León	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
Madriz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Managua	5	3	2	0	1	2	4	0	1	0
Masaya	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Matagalpa	10	5	0	0	1	0	0	0	0	0
Nueva Segovia	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Bilwi	83	65	36	79	131	130	176	185	124	317
Las Minas	167	25	18	10	17	17	42	30	31	24
R. A. Atlántico	53	7	2	0	0	0	17	4	6	0
Río San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NICARAGUA	330	106	61	93	154	150	243	220	163	342

Fuente: SIMALARIA-DGVSP-MINSA

Los casos de Malaria Falciparum desde el año 2006 al 2015 prevalecen en la Costa Caribe, cabe destacar que en los años 2013 y 2014 no se registraron fallecidos por Malaria. Se presentó 1 fallecido en el año 2015.

En el 2015, las áreas maláricas están claramente definidas por estrato de riesgo, teniendo actualmente 95 municipios en Estrato I (municipios libres de malaria sin casos autóctono, IPA cero en los últimos 3 años), 47 municipios en Estrato II (municipios con muy baja transmisión de malaria con casos autóctonos, IPA < 1 por cada 1,000 habitantes en cualquiera de los últimos tres años, y 11 municipios en Estrato III (municipios con alta transmisión de malaria, IPA > de 1 por cada 1,000 habitantes en cualquiera de los últimos tres años).

En el año 2006, el total de casos fueron 3,114 con 330 casos por Plasmodium Falciparum y con un índice parasitario de 0.55. En el 2015 el Índice parasitario anual es de 0.36.

3.3.25 Mortalidad General

El comportamiento de la mortalidad general en los últimos años se presenta como porcentaje del total de defunciones ordenado de mayor a menor según el año 2015 y se han escogido los primeros 10 de 20 grupos de causas.

El mayor peso porcentual de defunciones registradas, es de las Enfermedades del Sistema Circulatorio, los Tumores y Enfermedades Endocrinas y causas externas que representan en 2015 el 50% del total de defunciones, en 2006 representaban el 45% del total.

Las Enfermedades del Sistema Circulatorio incrementaron en 3 puntos porcentuales en 2015 en relación con 2006, manteniéndose en todo el período presentado como la primera causa de muerte.

Los tumores se constituyen en el segundo grupo de causas de defunción del país incrementándose en 1 punto porcentual en 2015 en relación al 2006.

Cuadro 17. Peso porcentual de defunciones según agrupación por Capítulos de la CIE 10 Nicaragua 2006 – 2015

Cap.	Nombre Capitulo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	3%
2	TUMORES	12%	13%	12%	13%	12%	13%	13%	13%	13%	13%
3	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTA EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0%	1%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
4	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	8%	8%	8%	9%	10%	10%	9%	9%	9%	9%
5	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	2%	1%	1%	1%	1%	2%	2%	1%	1%	1%
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
7	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	25%	26%	26%	25%	26%	26%	26%	27%	28%	28%
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7%	8%	10%	8%	8%	7%	8%	8%	7%	8%
11	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	7%	7%	7%	7%	7%	7%	8%	8%	9%	8%
12	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
13	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	1%	0%	0%
14	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	5%	6%	6%	6%	6%	7%	6%	7%	7%	7%
15	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
16	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	7%	6%	6%	5%	5%	6%	6%	6%	5%	5%
17	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	3%	2%	2%	2%	2%	3%	2%	3%	2%	2%
18	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	3%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	1%	1%	2%
19	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTO Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
20	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	13%	13%	12%	13%	12%	11%	11%	10%	10%	9%

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas, (ONE-MINSA)

En hombres los principales tumores son los Tumores Malignos de los Órganos Digestivos que corresponden al 50.4 por ciento de los tumores, los Tumores Malignos de los Órganos Genitales Masculinos el 39.2 por ciento, los Tumores Malignos de los Órganos Respiratorios e Intratorácicos el 60.2 por ciento y los Tumores Malignos del Tejido Linfático; de los Órganos Hematopoyéticos y de Tejidos Afines 57.2 por ciento, estos cuatro corresponden al 82 por ciento del total de defunciones por tumores ocurridos en hombres, presentando un incremento en relación al porcentaje del año 2014.

En las mujeres los principales tumores son los Tumores Malignos de los Órganos Digestivos que corresponden al 33 por ciento de los tumores, los Tumores Malignos de los Órganos Genitales Femeninos el 25 por ciento, y los Tumores Malignos del Tejido Linfático; de los Órganos Hematopoyéticos y de Tejidos Afines 9.6 por ciento, los tumores malignos de los Órganos respiratorios e Intratorácicos el 6.6 por ciento estos cuatro corresponden al 74 por ciento del total de defunciones por tumores ocurridos en mujeres.

Las causas externas de morbilidad y de mortalidad y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ocupan un tercer lugar, ambos grupos con un 9 por ciento en el año 2015 y en relación al año 2006, las causas externas han disminuido en relación al año 2006 en 4 puntos porcentuales. Las causas externas de morbilidad y de mortalidad Ocupa en el año 2015 un primer lugar de grupos de causas de defunción en hombres en los que ha incrementado en relación al 2014, esta misma causa en las mujeres ocupa un noveno lugar entre las que ha disminuido para este período. Los porcentajes de las defunciones por sexo en este grupo de causas son de 80 por ciento en hombres y 20 por ciento en mujeres. Presentando una disminución de un punto porcentual en cada sexo respecto al año 2015.

El cuarto lugar lo ocupan las enfermedades del Sistema Respiratorio y las enfermedades del Sistema Digestivo que representan ambas causas un 8% de las defunciones totales, y en relación al año 2006 ambas disminuyen en un punto porcentual. Las defunciones del grupo de causas de las Enfermedades Endocrinas, Nutricionales, la relación porcentual es de 44 por ciento en hombres y 56 por ciento en mujeres, y se registra un incremento de 88 por ciento en hombres en 2015 con respecto a 2006, ocupando el tercer lugar entre los grupos de causas en hombres. En mujeres este grupo de causas de defunción ocupa el primer lugar, en este grupo de causas de defunción la diabetes mellitus sola, representa el 51 por ciento de las defunciones, habiendo una disminución del 38 por ciento en relación al año 2015.

Las enfermedades del sistema respiratorio se sitúan en el quinto lugar de los grupos de causas de defunción. Han incrementado 16.33 por ciento entre 2006 y 2015 tanto para el total del grupo como en cada uno de los sexos. La mortalidad por este grupo de causas se sitúa en segundo lugar en los hombres e igual para las mujeres. Las principales causas dentro del grupo son las Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores que representan el 46 por ciento de las defunciones del grupo y las neumonías con el 42 por ciento.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias, Ocupan un sexto lugar en los grupos de causas de defunción en hombres y ha disminuido el 42 por ciento desde el año 2006; en 2015 el grupo de las mujeres ocupa el quinto lugar y de igual manera presenta una disminución de 52 por ciento.

Al relacionar este grupo de causas de defunción con los motivos de consulta se nota que la morbilidad, prácticamente no se reduce, debido a que las condiciones estructurales que actúan como determinantes, tardan un tiempo relativamente prolongado en ser cambiadas.

Las principales causas de defunción dentro del grupo lo constituyen las relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) con el 30 por ciento, la Enfermedad Diarreica Aguda con 16% y la Tuberculosis con 18 por ciento.

En séptimo lugar está el grupo de causas de defunción de Enfermedades del Sistema Genitourinario que entre 2006 y 2015 han incrementado en 28 por ciento; Del total de defunciones por este grupo de causas el 73 por ciento son hombres y el 27 por ciento mujeres. La principal causa específica en el grupo son las defunciones por Insuficiencia Renal Crónica que representa el 94 por ciento del total de defunciones del grupo.

Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal es el grupo de causas de defunción que ocupa el octavo lugar y según sexo el comportamiento ha sido de 59 por ciento en hombres y 41 por ciento en mujeres en el año 2015 en su grupo, con respecto al total de defunciones se registra un 9 por ciento

Entre las causas específicas de este grupo de defunciones están los Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares Específicos del Período Perinatal (asfixias) que representan el 45 por ciento de defunciones del grupo, Infecciones Específicas del Periodo Perinatal 20 por ciento y los Trastornos Relacionados con la Duración de

la Gestación y el Crecimiento Fetal (prematurez) 2.5 por ciento, las tres causas suman el 64 por ciento de las defunciones del grupo.

En el grupo de defunción las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas, ocupan en el año 2015 el Décimo lugar y prácticamente se presenta de forma igual en ambos sexos, Las principales causas de defunción en este grupo están relacionadas con Malformaciones Congénitas del Sistema Circulatorio 24 por ciento y con Malformaciones Congénitas Del Sistema Nervioso 9 por ciento.

El 60 por ciento de las causas de defunción mantienen una tendencia al incremento o a no modificar su comportamiento, debido a la acumulación histórica de riesgos en las poblaciones y las personas, de tal manera que para las generaciones adultas lo único posible es el impulsar medidas de mitigación, dirigidas a prolongar su vida y mejorar su calidad de vida.

Atendiendo esa característica de la conducta poblacional es que se continúan impulsando las acciones de promoción, protección y prevención integral del daño a las persona, siendo importante mantener la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, el impulso de la campaña Vivir Limpio, Vivir Sano, Vivir Bonito, Vivir Bien y el Programa Amor a los más Chiquitos, que fortalece la adopción de cambios de comportamientos y estilos de vida saludables, las acciones de lucha anti epidémica, entre otras iniciativas.

La tasa de mortalidad por problemas cardiovasculares (enfermedad hipertensiva, enfermedad cerebrovascular y problemas isquémicos del Corazón bajo los códigos CIE-10 del I-10 al I-25), se ha incrementado.

Cuadro 17. Tasa de Defunciones por Problemas Cardiovasculares, según Edad. Nicaragua 2006-2015

Grupo Edades	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
15 - 34 Años	0.1				0.0				0.1	
35 - 49 Años	0.0	0.5	0.2	0.4	0.7	0.3	0.2	0.2	0.3	0.1
50 a Mas	2.9	3.7	3.0	5.1	4.9	5.6	4.3	4.5	4.6	2.5
Nicaragua	0.6	0.5	0.4	0.7	0.7	0.8	0.6	0.7	0.7	0.4

Fuente: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI-ONE)

Nota: Tasa x 100,000 habitantes

La tasa de mortalidad en el grupo etáreo de 15-35 años, por cada 100,000 habitantes de esas edades se encuentra en 7 en 2015. En el número de casos

aumenta en un 93 por ciento, en relación a 2006. En el grupo de 35 a 49 años la tasa de mortalidad por esta causa es de 40 en 2015, el número de casos incrementa 2014 a 2015 (de 4,474 fallecidos a 4,648).

En Nicaragua en 1959 las principales causas de fallecimiento eran las enfermedades infecciosas, contrarias con las de Estados Unidos que eran eminentemente producidas por enfermedades crónicas y accidentes (ver figura 32).

Figura 32. Cinco principales Causas de Muerte en Nicaragua y EUA 1959.

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN NICARAGUA (1959)			
Causas	Muertes	Tasa por 100 mil hs.	Porcentaje
1 — Diarrea y enteritis	1,458	102	12
2 — Accidentes y violencias	806	57	7
3 — Paludismo	727	51	6
4 — Tifoidea, paratifoidea y salmonelosis	584	41	5
5 — Influenza y Neumonía	534	38	5

ESTADOS UNIDOS (1959)			
1 — Enfermeades del corazón			
2 — Cáncer			
3 — Lesiones vasculares			
4 — Accidentes			
5 — Neumonía			

GRUPO IMPORTANTE POR SU EFECTO EMOCIONAL, PELIGRO EPIDEMICO POTENCIAL, ASPECTO INTERNA- CIONAL (CUARENTENABLES) O PREOCUPACION SOCIAL (ESPECTACULARES, TEMIDAS) (1959).			
Causas	Muertes	Tasa por 100 mil hs.	Porcentaje
1 — Tuberculosis	113	7	1
2 — Parálisis infantil	9	0	0
3 — Lepra	1	0	0
4 — Viruela	0	0	0
5 — Fiebre amarilla	0	0	0

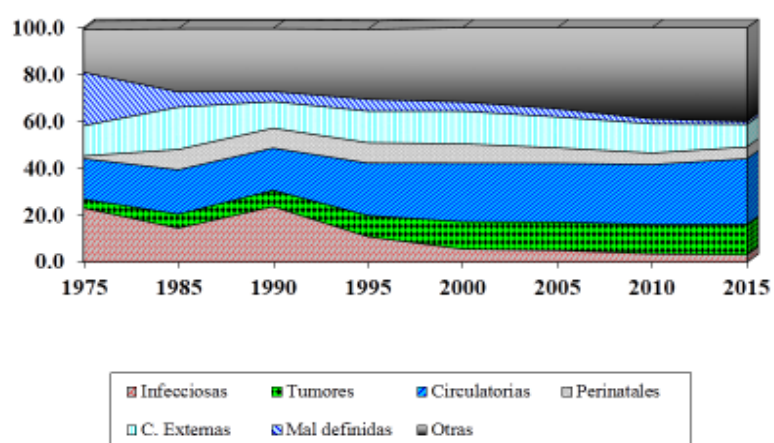
Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE-DGPD-MINSA)

La transición epidemiológica, es un cambio paulatino en el perfil de la mortalidad, donde se observa una disminución de los decesos por causas infecciosas

asociadas con carencias primarias y un aumento de las muertes vinculadas a enfermedades degenerativas relacionadas más bien con factores genéticos y carencias secundarias y el aumento de las muertes violentas. La disminución de las muertes por causas de tipo infeccioso beneficia principalmente a niños, jóvenes y mujeres.

Figura 33. Peso Porcentual de las causas de defunción ambos sexos 1975-2015

Peso porcentual de las causas de defunción para ambos sexos. Nicaragua 1975-2015



Fuente: Nicaragua, SINEVI

Cuadro 18. Diez Principales Causas de Defunción, Año 2006

Causas	2006
Enfermedades Isquémicas Del Corazón	2,009
Enfermedades Cerebrovasculares	1,178
Diabetes Mellitus	1,145
Insuficiencia Renal	810
Enfermedades del Hígado	776
Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares Específicos del Periodo Perinatal	732
Tumores Malignos de los Órganos Digestivos	727
Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores	562
Influenza [Gripe] y Neumonía	533
Agresiones	517
Total	8,989

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE-DGPD-MINSA)

En el transcurso de 10 años no hay cambios significativos en las causas de fallecimiento. No obstante, en la actualidad (2015) prevalecen las enfermedades crónicas degenerativas propias de los países desarrollados, aunque persisten también las enfermedades infecciosas, con lo cual queda evidente la transición epidemiológica.

Cuadro 19. Diez Principales Causas de Defunción, Año 2015

Causas	2015
Enfermedades Isquémicas del Corazón	3,559
Diabetes Mellitus	2,008
Enfermedades del Hígado	1,469
Enfermedades Cerebrovasculares	1,426
Insuficiencia Renal	1,304
Tumores Malignos de los Órganos Digestivos	1,031
Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores	874
Enfermedades Hipertensivas	814
Influenza [Gripe] y Neumonía	799
Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares Específicos del Periodo Perinatal	783
Total	14,067

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE-DGPD-MINSA)

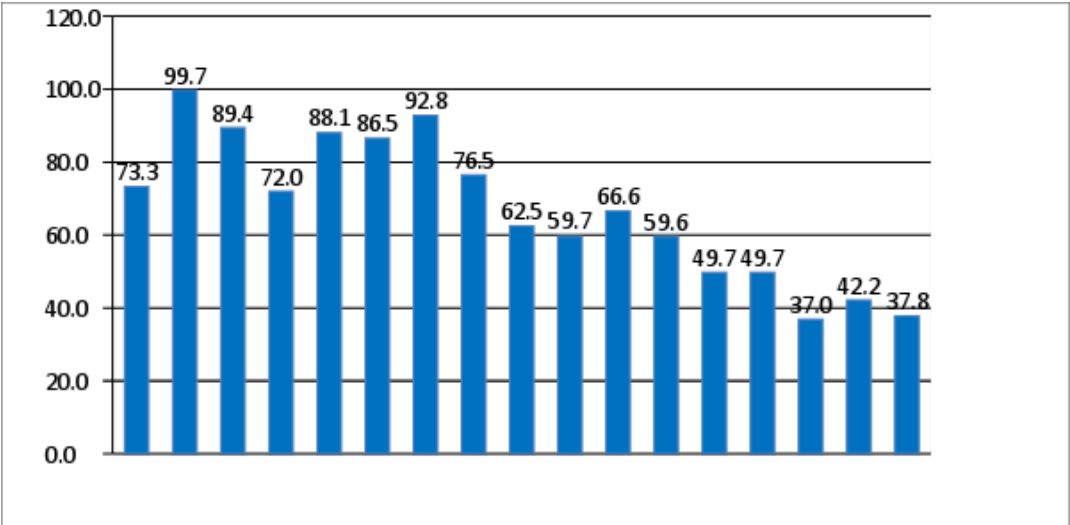
3.3.25.1 Mortalidad Materna

En el marco de este eje de trabajo, como es continuar reduciendo la Mortalidad Materna e Infantil. El GRUN a través del MINSA continúa impulsando estrategias como el uso de las Casas Maternas alineado con el Plan Parto en comunidades rurales de difícil acceso. Desde el 2010 se aplica la Norma de Humanización del Parto Institucional, cuyas disposiciones son de carácter obligatorio y de estricto cumplimiento por todos los establecimientos proveedores de servicios de Salud Públicos y Privados, utilizando como herramienta el Censo Gerencial que nos permite dar un mejor seguimiento a las embarazadas captadas en el sector. Otra estrategia importante es el acceso a Métodos Anticonceptivos modernos en nuestras Unidades de Salud, lo que permite a la mujer planificar sus embarazos, disminuir los embarazos no deseados y en adolescentes. De acuerdo con la última Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012, en el país el 77.3 por ciento de las mujeres en unión acceden y hacen uso de uno. En Nicaragua, el acceso en la zona urbana es del 79.0 por ciento y en la rural del 75.3 por ciento.

Según los registros de Hechos Vitales en la Oficina Nacional de Estadísticas del ONE-MINSA en el 2006 se reportaban un total de 123 Muertes Maternas, para una

Razón de Mortalidad Materna de 92.8 x 100,000 Nacidos Vivos Registrados. Para el 2015 se reporta un total de 61 muertes maternas, para una Razón de Mortalidad Materna de 42.8 x 100,000 Nacidos Vivos Registrados, lo que significa una reducción del 53.88 por ciento de Muertes Maternas en el País.

Figura 34. Razón de Mortalidad Materna en Nicaragua, 2000 al 2016

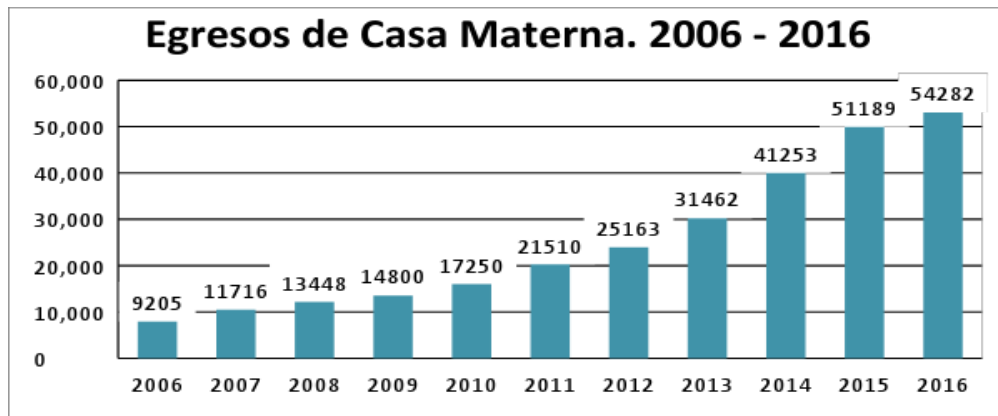


Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE-DGPD-MIN)

Razón de mortalidad materna se refiere al número de defunciones durante el embarazo, parto o postparto por causas relacionadas directas o indirectamente con el embarazo, parto o postparto o por su atención, pero no por causas incidentales o accidentales. Es expresada como número de defunciones por cada cien mil nacidos vivos.

Para contribuir al Plan de Contención de Mortalidad Materna se ha fortalecido la promoción y uso de las Casas Maternas por mujeres embarazadas y puérperas de comunidades de difícil acceso. Para el año 2007 el número de mujeres albergadas en las Casas Maternas (11,716) incremento comparado con el 2006 (9,205) en un 27.2 por ciento, en el 2011 los egresos de casa materna fueron 21,510 comparado con el 2006 se observa un incremento del 134 por ciento, en el año 2016 (Tercer periodo de gobierno del comandante Daniel) los egresos de mujeres albergadas en Casas Maternas fueron 54,282 comparado con el año 2011 se tiene un incremento del 121.4 por ciento y comparado con el año 2006 en un 489.7 por ciento.

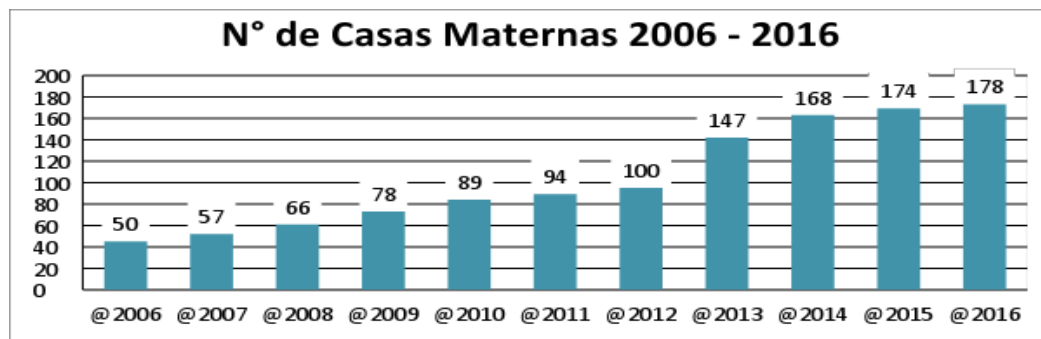
Figura 35. Egresos de Casas Materna 2006-2012



Fuente: SIGRUN- MINSA

En el año 2016 se incrementó el número de casas maternas alcanzando 178 casas con 2,335 camas

Figura 36. N°. de Casas Maternas 2006-2016



Fuente: MINSA. Oficina Nacional de Estadísticas.

La Tuberculosis es una Enfermedad Infecto-contagiosa, Transmisible, causada por el Mycobacterium Tuberculosis (Bacilo de Koch), se transmite principalmente por vía aérea de una persona afectada a individuos sanos, por medio de las gotas de saliva que contienen los bacilos de Koch, Cuando el paciente tose o estornuda.

El Ministerio de Salud ha continuado de manera sostenida la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS/TAES), el objetivo es introducir esquemas de tratamiento con drogas combinadas que permiten acortar el tratamiento hasta 6 meses, obteniendo como resultado mejorar la tasa de curación al pasar los años y disminuir el abandono al tratamiento.

En los últimos años, desde el 2006 hasta 2015 el País ha notificado anualmente como promedio 1500-2000 pacientes con Tuberculosis (TB), de ellos más del 65% son pacientes nuevos con baciloscopia positiva. El 100% de los pacientes notificados reciben el tratamiento acortado (TAES), al menos durante la primera fase, la prioridad es sin dudas la captación temprana y garantizar el tratamiento adecuado de pacientes tuberculosos.

Este año se reportaron 2,326 pacientes con tuberculosis, con tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES), cumpliendo un 119.1% de la meta.

Cuadro 20. Número de Pacientes con Tuberculosis con Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

Año	Curados	Tratamiento Terminado sin Baciloscopia	Fracasos	Fallecidos	Perdida en el Seguimiento	No Evaluado	Total	Porcentaje de Curado
2006	1,030	177	22	68	118	66	1,481	69.55%
2007	1,238	238	23	52	103	54	1,708	72.48%
2008	1,177	234	22	53	108	68	1,662	70.82%
2009	1,068	247	20	63	107	47	1,552	68.81%
2010	995	243	26	82	118	53	1,517	65.59%
2011	1,030	240	20	70	102	45	1,507	68.35%
2012	1,064	282	17	35	127	27	1,552	68.56%
2013	1,239	176	27	50	110	33	1,635	75.78%
2014	1,079	136	34	47	108	34	1,438	75.03%
2015	1,115	123	25	70	98	16	1,447	77.06%

Fuente: Oficina Nacional de Estadística, Componente TB (DGPD-MINSA)

3.3.25.2 Número de adultos y niños con infección del VIH avanzado que reciben Tratamiento Anti Retroviral (TARV).

En Nicaragua el diagnóstico de VIH se ha realizado a partir de los años 90's, desde esa época hasta la actual se han utilizado diferentes técnicas diagnósticas, desde hemoaglutinación hasta Western Blot, pruebas de inmunocromatografía, ELISA de cuarta generación y métodos moleculares. Actualmente las personas con VIH son monitoreadas por medio de técnicas de biología molecular (carga viral) y técnicas de citometría de flujo (CD3, CD4, CD8).

A partir del año 2007 el Ministerio de Salud conformó la red de diagnóstico de VIH en todo el país, con el objetivo de permitir a todas las personas que tomen la decisión de realizarse la prueba de diagnóstico de VIH, la tengan disponible de forma Eficiente, Gratuita y Oportuna cerca de sus comunidades, por tanto con la pesquisa y la prueba rápida que se realiza a nivel Nacional se ha logrado identificar tempranamente los casos y de esta manera dar seguimiento en el tratamiento antirretroviral.

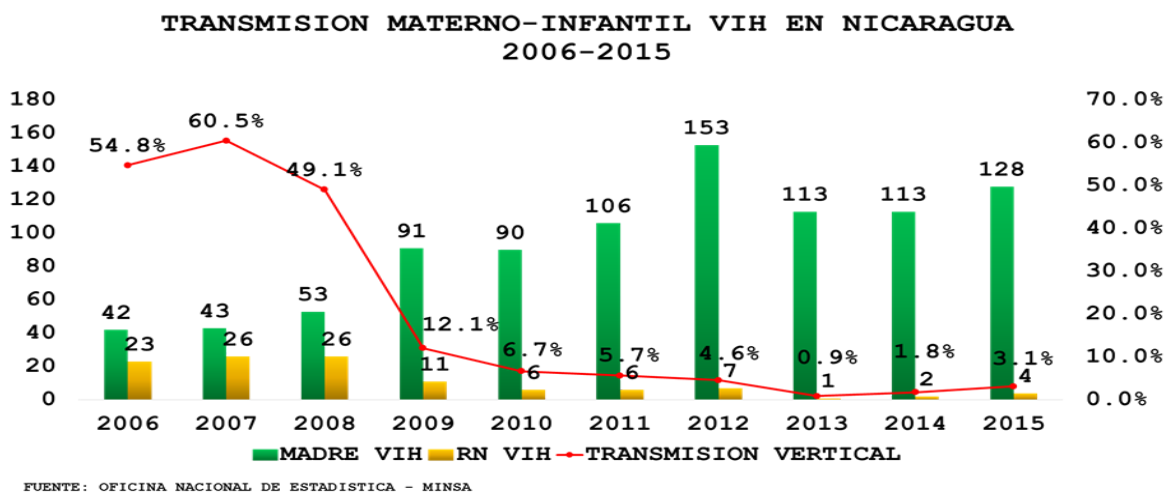
A Nivel Nacional en este 2015 se atendieron 3,350 personas entre adultos y niños con infección del VIH avanzado que recibieron tratamiento antirretroviral, se identificaron 1,154 nuevos casos, se realizaron 269,794 pruebas a la población y 161,693 a embarazadas.

En el año 2015 hay un incremento en las primeras pruebas de VIH en relación a años anteriores en donde se evidencia la labor que realiza el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) a través del Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud, en la detección precoz de mujeres embarazadas y así, eliminar la transmisión vertical de VIH al Recién Nacido (ver figura 37).

En relación a la transmisión materno-infantil del VIH se ha observado una tendencia a la reducción, debido al incremento en la búsqueda e identificación de embarazadas con VIH, lo cual brinda oportunidades de realizar acciones de manera temprana, logrando una cobertura del 95 por ciento de uso de TARV en embarazadas.

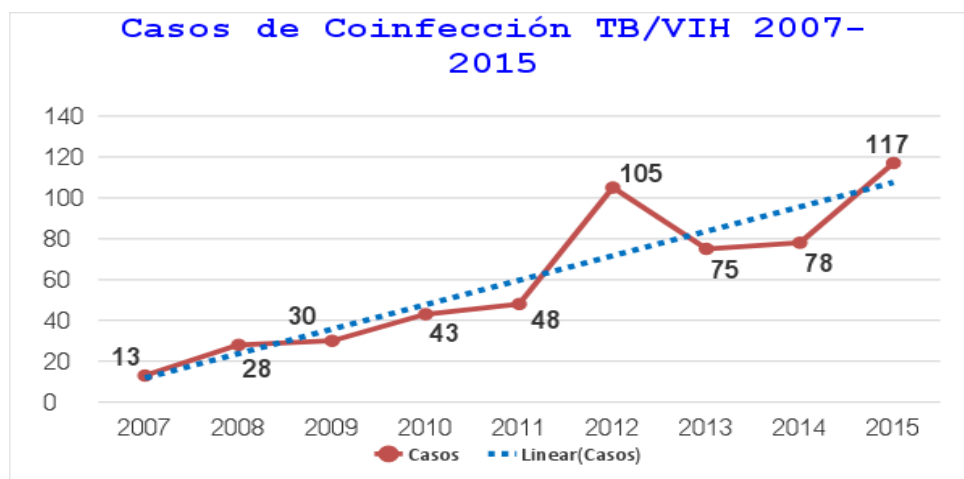
En el año 2015 con la detección temprana de VIH en el embarazo se ha disminuido en relación al 2006 en donde había un 54.8 por ciento (23) recién nacidos con VIH a 3.1 por ciento (4) para el 2015.

Figura 37. Transmisión Materno-Infantil VIH



El comportamiento de los casos de co-infección de TB/VIH desde el año 2006 hasta el 2015, se ha incrementado de acuerdo a la susceptibilidad que presentan los pacientes. Sin embargo, se ha incrementado además debido a que se mantiene la pesquisa de estos, aumentando en un 800 por ciento en relación al 2006 (ver figura 38).

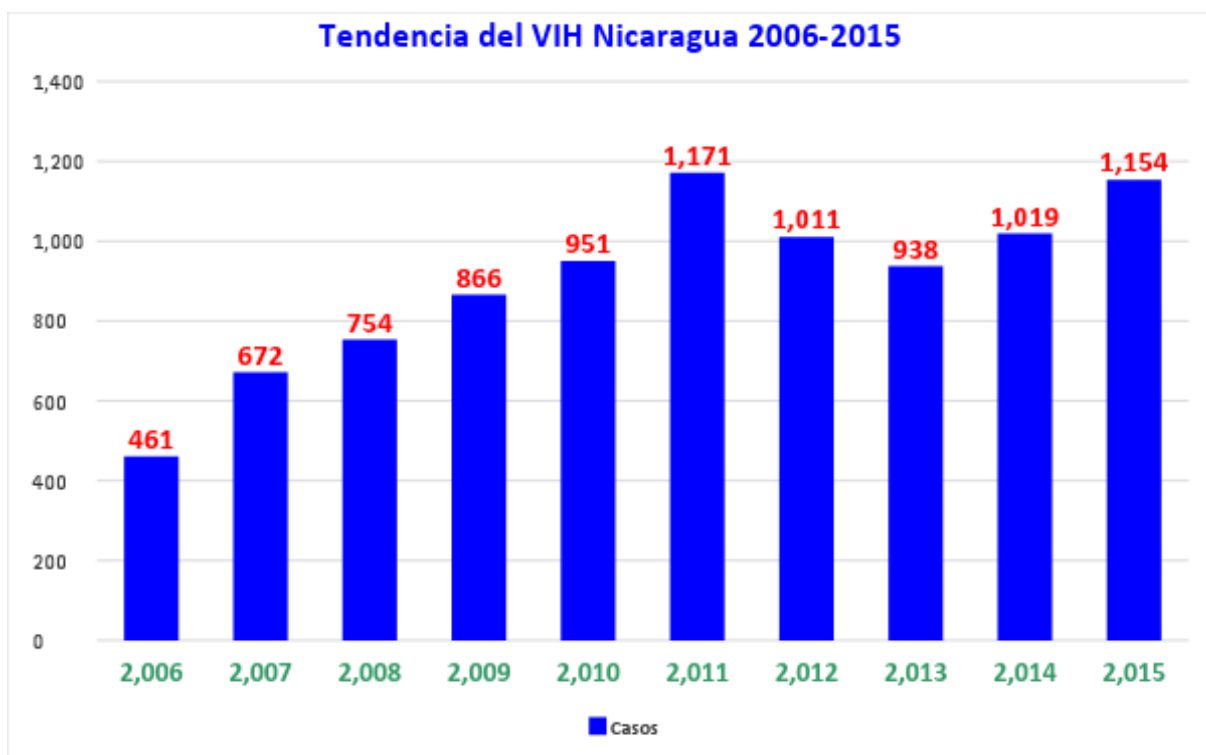
Figura 38. Casos de Co-infección TB/VIH



Fuente: Estadísticas Componente ITS-VIH y Sida.

Se registra una tendencia en los casos de VIH en Nicaragua desde el 2006 hasta 2015 de un 150 por ciento de incremento, dato de gran impacto para nuestro país debido al trabajo de los ESAFC-MOSAFIC que se están captando los casos y de esa manera brindar el seguimiento oportuno.

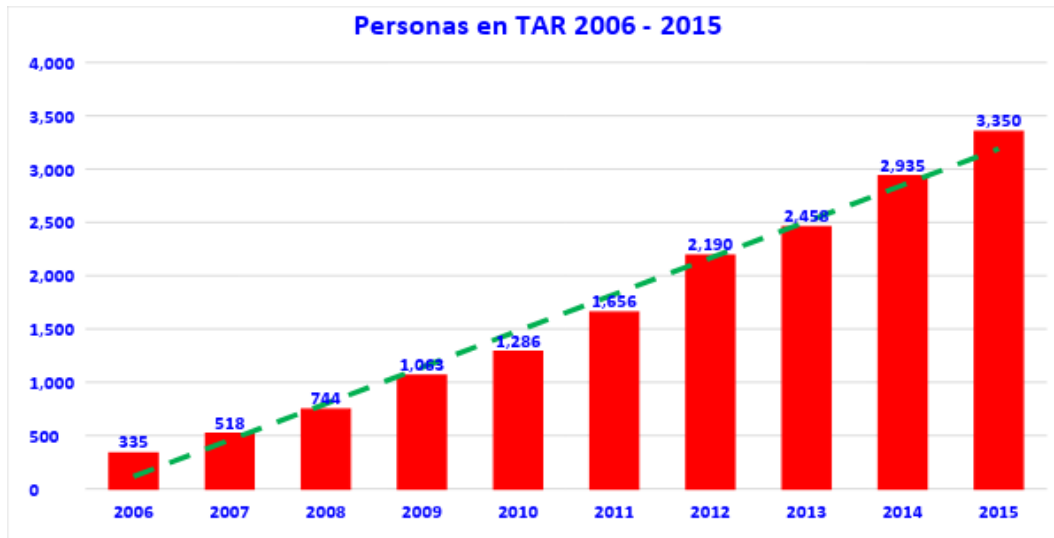
Figura 39. Tendencia del VIH 2006-2015



Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas, Componente ITS-VIH y Sida.

La curva de la epidemia muestra un incremento sostenido desde el 2006 hasta el 2011, luego desciende hasta el 2013 y posteriormente presenta un incremento en 2015. Según estimación de SPECTRUM (conjunto de modelos de políticas, fácil de usar que ofrece a los responsables una herramienta analítica de apoyo al proceso de toma de decisiones) en el año 2015 en el país se contabilizan 10,465 adultos y niños con VIH.

Figura 40. Personas en TAR 2006-2015

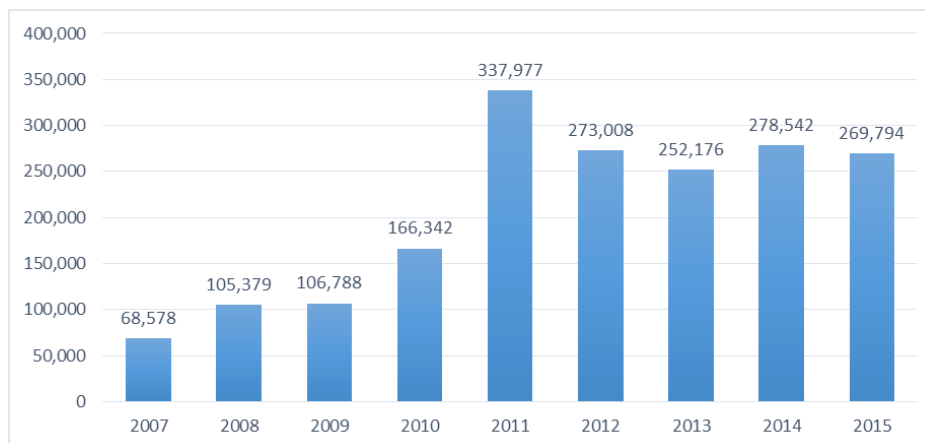


Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas Componente ITS-VIH y Sida.

Así mismo se reporta un incremento de personas con TAR en ese mismo período en un 900 por ciento que va desde 335 personas en el 2006 a 3,350 registradas hasta el 2015.

Desde el 2007 con el Gobierno Sandinista el TAR es gratuito para el 100 por ciento de pacientes en tratamiento.

Figura 41. Pruebas realizadas de VIH a la Población 2007- 2015



Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas Componente ITS-VIH y Sida

Con respecto a los Indicadores Sanitarios de Nicaragua comparativamente 2006 al 2015, se observa una mejora e incremento sustancial gracias a la política de gratuidad y del Modelo de Salud Familiar y Comunitario con su adecuación cultural para la Costa Caribe, que ha garantizado mayor acceso y cobertura universal de los servicios de salud integrales y programas emblemáticos del GRUN para las familias nicaragüenses (ver cuadro 21).

Cuadro 21. Indicadores Sanitarios, Nicaragua 2006-2015

INDICADORES SANITARIOS DE	AÑOS									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de Atenciones Gratuitas con Medicamentos	9,855,895	12,703,366	14,252,576	15,522,876	16,197,709	17,263,643	17,183,382	18,650,884	19,098,921	20,262,538
Número de Egresos Hospitalarios	287,519	328,758	345,606	360,934	384,563	389,885	402,146	420,339	411,935	435,681
Número de Cirugías	111,194	152,347	165,879	178,354	195,212	212,591	235,952	245,174	262,426	276,061
Número de Captación Precoz del Embarazo	66,822	72,102	74,581	76,411	77,442	87,254	89,007	96,601	94,439	96,484
Cobertura Captación Precoz del Embarazo	38%	46%	46%	48%	49%	53%	54%	57%	55%	55%
Número de Cuarta Atención Prenatal	75,222	83,681	86,840	95,988	94,985	112,926	113,863	121,880	116,763	118,591
Cobertura Cuarto Control Prenatal	43%	54%	53%	60%	60%	69%	69%	72%	68%	68%
Número de Partos Atendidos	80,802	84,752	86,163	91,051	91,710	98,854	100,388	100,850	102,548	104,243
Cobertura Partos Atendidos	55.70%	65.60%	64.20%	68.20%	70.80%	74.30%	74.70%	70.90%	72.30%	72.30%
Número de Atenciones Puerperales	94,556	96,724	97,674	99,961	102,209	115,999	116,640	132,966	132,411	136,548
Cobertura Atenciones Puerperales	31.50%	35.70%	36.60%	40.20%	42.90%	49.80%	53.80%	60.70%	61.60%	65.30%
Número de PAP en MEF	166,036	181,491	198,155	198,192	204,686	303,491	290,245	380160 *	415730 **	520,105
Número de Embarazadas captadas con prueba de VIH					77,873	151,655	148,821	133,345	143,554	151,960
Número de Mujeres embarazadas de zonas rurales albergadas en Casas Maternas	9,205	11,716	13,448	14,800	17,250	21,510	25,163	31,642	41,253	51,189
Total de dosis de vacunas aplicadas	3,230,711	3,788,751	4,459,074	4,293,829	3,585,308	4,588,622	5,395,519	4,615,912	4,700,587	4,781,308
Número de VPCD en menor de 1 año	534,687	623,346	592,291	573,039	551,074	579,938	564,734	559,975	571,111	570,833
Número de Exámenes de Laboratorio	7,136,513	9,507,924	11,098,238	12,183,817	14,838,618	15,247,777	17,269,941	19,269,941	19,585,376	22,609,851
Número de Placas de Rayos X	368,985	464,446	535,911	650,383	684,113	682,721	740,681	753,948	728,639	791,488
Número de Exámenes Especializados de Alta Tecnología (TAC y REM)	-	-	-	16,667	10,914	19,225	24,461	26,708	30,652	32,250
Número de Atenciones a personas con Discapacidad (Todos con Voz)	-	-	-	-	-	114,902	251,215	234,582	249,592	249,657
Número de Familias visitadas primera vez Programa AMOR para los más Chiquitos	-	-	-	-	-	204,453	201,694	104,311	121,029	169,036
Número de Cirugías de Operación Milagro	-	18,572	27,892	24,772	16,032	21,944	25,144	29,503	26,166	21,116

Fuente: SIGRUN MINSA
2013: *25% MEF
2014 y 15: **30% mujeres de 15 a 99años

Los principales indicadores sanitarios del 2016 en el Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, como la Tasa de Mortalidad General, Prevalencia de Diabetes

Mellitus, HTA, Tuberculosis, VIH-SIDA, Cáncer, Tasa de Desnutrición Crónica, Razón de Mortalidad Materna, Tasa de Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida al Nacer, Tasa Global de Fecundidad, evidencian cambios importantes en el estado de salud de las familias Nicaragüenses, los cuales se comparan con indicadores de países en vías de desarrollado (ver Cuadro 22 y 23)

Cuadro 22. Indicadores Sanitarios de Nicaragua

Fuente: MINSA, Oficina Nacional de Estadísticas y OPS

Cuadro 23. Indicadores Sanitarios de Nicaragua

Fuente: MINSA, Oficina Nacional de Estadísticas y OPS

3.3.26 Reducción de la Mortalidad Infantil

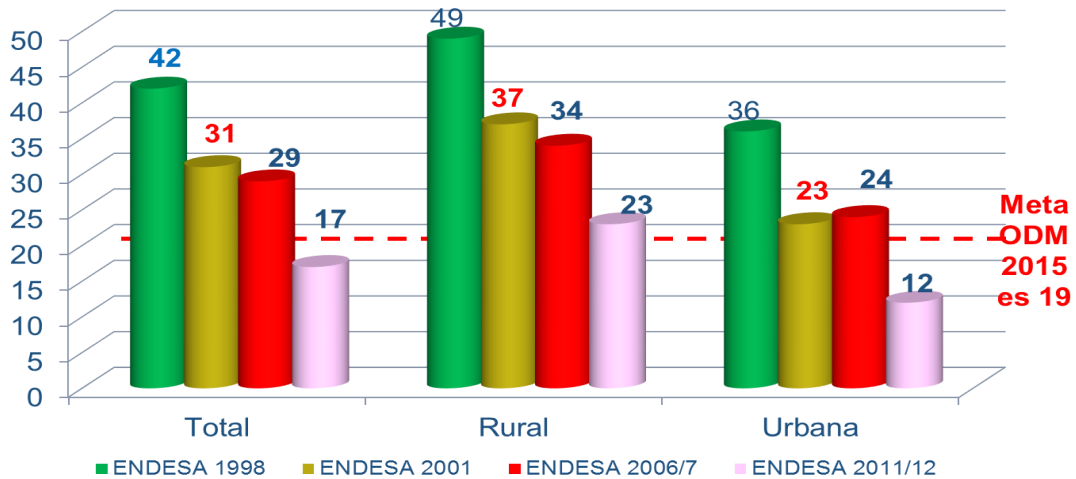
Según la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA), la tasa de mortalidad infantil del país ha evolucionado de la siguiente manera:

- ✓ 1998: 42 por 1,000 nacidos vivos
- ✓ 2001: 31 por 1,000 nacidos vivos
- ✓ 2006/7: 29 por 1,000 nacidos vivos
- ✓ 2011/12: 17 por 1,000 nacidos vivos

Las tasas de mortalidad infantil han disminuido en un 41 por ciento en el período 2006 – 2015, lo que indica un gran avance para el país, ya que la meta del ODM 4 en Nicaragua para el 2015 era de 19 por 1,000 Nacidos Vivos.

Según los registros de Hechos Vitales en la Oficina Nacional de Estadística en el 2015 tenemos 1,746 muertes infantil en niño/as menor de 1 año, mientras que en 2013 se registraron 2,249 de muertes infantiles en niño/as menor de 1 año, lo que representa el 23 por ciento de reducción.

Figura 42. Mortalidad Infantil, Nicaragua 1998-2012



Fuente: Encuestas Nicaragüenses de Demografía y Salud 1998, 2001, 2006/07 y 2011/12

A esto han contribuido los programas de gobierno relacionado con la Determinación Social de la Salud tales como la capitalización de las mujeres y familias empobrecidas con los programas Hambre Cero, Bono Productivo, Bono de Patio, Usura Cero, impulsos a la micro empresa, a la mediana industria, la atracción de la inversión para garantizar fuentes de trabajo.

Los programas sociales han aportado al mejoramiento de la salud; como la merienda escolar que permite a las familias dedicar más recursos a los más pequeños al tener resuelta parte de la alimentación de sus niños en la escuela, los centros infantiles comunitarios y centros de desarrollo infantil, el programa Amor para los más Chiquitos y Chiquitas, todo esto dinamizado a partir de la implementación del MOSAFC.

De igual manera ha contribuido la ampliación con vacunas de alto costo aplicadas en forma gratuita a los menores de un año, protegiéndoles contra nueve enfermedades mortales antes de cumplir el primer año de vida, esto se acompaña con un mayor acceso a servicios de salud en caso de enfermedad y suministro de medicinas en forma gratuita.

3.4 Propuesta Estratégica de Política Pública en Salud

En este apartado se presentan las proyecciones demográficas, algunas consideraciones sobre cambio climático y determinantes de la Salud en Nicaragua

al 2050, como insumos para la formulación de la propuesta estratégica de Política Pública en Salud para Fortalecer y Modernizar el Sistema Nacional de Salud.

3.4.1 Análisis demográfico

Nicaragua se caracteriza por ser un país multiétnico y pluricultural. Está constituido por 15 departamentos y dos regiones autónomas. La geografía del país se puede dividir en tres regiones: Pacífico, con un alto riesgo ecológico y alta densidad poblacional, de 152 habitantes por kilómetro cuadrado. Managua, por ejemplo, tiene 398 habitantes/km², frente a 45,8 en todo el país; Central norte, predominantemente rural, con una economía agrícola y limitado desarrollo vial, y una densidad de 48 habitantes/km²; y Atlántico, que cubre el 46 por ciento del territorio, en su mayoría rural y selvático, con baja densidad poblacional (10 habitantes/km²), mayor población indígena, bajos índices de escolaridad, limitado acceso vial y desvinculación del resto del país.

De acuerdo con los tres últimos censos, Nicaragua redujo su tasa de crecimiento poblacional anual de 3,5 por ciento en el período 1971-1995 a 1,7 por ciento entre 1995 y 2005, y cuenta con una población de 5.142.098 habitantes, de los cuales el 49,3 por ciento son hombres y el 50,7 por ciento mujeres, es decir, hay una relación de masculinidad de 97,2 hombres por cada cien mujeres. Del total de la población, un 56 por ciento reside en el área urbana y el 44 por ciento restante en el área rural. La población se concentra en el Pacífico donde reside el 57 por ciento, en comparación con el 31 por ciento de la Región Central y el 12 por ciento de las Regiones del Atlántico.

De acuerdo a los datos censales del 2005, el 8.6 por ciento del total de población del país se auto identifica como perteneciente a un determinado pueblo indígena o comunidad étnica. Sin embargo, se debe mencionar que el 11 por ciento de la población que se reconoce como perteneciente a las mismas, afirma no saber a qué grupo étnico pertenece, si a ello se le agregan los ignorados alcanzan el 15 por ciento del total de esta población.

En su distribución sobre salen los Miskitu (27.2%), Mestizos de la Costa Caribe (25.3%), Chorotega- Nahua-Mange (10.4%), Creole (kriol) y Xiu-Sutiava (4.5% cada uno), Cacaopera-Matagalpa (3.4%), Naho-Nicarao (2.5%) y Mayangna-Sumu (2.2. %).

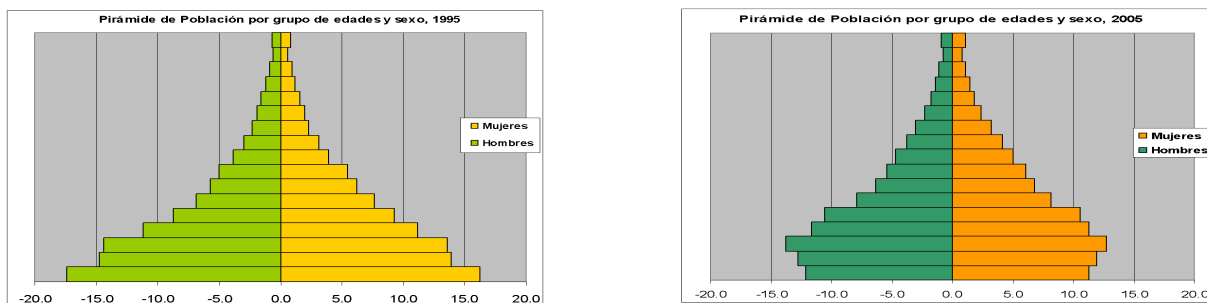
Al contrario de lo que sucede con la población total, estas poblaciones son mayoritariamente rurales (56.8%) con comportamientos diferenciados según el pueblo indígena o comunidad étnica de que se trate. La población Creole tiene una clara presencia urbana (90.5%), seguido de los Xiu-Sutiaba (80.4%), Garífuna y Ulva (62%) cada uno.

Los cambios experimentados por la estructura de la población según sus grupos de edades entre las dos últimas fechas censales (1995 y 2005) revelan que la población menor de 15 años, considerada dependiente, redujo su participación de 45.1 a 37.3 por ciento; las personas en edad de trabajar entre 15 y 64 años pasaron de representar el 51.4 por ciento a constituir el 58.4 por ciento de la población, y las de edad avanzada aumentaron su peso relativo de 3.5 a 4.3 por ciento, mostrando una reducción de la relación de dependencia de 95 a 71 por ciento.

Diversos estudios señalan que la estructura por edades de la población tiene efectos sobre el desarrollo, ya que una alta proporción de familiares dependientes frena el crecimiento económico. En cambio, cuando los países van disminuyendo el número de personas dependientes, los recursos disponibles para cada miembro del hogar aumentan, lo que podría significar, para cada familia en particular, una mejoría en sus indicadores de nutrición, salud y educación, es decir, se crea la posibilidad de una movilidad social ascendente.

La aceleración de la transición demográfica en Nicaragua se caracteriza por cambios en el crecimiento y la estructura por edades de la población y la reducción de la relación de dependencia, producto del rápido descenso de la fecundidad (4.9 hijos por mujer en 1995; 2.9 en 2005). Este descenso, sumado a la intensa emigración internacional, es causa principal de la drástica reducción de la tasa promedio anual de crecimiento demográfico (3.5% en el período 1971/95; 1.7% en el período 1995/2005). No obstante, en términos absolutos la población sigue aumentando a un ritmo promedio anual de 80 mil personas.

Figura 43. Pirámide Poblacional por grupo de edades y sexo. Nicaragua 1995 y 2005



Fuente: INIDE 2007

El aprovechamiento de tener la cohorte de población en edad productiva más grande de la historia del país, exige desde ahora flujos de inversiones suficientes y bien dirigidas, así como políticas públicas que conduzcan a crear condiciones para

el desarrollo local y del capital humano que permitan empoderar a la población para ejercer su rol como ciudadanos, productores, trabajadores, estudiantes, padres de familia y a la vez que se genera un mercado laboral formal capaz de absorber de manera productiva la creciente fuerza de trabajo, en especial de mujeres y jóvenes, ampliando la base de contribuyentes tributarios, sin perder de vista diversas concepciones de desarrollo, por ejemplo desde el punto de vista de los pueblos indígenas de la Costa Caribe. De lo contrario, esa oportunidad puede convertirse en un problema social con graves consecuencias para la gobernabilidad, debido a los altos niveles de desempleo, inseguridad ciudadana y de emigración masiva al exterior.

Para (SNU, 2007) en Nicaragua predomina la localización urbana de la estructura productiva y tiende a concentrarse. Treinta ciudades de más de 15,000 habitantes, representan el 43.4 por ciento de la población total del país y contribuyen con más de dos tercios del PIB, comparado con menos del 20 por ciento en el sector agropecuario. En ellas, la cobertura de servicios supera los promedios nacionales y la pobreza es menor. Este sistema urbano es aún débil en conectividad, interacciones campo-ciudad, entre ciudades y en su capacidad de oferta de servicios sociales básicos, sobre todo para cubrir las necesidades de los inmigrantes. La población rural es aún numerosa (44%) y vive en miles de pequeñas y dispersas localidades, con significativos rezagos, restringido potencial económico, poca oferta de empleo productivo y altos índices de marginación, pobreza extrema y riesgo ambiental. Promover su integración al desarrollo es una responsabilidad vital del Estado.

La migración hacia el exterior se ha intensificado en las últimas décadas y se estima que más de un 10 por ciento de la población vive fuera del país. En esto influyen distintos factores: I) patrón histórico de movilidad de la población; II) crecimiento poblacional superior al crecimiento económico; III) persistencia de la pobreza y rezagos sociales; IV) inequidades en el acceso a salud, educación y empleo; v) insuficiente capacidad de absorción de jóvenes que ingresan a la fuerza de trabajo; y vi) cultura y tradición de emigración potenciada por redes familiares, que incrementa y legitima estímulos y opciones para migrar.

El 15 por ciento de los hogares declara tener a uno de sus miembros viviendo permanentemente en el exterior (aproximadamente 1 de cada 7). Sin embargo, ese comportamiento no es homogéneo entre las zonas. Dentro del conjunto, destaca la población del Pacífico que presenta un perfil eminentemente urbano, con nivel educativo relativamente alto y con una mayor proporción de hogares no pobres. La migración se concentra en tres grandes destinos: Costa Rica 52.9 por ciento, EEUU 34.5 por ciento y 12.0 por ciento, Canadá y Europa. (EMNV, 2001)

La proporción de migrantes es similar entre hombres y mujeres, aunque en los últimos años se observa una tendencia a la feminización y de población joven en los flujos migratorios al exterior. Existen implicancias de género importantes, pues mientras en promedio en el país la jefatura femenina es 31 por ciento, en el caso de los hogares con presencia de migrantes es el 46 por ciento, siendo más pronunciada esta característica entre los hogares urbanos 47 por ciento, que entre los hogares rurales 30 por ciento (FIDEG, 2005).

3.4.2 Transición demográfica

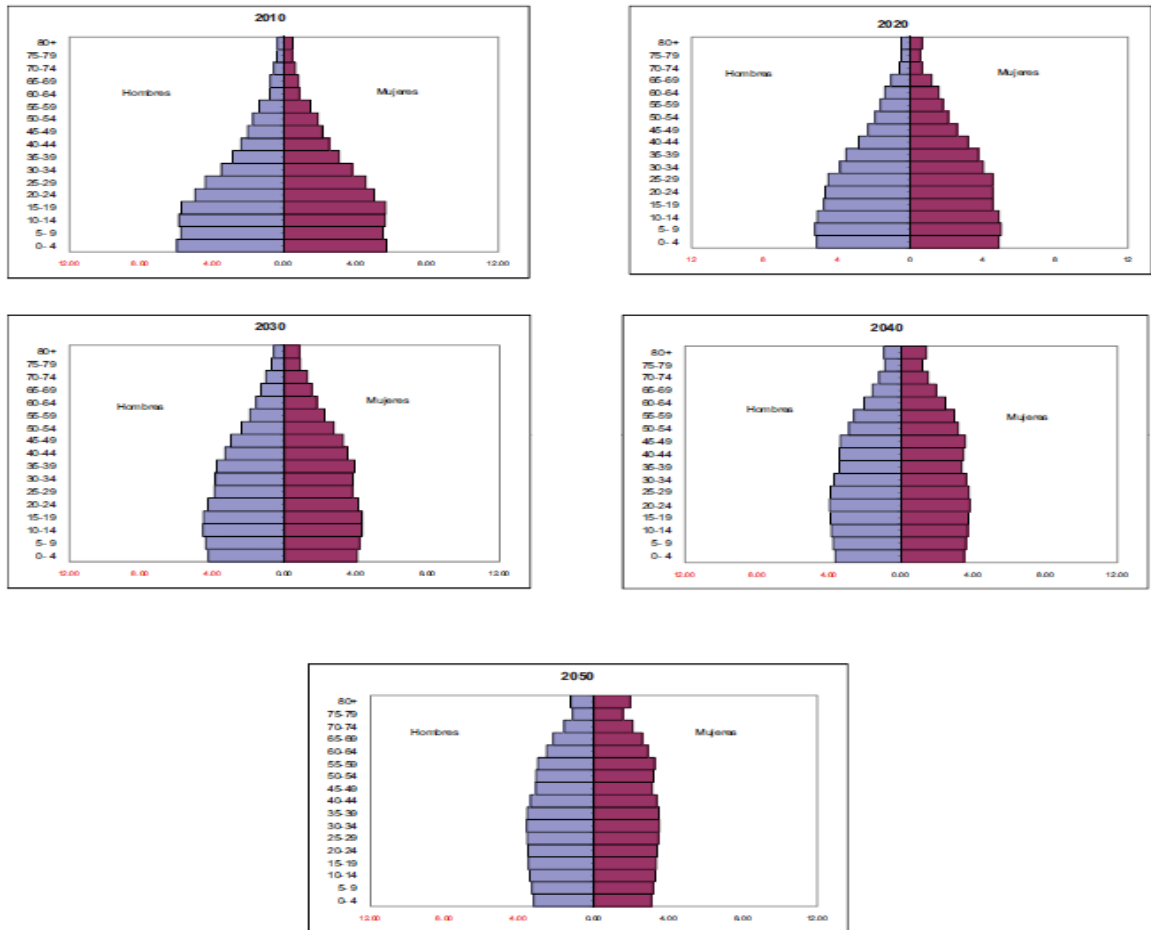
Al observar las proyecciones de población e identificar que la pirámide poblacional se está estrechando en la base y angostando en su ápice nos indica que para el año 2050 Nicaragua tendrá una pirámide población similar a los países desarrollados, lo que se refleja en necesidades en el sistema de salud y una transformación del perfil epidemiológico donde las enfermedades no transmisibles y muertes violentas serán una prioridad.

La transición demográfica provocará en el país: el aumento en la Esperanza de Vida, la reducción en la Tasa de Mortalidad Infantil y la disminución de la Tasa Global de Fecundidad.

A continuación, se presentan una secuencia de las pirámides de población en Nicaragua para el período 2010 al 2050, con lo cual se evidencia la evolución probable de la población total en el futuro próximo, como un elemento fundamental para la determinación de las demandas sociales y la elaboración de planes y programas en diversos campos del desarrollo, tales como: la generación de empleo productivo, la producción de bienes y servicios económicos, la construcción de establecimientos educativos y de salud, la formación de recursos humanos en estas áreas, la construcción de viviendas y soluciones habitacionales, entre otros de similar importancia.

Entre las causas que provocaran los cambios en el perfil de mortalidad y natalidad se identifican el proceso de industrialización, la modernización económica, la urbanización y los cambios culturales y sociales observados en las últimas décadas.

Figura 44. Pirámides de población en Nicaragua 2010-2050



Fuente: INIDE 2007

3.4.3 Crecimiento Poblacional

Nicaragua durante los años 1950 a 1980 presento un incremento poblacional constante de 16 por ciento y posteriormente se observa una tendencia decreciente sugestiva hasta el quinquenio 2000-2005 donde se observa que el incremento poblacional es de 6.91 por ciento y que en los próximos años se estima este incremento poblacional continúe en descenso hasta llegar en el año 2050 a un incremento poblacional de 2.16 por ciento.

Figura 45. Tasa de Crecimiento Poblacional por Quinquenio

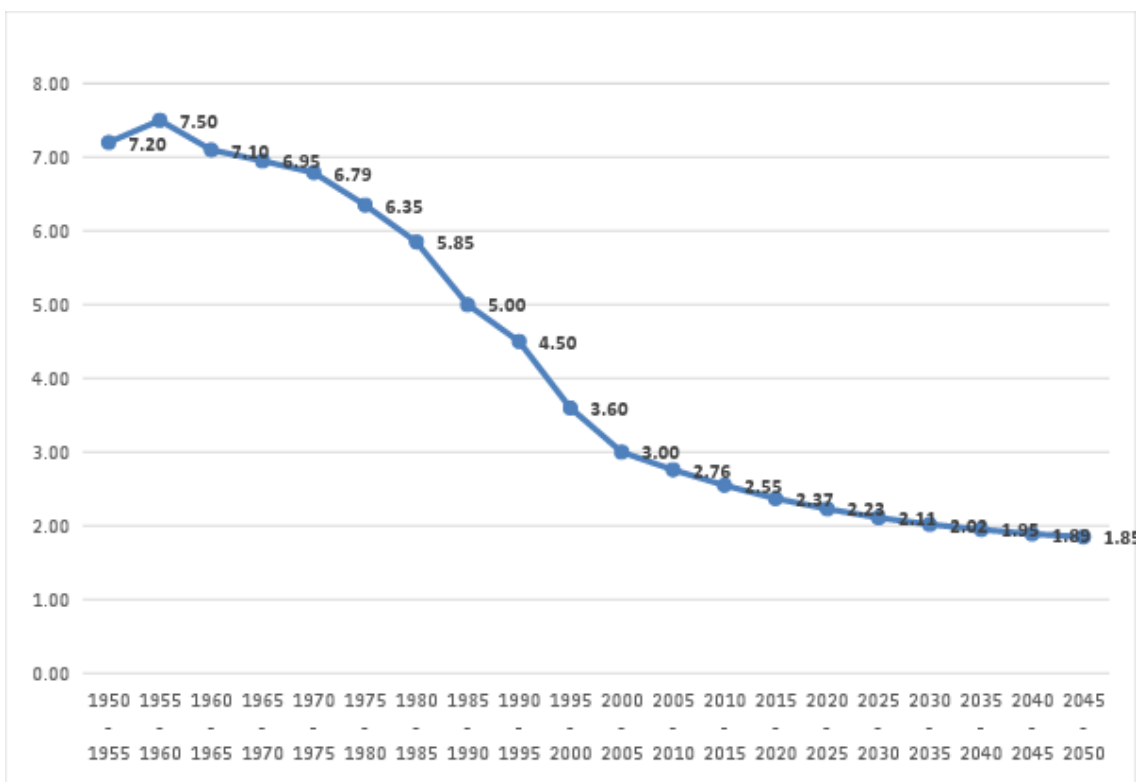


Fuente: INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

3.4.4 Tasa Global de Fecundidad

La proyección de población del Instituto Nicaragüense de desarrollo (INIDE) y Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), indica la Tasa Global de Fecundidad sufrirá una tendencia decreciente, ya que en el año 1950 la tasa era de 7.20 y para el año 2035 se espera una tasa de reemplazo de 2.02 y se estima que para el año 2050 será de 1.85, lo que nos refiere que el país tendrá una tasa inferior a la tasa de reemplazo poblacional, lo que se relaciona con la disminución del crecimiento poblacional y el aumento de la población adulta mayor y disminución de la población joven.

Figura 46. Tasa Global de Fecundidad

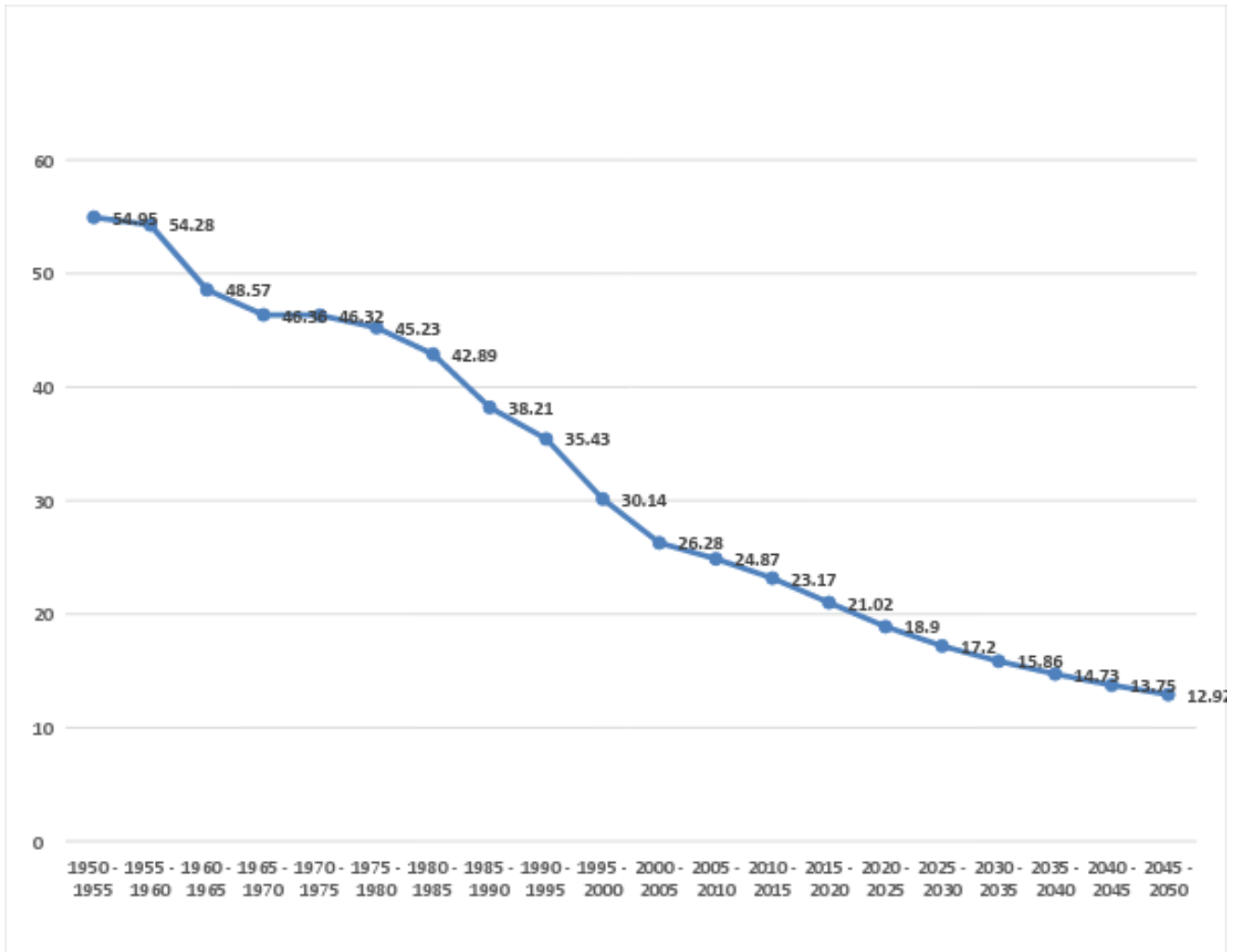


Fuente: INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

3.4.5 Tasa de Natalidad

La tasa bruta de natalidad también presenta una tendencia decreciente, ya que en el año 1950 la tasa era de 54.95 y que se estima para el año 2050 sea de 12.92, lo que se relaciona con la tasa global de fecundidad y el incremento poblacional y también hay que considerar que la población al año 2050 en relación al año 1950 se incrementó en un 512 por ciento.

Figura 47. Tasa Bruta de Natalidad



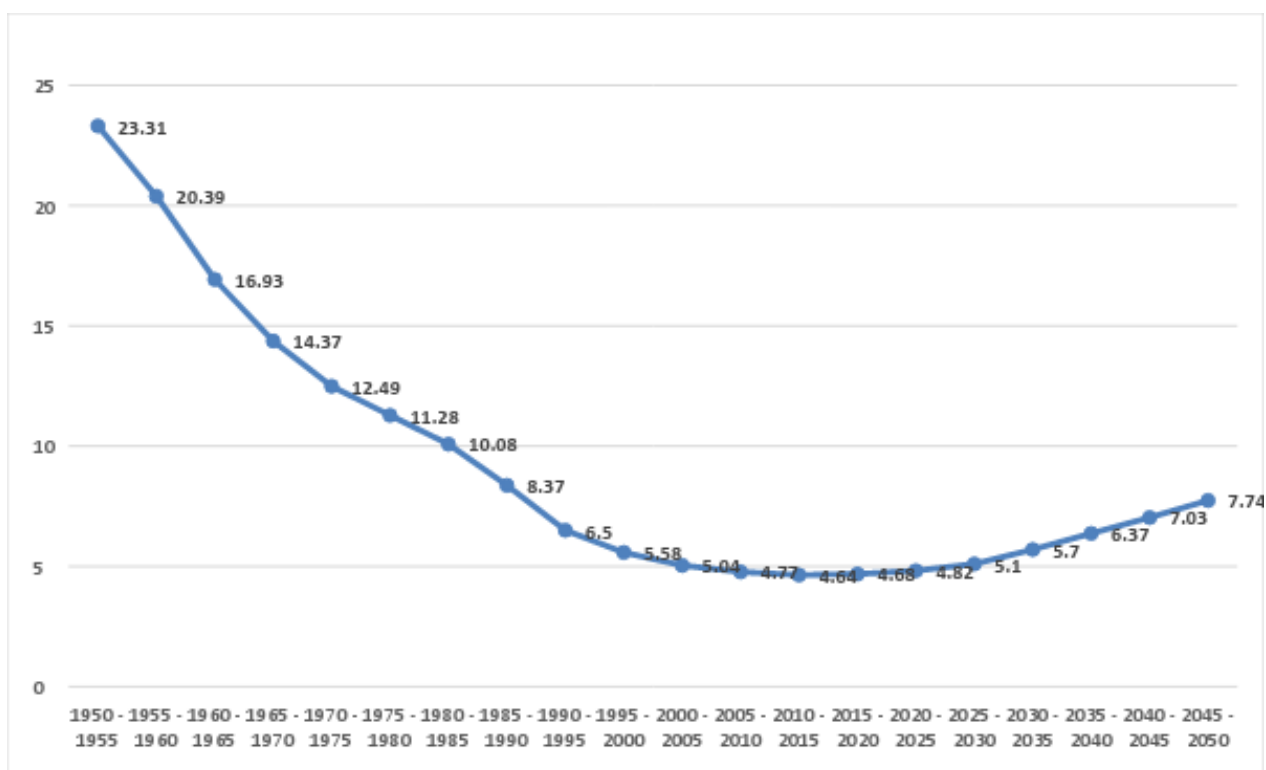
FUENTE: INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

3.4.6 Tasa de Mortalidad

La tasa de mortalidad también presenta una disminución a partir del año 1950 (23.31) y se espera continúe en descenso hasta el año 2025 ha 4.82 y en los próximos años se observa un incremento en la tasa de mortalidad estimada al

2050 en 7.74, lo que se relaciona con la transición demográfica en el país donde se estima que la población envejezca y esto incremente la tasa de mortalidad, y a la vez debido al aumento de muerte por enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Figura 48. Tasa Bruta de Mortalidad

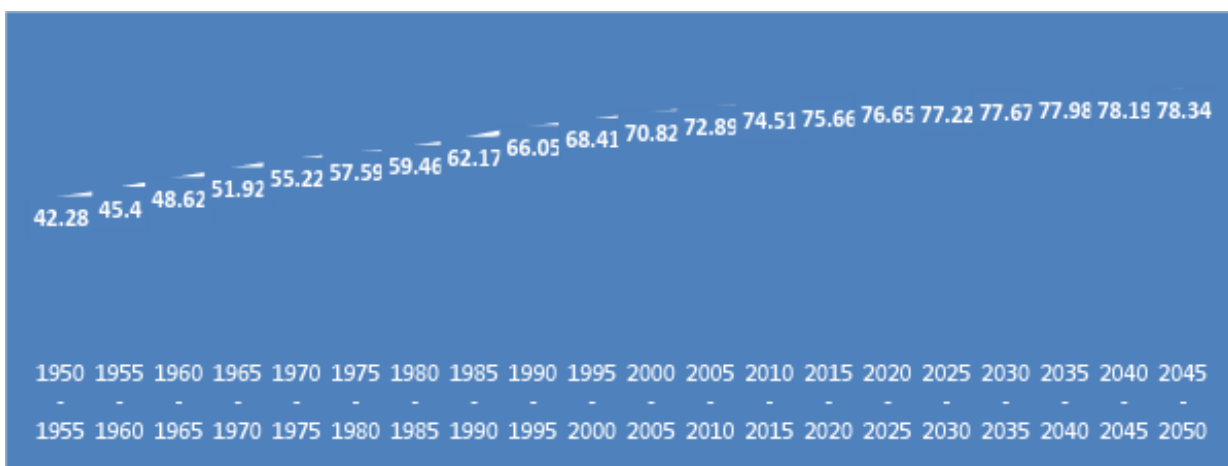


Fuente: INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

3.4.7 Esperanza de Vida al Nacer

Las tendencias generales para el año 2050 confirman el descenso de la fecundidad, la mortalidad general e infantil, así como el aumento de la esperanza de vida de la población en general que pasó de 42.28 en el año 1950 a 78.34 en el año 2050.

Figura 49. Esperanza de Vida al Nacer. Nicaragua 1950-2050



Fuente: INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

3.4.8 Tasa de Dependencia

La tasa de dependencia también se relaciona con los datos anteriormente mencionados donde se muestra que la tasa de dependencia en menores de 15 años disminuye en cada década hasta llegar al año 2050 a 32.22, caso contrario ocurre con la dependencia en los mayores de 60 años donde se observa el incremento por década donde paso de 8.29 en el año 1955 a 34.35 en el año 2050, y al ver la tasa de dependencia demográfica observamos que del año 1950 a 1965 hay un incremento de la tasa que posteriormente presenta una tendencia decreciente estimada hasta el año 2035 donde se presenta la tasa de dependencia más baja del país y que en los próximos años empieza incrementar con predominio de la tasa de dependencia en mayores de 60 años.

También se debe considerar la alta proporción de empleo informal y proporción laboral de adultos mayores.

Cuadro 24. Tasa de Dependencia

	1955	1965	1975	1985	1995	2005	2015	2025	2035	2045	2050
Tasa dependencia < 15 años	89.72	105.25	96.81	97.49	86.27	67.12	53.03	45.32	37.62	33.57	32.22
Tasa dependencia > 60 años	8.29	8.37	8.48	9.42	9.87	10.40	11.95	16.25	20.96	30.00	34.35
Tasa dependencia demográfica	98.01	113.62	105.29	106.92	96.13	77.53	64.99	61.57	58.58	63.58	66.56

Fuente: INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

3.4.9 Migración

El proceso migratorio que ha experimentado y está experimentando el país muestra una tasa migratoria constantemente negativa y en aumento. Además, es evidente el efecto de aceleración de la propia transición que la migración puede tener sobre los cambios demográficos. En estudios recientes realizado por (INIDE/CELADE, (2007) se muestra, de forma muy efectiva, que la reducción de la población menor de 5 años que se aprecia en los últimos años no es causada únicamente por el efecto de la fecundidad, sino que también obedece al efecto de las migraciones.

El país también experimenta la migración de población del área rural hacia el área urbana en busca de trabajo y estudio, lo que a futuro podría convertirse en la disminución de la población rural y la disminución de las personas que se dedican a la agricultura y ganadería en el país.

3.4.10 Bono demográfico

Nicaragua desde el año 1970 se encuentra en el período en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en

relación con la de personas en edades potencialmente inactivas, que dicho incremento se detiene en el año 2035 donde el país termina con su bono demográfico y posteriormente vuelve a disminuir la población potencialmente productiva.

A continuación, se describe en una tabla la proporción de población por décadas agrupados en tres grupos de edades.

Cuadro 25. Población por décadas y grupos etáreos

Proporción de Población por décadas											
	1955	1965	1975	1985	1995	2005	2015	2025	2035	2045	2050
<15 años	45.31	49.27	47.16	47.12	43.98	37.81	32.14	28.05	23.72	20.52	19.34
15 - 60 años	50.50	46.81	48.71	48.33	50.99	56.33	60.61	61.89	63.06	61.13	60.04
>60 años	4.19	3.92	4.13	4.55	5.03	5.86	7.24	10.06	13.22	18.34	20.62

Fuente: INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

El país debe aprovechar los 20 años que le quedan de bono demográfico, ya que a partir del año 2050 la proporción de población mayor de 60 años presenta un incremento mayor a la proporción de la población menor de 15 años lo que indica que la población del país está envejeciendo.

Con esta prospectiva demográfica es posible formular estrategias y líneas de acción orientadas a la problemática que se avecina, desde incrementar la Sectorización y trabajar articuladamente con el INSS para que incrementar la red de servicios de salud a nivel nacional.

3.5 La transición epidemiológica y demográfica del país constituyen un Reto en Salud Pública para las próximas décadas

Nicaragua enfrenta una triple carga de enfermedad, sigue existiendo las enfermedades de nutrición, salud sexual reproductiva, la carga general de enfermedades está cambiando hacia enfermedades crónicas y causas externas (incluyendo violencia y lesiones). La esperanza de vida ha incrementado, para el quinquenio 2010-2015 es de 74.5 y el perfil epidemiológico del país refleja las características de un incremento en la urbanización, la modernización de estilos

de vida y envejecimiento de las poblaciones, ya que las enfermedades crónicas han superado las enfermedades infecciosas, las mayores causas de muerte y mortalidad por causas externas están en aumento.

Para (BM, 2016) las tendencias en los índices de mortalidad de 1975 a 2014 indican una disminución en la mortalidad del 16 por ciento debido a enfermedades infecciosas y un incremento del 20 por ciento en la mortalidad por enfermedades crónicas, mientras que las causas externas disminuyeron ligeramente, pero permanecieron más elevadas que la mortalidad por enfermedades infecciosas. Lo anterior implica tensionamiento en los servicios de salud y demanda de mayor presupuesto para el MINSA.

3.5.1 Cambio Climático y Salud

Nicaragua ocupa el quinto lugar entre los diez países más afectados por el cambio climático, representando amenaza constante para la seguridad alimentaria. Al 2015 MARENA indico que 94 municipios del país están con niveles de riesgo medio y alto por cambio climático. Esto afecta al 45 por ciento de la población asentada en 88 por ciento de superficie territorial. Se estima que para el año 2050, estas cifras aumentarían significativamente en 139 municipios, donde se degradará la calidad de vida del 87% del total de población proyectada para ese año emplazado en 97 por ciento del territorio nacional.

Una de las causas principales del cambio climático actual en Nicaragua es la pérdida de bosques la cual se estima en 70,000 hectáreas anuales. La mayor reserva de bosques y biodiversidad Bosawas perdió el 32 por ciento de su cobertura boscosa entre 1987 y 2010 debido a la falta de política agraria que financie alternativas de producción agrícola y limite la migración de campesinos en busca de tierras fértiles para la siembra de productos básicos. Esto conlleva al aumento de la temperatura (de 0,2 a 1,6 grados centígrados) en todo el territorio nacional. La disminución de las precipitaciones (entre 6% y 10%) y la mayor frecuencia del fenómeno del Niño y de huracanes afectan al territorio nacional. Las peores amenazas son las sequías e inundaciones a las que están expuestos el 30% de los municipios.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. A pesar de los cambios políticos e institucionales en el país en las últimas décadas el Sistema Nacional de Salud muestra avances significativos en materia organizativa y de fortalecimiento institucional en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
2. Los Indicadores Sanitarios reflejan mejoría e impacto importante en el estado de salud y bienestar de las familias nicaragüenses en el período 2006 al 2015, producto de las transformaciones socio-económicas y políticas del país y del MINSA que evidencian la restitución de derecho.
3. Las proyecciones demográficas, así como la transición epidemiológica en el país indican la necesidad de hacer ajustes en la especialización clínica de los recursos humanos, modernización tecnológica y aumento de la capacidad resolutiva en la red de servicios de salud pública.
4. El abordaje de la determinación social de la salud ofrece nuevas oportunidades para clarificar las causas estructurales del proceso salud-enfermedad y trascender los factores de riesgo individuales de los determinantes de la salud.
5. El financiamiento de la salud en el GRUN refleja la prioridad que este le ha dado a la salud, al igual que a la educación. Motores impulsores del desarrollo económico y social de la nación.
6. El protagonismo ciudadano desde el nivel local ha sido y seguirá siendo el factor fundamental para la transformación del Sistema Nacional de Salud y los logros en salud.

RECOMENDACIONES

Para el objetivo específico 4:

Proponer los lineamientos estratégicos de Política Pública Social que contribuyan al fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua 2015 al 2030 y alcanzar su máxima proyección.

Al año 2030 Nicaragua proyecta tener un sistema de salud en correspondencia con los diferentes cambios demográficos, epidemiológicos, científicos y tecnológicos, capaz de dar respuesta integral a la compleja demanda de servicios de salud altamente especializados.

A continuación, se presenta la Matriz que contiene la propuesta estratégica de Política Pública con sus seis objetivos estratégicos, sus ejes de trabajo y sus respectivas líneas de acción para el fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua.

Cuadro 26. Propuesta Estratégica de Política Pública en Salud

Objetivo Estratégico	Eje de Trabajo	Líneas de Acción
OE 1: Profundizar los cambios estructurales para consolidar el Sistema Nacional de Salud	ET1: Rectoría Sanitaria	1. Regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria
		2. Regulación y control de bienes y servicios capaces de generar riesgos y daños a la salud
		3. Regulación y control sanitario del medio ambiente
		4. Regulación y certificación de recursos humanos en salud
		5. Fortalecer la mixtura público-privada con alianzas, diálogo y consenso
	ET2: Desarrollar el Sistema de Información para la Salud	1. Desarrollar el Sistema de Información para la Salud con plataformas tecnológicas modernas hasta los Sectores-MOSAFC
		2. Fortalecer la Telemedicina (Tele asistencia, Tele consultas, Tele radiografías, Tele educación)
		3. Impulsar el Registro Único de Personas
		4. Desarrollar aplicativos móviles para asistencia en salud
OE 2: Desarrollar una cultura nacional de promoción y prevención de la salud en la vida de las y los nicaragüenses	ET1: Modelo de Salud Familiar y Comunitario	1. Fortalecer el modelo del poder ciudadano en salud
		2. Adecuar la Sectorización hasta nivel de segmento censal
		3. Completar los Sectores con sus Equipos de Salud Familiar y Comunitario (ESAFC)
		4. Visitas de seguimiento de los ESAFC a pacientes
		5. Realizar intervenciones sanitarias de acuerdo a la clasificación de las familias en el Grupo Dispensarial

		6. Garantizar condiciones físicas a las Sedes de Sectores que actualmente son Casa Base
		7. Adoptar formalmente el enfoque e la determinación social de la salud
		8. Impulsar la atención integral geriátrica
OE 3: Garantizar el acceso universal, cobertura universal y gratuidad a los servicios de salud	ET1: Calidad de la Atención	1. Abordaje de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles
		2. Desarrollo de la Genética Humana
		3. Fortalecimiento de la terapia moderna contra el cáncer
		4. Impulso del trasplante de órganos y terapia de células madres
		5. Incorporar a los servicios de salud públicos y medicina privada la Medicina Natural y Terapias Complementarias
		6. Desarrollar el Tercer Nivel de Atención en los servicios de salud
	ET2: Medicina Natural y Terapias Complementarias	1. Promover el cultivo de plantas medicinales en los hogares y en los huertos comunitarios
		2. Crear el vademécum de plantas medicinales científicamente comprobadas en Nicaragua
		3. Potenciar capacidades de especialización de los recursos humanos en acupuntura, fitoterapia, manejo holístico del dolor, entre otros
		4. Elaborar base de datos del registro de los productos naturales medicinales ya industrializados para uso de la red de servicios de salud
OE 4: Impulsar la Municipalización de la salud	ET1: Descentralización de la Salud	1. Designar la administración de la salud primaria en manos de las municipalidades, una función compartida entre el Gobierno y las municipalidades
		2. La municipalización busca mejorar la equidad, eficiencia y calidad de servicios, promover la participación ciudadana, y fortalecer las capacidades del gobierno local
		3. Transformar la estructura organizacional de la comuna que facilite los procesos de gestión: eficiencia en la compra de fármacos e insumos y regulación del gasto en recursos humanos
		4. Profundizar el protagonismo ciudadano en la gestión de los servicios de APS que incluya la rendición de cuentas
		5. Fortalecer la capacidad de gestión municipal en los Equipo de Dirección Municipal de Salud
		6. La descentralización municipal del Ministerio de Salud y entregar más poder a la Atención Primaria de Salud para trabajar sobre la pobreza y la inequidad
OE 5: Incrementar la Red de Servicios de Salud y su capacidad resolutive	ET1: Infraestructura Sanitaria y equipamiento	1. Reemplazo y mejoramiento de unidades de salud
		2. Equipamiento con tecnología Bio-Médica Moderna (nanotecnología) biotecnología (Transferencia Tecnológica)
		3. Fortalecer capacidad resolutive de la red hospitalaria Regional
		4. Desarrollar servicios de salud altamente resilientes con enfoque de gestión de riesgo ante desastres
OE6: Los ODS al 2030	ET1: Implementar el ODS 3	1. Impulsar el cumplimiento de los ODS en el Sistema Nacional de Salud más allá del ODS 3

Fuente: Elaboración Propia

VI ANEXOS

Cuadro 1. Características de la Evolución del Sistema de Salud de Nicaragua

N°	PAÍS: NICARAGUA	EPOCAS			
		Somocismo 1970	RPS 1980	Neoliberalismo 2000	2da. Etapa de La Revolución GRUN 2007
1	Tamaño de la Población (Habitantes)				
2	Tasa de desempleo				
3	Índice de Pobreza				
4	Marco Jurídico, Ley General de Salud				
5	Principales Características del Sistema de Salud				
5, 1	Modelo de Atención				
5, 2	Modelo de Organización				
5, 3	Modelo de Financiación				
6	Número de Unidades Proveedoras de Servicios	Público			

		Seguridad Social				
		Privados				
7	Porcentaje de Cobertura de los Servicios de Salud	Público				
		Seguridad Social				
		Privado				
		Ejército/Policia				
		Sin Cobertura				
8	Número de establecimientos de la Red de Servicios de Salud Pública					
9	Número de establecimientos de la Red de Servicios de Salud Privada					
Fuente: Creación Propia						

Cuadro 2. Ministros de Salud que han conducido la institución en las diferentes etapas históricas

Nombres y Apellidos	ETAPAS			
	Somocismo (Antes del 79)	RPS (79-90)	Neoliberalism o (91-2006)	2da. Etapa de La Revolución GRUN (2007-2015)

Cuadro 3. Indicadores Sanitarios de Nicaragua, 2006- 2015

INDICADORES SANITARIOS	AÑOS									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de Diabetes Mellitus										
Prevalencia de HTA										
Prevalencia de Tuberculosis										
Prevalencia de Cáncer										
Prevalencia de VIH-SIDA										
Prevalencia de Malaria										
Prevalencia de Dengue										
Prevalencia de Chikungunya										
Prevalencia de Zika										
Tasa de Desnutrición Crónica										
Tasa de Mortalidad General										
Razón de Mortalidad Materna x 100,000 Nacidos Vivos Registrados										
Tasa de Mortalidad Infantil x 1,000 Nacidos vivos registrados										
Esperanza de Vida al Nacer										
Tasa Global de Fecundidad										

Cuadro 4. Indicadores de Producción de Servicios de Salud 2006 a 2015

INDICADORES SANITARIOS DE PRODUCCION	AÑOS									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de Atenciones Gratuitas con Medicamentos										
Número de Egresos Hospitalarios										
Número de Cirugías										
Número de Captación Precoz del Embarazo										
Número de Cuarto Control Prenatal										
Número de Partos Atendidos										
Número de Atenciones Puerperales										
Número de PAP en MEF										
Número de Embarazadas captadas con prueba de VIH										
Número de Mujeres embarazadas de zonas rurales albergadas en Casas Maternas										
Total de dosis de vacunas aplicadas										
Número de VPCD en menor de 1 año										

Número de Exámenes de Laboratorio										
Número de Placas de Rayos X										
Número de Exámenes Especializados de Alta Tecnología (TAC y REM)										
Número de Atenciones a personas con Discapacidad (Todos con Voz)										
Número de Familias visitadas en seguimiento para el Programa AMOR para los más Chiquitos										
Número de Cirugías de Operación Milagro										

Cuadro 5. Diez Principales Causas de Fallecimiento de la Población Nicaragüense en 1975 y 2015

10 Principales Causas de Fallecimiento 1975	10 Principales Causas de Fallecimiento 2015
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

Cuadro 6. Indicadores de Recursos Humanos y Presupuesto de Salud 2006 a 2015

VARIABLES	AÑOS									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de Recursos Humanos en Salud										
Relación Médicos por habitantes										
Relación Odontólogos por habitantes										
Relación Enfermeras por habitantes										
Relación Auxiliares de Enfermería por habitantes										
Presupuesto de Salud										
Presupuesto per cápita										
Presupuesto como % del PIB										

Fuente:

GUÍA NUMERO 1.

ENTREVISTA A ACTORES POLITICOS TOMADORES DE DECISION

Preguntas inductoras a informantes claves para indagar sobre la evolución histórica del sistema nacional de salud de Nicaragua.

1. ¿Cuál es su valoración de los cambios históricos vividos en el Sistema de Salud en Nicaragua?
2. ¿Qué aspectos se deben fortalecer en el mediano y largo plazo en el Sistema Nacional de Salud?
3. ¿Cuáles serían los desafíos y prioridades en salud pública que tiene el Sistema Nacional de Salud?
4. ¿Cuál es su evaluación del Modelo del Protagonismo Ciudadano en Salud?
5. ¿Qué lineamientos estratégicos en el campo de la salud propondría para profundizar la transformación del Sistema Nacional de Salud?
6. ¿Algún comentario adicional sobre el tema que desee hacer.

GUÍA NUMERO 2.

Matriz propuesta de lineamientos estratégicos de política pública social que contribuyan al fortalecimiento y modernización del sistema nacional de salud de Nicaragua

Objetivos Estratégicos	Ejes de Trabajo	Líneas de Acción

Fuente: Creación propia del Autor

VII BIBLIOGRAFÍA

1. Acerca de los Sistemas de Salud. <http://www.who.int/OMS>.
A. Acevedo, Algunas implicaciones del proceso de transición demográfica en Nicaragua.
2. Alvarado Sarria, R. Breve historia hospitalaria de Nicaragua. León. 1967:149
3. Althusser, L. ([2005] 1969). For Marx. London: Verso Books, Ch. 3: "Contradiction and Overdetermination,"
4. Axelos, K. ([2006] 1984). "The World: Being Becoming Totality," from *Systematique ouverte* (Trans. Gerald Moore, Les Editions de Minuit: Paris). *Environment and Planning D: Society and Space*, Vol. 24, 643-651.
5. Banco Central de Nicaragua, División Económica, Nicaragua en cifras, 2014.
6. Banco Central de Nicaragua, Informe Anual 2006.
7. Banco Central de Nicaragua, Informe Anual 2010.
8. Banco Central de Nicaragua, Informe Anual 2012.
9. (Banco Central de Nicaragua, Anuario de Estadísticas macroeconómicas 2013)
10. Banco Central de Nicaragua, Informe Anual 2015.
11. Banco Central de Nicaragua, Informe Anual 2016.
12. Banco Interamericano de Desarrollo, Indicadores económicos, 2015.
13. Barreto, Pablo E. Revolución Sandinista: Sus logros ejemplares en la década del 80. Publicado en 2007.
14. Caracterización de los Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. Pública do en la Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional, URL del artículo <http://www.politicaspúblicas.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>. (26 de julio 2011)
15. Cuernavaca, México, (septiembre-octubre 2015) Salud global 2035: implicaciones para México Salud Pública de México, vol. 57, núm. 5, pp. 441-443, Instituto Nacional de Salud Pública Salud pública de México volumen 57, N° 5.
16. Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (CISAS), Atención Primaria en Salud en Nicaragua antes de 1979, María Hamlin Zúniga, Marzo 2008, p. 5-8).
17. Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina, Daniel Maceira, Ph.D.* 2014.

18. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones Praxiológicas. (Carolina Morales-Borrero¹, Salud Pública 2013) 797-808.
19. Determinación social de la Salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Salud Colectiva) Breilh, Jaime. UASB-DIGITAL, Ecuador 2013.
20. Delgadillo, Bono demográfico y sus efectos sobre el desarrollo económico y social de Nicaragua, 2011.
21. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones Praxiológicas. (Carolina Morales-Borrero¹, Salud Pública 2013) 797-808.
22. Determinación social de la Salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Salud Colectiva) Breilh, Jaime. UASB-DIGITAL, Ecuador 2013.
23. Delgadillo, Bono demográfico y sus efectos sobre el desarrollo económico y social de Nicaragua, 2011.
24. Diccionario Filosófico Marxista. URSS 1946. pp. 201-203.
25. Documental Terremoto de Managua. El reasentamiento de un pueblo, 1976.
26. El Programa Histórico del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) 1969. Nicaragua.
27. El Plan Maestro de Salud 1991-1996 Ministerio de Salud-NICARAGUA.
28. Fisher, L. (02 de 01 de 2002). Escritos de Lenin Fischer. (e. Universitaria, Editor) Obtenido de Escritos de Lenin Fischer. www.leninfisher.blogspot.com/2012/01/historia-del-departamento-de-radiologia.html.
29. Fisher, L. Historia de la radiología en Nicaragua: la senda de luz invisible. 2da. ed. Universitaria. Managua, Nicaragua. 2011: 428
30. Fonseca, D. E. (diciembre 2000). Historia de la medicina en Nicaragua, P. 17 y 18. Managua-Nicaragua: UAM.
31. Friedman Milton, Capitalismo y Libertad. Madrid, 1966.
32. Gómez Lacayo, Mauricio. "Nicaragua: la cooperación externa y del PNUD en números: 1997-2000. Artículo publicado en "El PNUD y Nicaragua ante el tercer milenio". PNUD Nicaragua, 2001.
33. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (Sexta ed.). México: MacGraw-Hill.
34. Historia Universal, La dictadura de los Somoza en Nicaragua Gobierno Autoritario de Somoza <http://historiaybiografias.com/somoza/>.
35. (Health Metrics and Evaluation Institute)
36. Índice de desarrollo humano (IDH) en Nicaragua en 2014
37. INIDE - Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal (Revisión 2007)

38. JICA, 2014. "Estudio Diagnóstico del Sector de las Personas con Discapacidad en Nicaragua.
39. Meléndez, Mayda Isabel. "Disminuye ayuda externa para Nicaragua". Artículo publicado en El Observador Económico. Edición 113, junio-julio 2001. Nicaragua. <http://www.elobservadoreconomico.com/archivo/113>
40. Ministerio de Salud Ley General de Salud. Ley No. 423, aprobada el 14 de Marzo del 2002. Púbrica do en la Gaceta No. 91 del 17 de Mayo del 2002.
41. Ministerio de Salud de Nicaragua; pág. web. [www. minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni).
42. M. Hernández, R. López, (2013), La situación demográfica en México, Panorama desde las proyecciones de población.
43. M. Di Cesare, Interacciones entre transición demográfica y epidemiología en Nicaragua: implicaciones para las políticas públicas de salud, CEPAL 147.
44. Managua, Nicaragua, Sistema de las Naciones Unidas. (2 de febrero 2007) Nicaragua. "Valoración Común de País".
45. Managua, Nicaragua. La Estrella de Nicaragua, edición 274. diciembre 2003, Terremoto de Managua cumplió 31 años ¿Cuándo podrá ocurrir el próximo?
46. Ministerio de Acción Social. Política de Población. Nicaragua. Managua 1996.
47. Miguel Ángel Garita Alonso editada por la Facultad de Derecho, "Cultura Jurídica, una visión del Estado Contemporáneo", Universidad Nacional Autónoma de México. Febrero de 2011.
48. Nicaragua, Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 2014, Encuesta de Medición de Nivel de Vida.
49. Nicaragua, Instituto Nacional de Información de Desarrollo, Estimaciones y proyecciones de población nacional, departamental y municipal, Revisión 2007.
50. Nicaragua, 2003. Gaceta. Reglamento de la Ley General de Salud.
51. Nicaragua. Ministerio de Acción Social. Política de Población. Managua 1996. [http://historiaybiografias.com/somoza/Historia Universal, La dictadura de los Somoza en Nicaragua Gobierno Autoritario de Somoza.](http://historiaybiografias.com/somoza/Historia%20Universal,%20La%20dictadura%20de%20los%20Somoza%20en%20Nicaragua%20Gobierno%20Autoritario%20de%20Somoza)
52. Nicaragua, Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Política de Salud, Edición 2008.
53. Nicaragua, Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016.
54. Nicaragua. Banco Central de Nicaragua (BCN). 2006-2015.
55. Nicaragua, Constitución Política de la República. Art. 59, 7ma. Edición, P.23, Art. 59.
56. Nicaragua, Julio 2001. Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza.

57. Nicaragua. INEC, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas, Compendio Estadístico 1990-1999, edición Agosto. 2001.
58. Nicaragua, Ministerio de Salud, Análisis del Sector Salud. Managua. 2000. p. 148-149.
59. Nicaragua. Ministerio de Salud. Hacia un Modelo de Atención Integral en los SILAIS. Cooperación del Gobierno de Suecia en Salud 2005-2007.
60. Nicaragua. Ministerio de Salud. 2005. Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) 1 Serie MAIS.
61. Nicaragua. Ministerio de Salud. Programa de capacitación sobre el modelo de atención integral a la mujer y la niñez. Proyecto de desarrollo de un modelo de atención integral materno-infantil OPS/OMS-PL-480. Managua 1995. Nicaragua.
62. Nicaragua. Ministerio de Salud. Marco Conceptual del MOSAFC. Edición 2008.
63. Nicaragua, Ministerio de Salud. Desarrollo Prospectivo de la Red. Edición 2008.
64. Nicaragua, Ministerio de Salud. Hacia un Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Reforma del Sector Salud. Declaración de Políticas, Managua, 2002.
65. Nicaragua, Ministerio de Salud, Resolución Ministerial 91. Año 1991.
66. Nicaragua. Ministerio de Salud. Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Manual Operativo. Managua. Abril 1995.
67. Nicaragua, Ministerio de Salud. Manual de Organización y Funcionamiento del Sector. Edición 2008.
68. Nicaragua, Ministerio de Salud. Instructivo para el llenado de la Historia de Salud Familiar. Diagnóstico Comunitario y Consolidado del Sector. Edición 2010.
69. Nicaragua, MINSA. Plan Estratégico Nacional de Promoción del Uso Racional de Medicamentos (PENPURM) Mayo 2011.
70. Nicaragua, Ministerio de Salud de Nicaragua, 2015. Informe de Gestión en Salud.
71. Nicaragua. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta de Medición del Nivel de Vida, 2001
72. Nicaragua. Fundación Internacional para el Desafío Económico Global (FIDEG) 2005.
73. Nicaragua. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. ENDESA 2001
74. Nicaragua, Ministerio de Salud, Plan Integral de Atención del Área de Salud: Primera experiencia de programación local de las áreas de salud, unidad operacional del SNUS, 1981.
75. Nicaragua. Ministerio de Salud. (Abril 1995). Atención Integral a la Mujer y la Niñez, manual operativo.

76. Nicaragua, 1890. Reglamento de Policía, Tipografía Nacional. 3. ed. oficial, que comprende todas sus reformas y aclaratorias.
77. Normas Jurídicas, Reglamento General de Hospitales de la República de Nicaragua, No. 4, Aprobado el 15 de Julio, Publicado en La Gaceta No. 183, 184, 185 del 13, 14, 15 de Agosto de 1968.
78. Núñez Soto, Orlando. Los diecisiete años que empobrecieron a Nicaragua. Managua. Radio La Primerísima. 4 marzo de 2009.
79. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Informativo, El Agua. Nicaragua, Agosto 2015.
80. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Septiembre de 1998. Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Párrafo VI.
81. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud Mundial 2000-“Sistemas de Salud: Hacia un mejor desempeño.
82. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013 “Investigaciones para una cobertura sanitaria universal”.
83. Organización Panamericana de la Salud. 2007. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS.
84. Organización Panamericana de la Salud. 2008. Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Publicación N°1.
85. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Publicación N°1.
86. Organización Panamericana de la Salud. 2008. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas.
87. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie Extensión de la Protección Social de la Salud. No. 1, Washington, 2003.
88. Organización de las Naciones Unidas, 2015 Objetivos de Desarrollo Sostenible,
89. Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua, Perfil de País, 2015.
90. Organización Panamericana de la Salud –OPS Salud en las Américas, 2007. Volumen II–Países.
91. Organización Panamericana de la Salud, Mayo 2008, Perfil de Los Sistemas de Salud Nicaragua Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma.

92. Organización Panamericana de la Salud, Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna Registrada en Nicaragua, según Quinquenios. Perfil de Salud Materna ODM 5, Nicaragua. 2009.
93. Paris. Francia, 1998. Falla, Consuelle. Extracto del Libro "La Transdisciplinariedad. Manifiesto de Basarab Nicolescu "Éditions du Rocher.
94. Pedroza P, M.E. (2017). Curso de Metodología de Investigación Científica. Programa de Doctorado "Gestión y Calidad de la Investigación Científica" DOGCINV I Cohorte. FAREM Estelí. UNAN-Managua. Managua: UNAN Managua.
95. Pedroza P, M.E. y Dicovski R., L.M. 2006. Sistema de Análisis Estadístico, con SPSS. Primera Edición. INTA / IICA. 139 p.
96. Peña, M. L. (2008). La Salud pública en Nicaragua y la fundación Rockefeller (1915-1928). 118, 121, 124 y 127.
97. Peña M.L. La Fundación Rockefeller y la salud pública nicaragüense, en los años treinta, IX Congreso Centroamericano de Historia. San José, Costa Rica, 21 al 25 de julio/2008. IHNCA-UCA, p. 2)
98. PNUD. Índice de Desarrollo Humano 2014.
99. Prensa, L. (11 de 10 de 2004). De la Colonia al siglo XIX: La medicina en Nicaragua. La Prensa, p.
www.laprensa.com.ni/2004/10/11/nacionales/947229-de-la-colonia-al-siglo-x-ix-la-medicina-en-nicaragua.
100. Publicado en la Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo. URL del artículo:
<http://www.politicaspública.suncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>.
101. Rev. Panam. Salud Pública/ Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007)
102. Rosanvallon, Pierre: (1995) La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia, Manantial, Buenos Aires; p. 205
103. Sayra Cristina Solís Gómez, septiembre 2011, UCA.
104. Sanigest Internacional 2004. Informe borrador final de Consultoría Evaluación de la Política Nacional de Salud en Nicaragua, durante el periodo 1997-2002.
105. Liliana Kusnir "La Política Social en Europa", 1996.
106. Lerner y Roggio; "el discurso neoliberal en las políticas sociales"; Cuadernos Médico Sociales; Rosario; n°58 año 1991, p.34.
107. UCA, U. C. (1983). Un pueblo más sano: la salud en la nueva Nicaragua. Revista envío digital N° 23, 1. www.envio.org.ni/articulo/23.
108. UCA, U. C. (01 de 02 de 1988). Revista envío digital N° 80. Obtenido de Revista Envío digital N° 80: www.envio.org.ni/articulo/548.

109. Valladares, Larry, (2002). Modelo de Salud Previsional en Nicaragua. Evolución y Perspectiva de las EMP. Segunda Edición. Friedrich Evert Stiftung. Managua, febrero 2002.