



**“EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL  
MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA: UNA  
REVISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LEY  
GENERAL DE SALUD #423”**

**Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud.  
OPS/OMS**



**ACLARACIÓN.**

Los puntos de vista expresados en este documento son de exclusiva responsabilidad de su autor/autora y no comprometen a las instituciones a las que este vinculado ni significa acuerdo o posición oficial de OPS/OMS. Se puede reproducir total o parcialmente el texto siempre que se identifique el autor/autora y la fuente.

**MISIÓN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.**

La Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo internacional especializado en salud. Su misión es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conservan un ambiente saludable y avanzan hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos.

**AUTOR:**

Octavio Torres

**COORDINACIÓN TÉCNICA:**

Javier Uribe

## **PRESENTACIÓN**

El sistema de salud público de Nicaragua, como el de muchos otros países de la Región, se encuentra en una encrucijada. En efecto, en el mundo entero hoy se busca transformar la administración, regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud a fin de rendir estas funciones más eficientes, efectivas y con mayor impacto. Este es el origen de los procesos de reforma en que se han embarcado muchos países de todos los niveles de desarrollo económico y con todos los tipos de sistemas políticos. Y aunque el resultado final es todavía incierto, es posible que esta búsqueda conduzca a nuevos enfoques conceptuales y operacionales para los sistemas de salud y sus servicios. Estas transformaciones deberían conducir, en última instancia, a modelos de atención debidamente asentados en los pilares básicos del desarrollo sanitario, a saber, las funciones de prevención, curación, promoción y rehabilitación.

El presente documento, producido con el auspicio de la Representación en Nicaragua de la Organización Panamericana de la Salud, consolida la información disponible sobre los modelos de atención en el sistema de salud de Nicaragua, a fin de facilitar la definición de nuevas opciones que el sistema exige en el contexto de la Ley General de Salud #423. Más específicamente, intenta examinar las diferentes opciones existentes a fin de que el MINSA, como rector del sector salud, pueda definir una alternativa viable y sostenible para la atención integral de salud de las personas, las familias, las comunidades y su relación con el medio ambiente.

La integralidad en el abordaje del modelo no parte de la enfermedad sino de un análisis de todos los condicionantes de salud que inciden en el bienestar físico, mental y social de la población. Es este el desafío central a considerar al estructurar los cambios del modelo de atención vigente actualmente. Siendo salud un factor integral del desarrollo social y económico, la propuesta de modelo ha de permitir el accionar de otros sectores en busca de la buena salud y calidad de vida de la población nicaragüense.

A fin de facilitar la formulación del nuevo modelo, se incluye una revisión de los componentes que sustentan los diferentes modelos y los desafíos que la Ley General de Salud establece para cada uno de ellos, reconociendo que los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud han de marcar la direccionalidad de otras intervenciones en el sector, como en la seguridad social y el sector privado.

El modelo de atención integral que vislumbra el MINSA permitirá organizar y administrar los recursos disponibles en el sistema de manera que la equidad surja como el objetivo último y fundamental del quehacer en salud, reconocido como tal por todos los actores nacionales involucrados en la provisión de servicios de salud. Confiamos que este documento contribuirá a la culminación de este importante proceso y, por ende, a la consolidación del desarrollo sanitario sostenible de Nicaragua.

Patricio Rojas Lara  
Representante OPS/OMS  
Managua, Nicaragua, octubre 2002.

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento viene a subsanar la indefinición histórica de un marco conceptual sobre este tema. Inicia con una propuesta para la consolidación de la información disponible respecto al modelo de atención de salud y su análisis con relación a la Ley General de Salud # 423. La propuesta fue preparada por el programa de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS Nicaragua y fue validado por la Dirección de Primer Nivel de Atención de la Dirección General de Servicios de Salud del MINSA.

El instrumento fundamental para la recopilación de la información disponible sobre el modelo de salud actual, lo constituye el “**Formato de Sistematización y Actualización**” que se estructura sobre la base de cuatro grandes ejes de desarrollo sectorial:

1. Organización administrativa y gerencial del modelo de atención.
2. Organización de la atención en el modelo de atención.
3. Vigilancia y control epidemiológico.
4. Participación social.

El “Formato” ha permitido documentar el desarrollo histórico del modelo de atención desarrollado por el Ministerio de Salud de Nicaragua en los cuatro componentes mencionados.

Todo para recabar información que permitirá plantear los ajustes necesarios para la consolidación de un modelo de salud integral en el actual contexto definido por la Ley General de Salud # 423.

El ítem referido a la **organización administrativa y gerencial del modelo de atención**, suministra información relativa a los Principios del modelo de salud, sus características, sus programas, y la forma en que distintas entidades conceptualizan la elección por parte del usuario. Además, brinda información respecto a la unidad geográfica y administrativa en la cual se desenvuelve la institución, la forma cómo planifica, lo que contempla en cuanto a descentralización administrativa y sistemas de información y de garantía de la calidad. No menos importante son los acápites referidos al financiamiento del modelo y los niveles administrativos.

El ítem que aborda la **organización de la atención en el modelo de atención** da cuenta de cinco aspectos de gran trascendencia. Inicia describiendo el proceso de planificación de los servicios de salud, continua informando sobre la forma como se entregan los servicios. Posteriormente, se documenta el aspecto de las competencias a diferentes niveles del sistema. Un aspecto importante a destacar en este apartado es la forma en como se describe la organización de la red de servicios para la atención en salud, la que es una de las mas documentadas y completas.

Aquí se documenta por citar algunos ejemplos, como es el funcionamiento de la red y los servicios que esta ofrece, brindando detalles tanto del primer nivel de atención como del segundo nivel y de los programas de prioridad. Se aborda sobre el sistema de referencia y contrarreferencia, los aspectos de formación y capacitación del recurso humano tanto en

pregrado como en postgrado, cómo se efectúa el manejo de las brigadas médicas y el control de donaciones y qué contemplan las jornadas nacionales de salud.

Este ítem no solo se refiere a los servicios de atención a las personas, también se refiere a la red de servicios para la atención del medio ambiente (agua, disposición de excretas, saneamiento básico, disposición de basuras), y lo asociado a emergencias y desastres naturales.

El ítem vinculado al aspecto de **vigilancia y control epidemiológico** describe la situación actual de la vigilancia en salud pública y suministra información valiosa sobre el perfil demográfico, el perfil epidemiológico, condiciones de vida y riesgos ambientales y sociales de las personas, las familias y sus comunidades. En su última parte incluye un apartado sobre el Sistema Nicaragüense de Vigilancia epidemiológica.

El último ítem, y no por ello el menos importante, se asocia a la **participación social**, que recientemente acaba de dar un importante paso al establecerse mediante decreto ministerial el Consejo Nacional de Salud.

El documento presenta una **sección de anexos** que entre otros aspectos, incluye información sobre: las principales tasas de mortalidad y morbilidad que aquejan al pueblo nicaragüense.

La **sección bibliográfica** cierra el documento.

Se espera que este marco de referencia ayude a identificar las principales características del modelo organizativo existente en nuestra institución, así como las opciones mas viables para reformarlo y hacerlo mas eficiente, eficaz y equitativo.

# “INDICE”

## PRESENTACIÓN

## RESUMEN EJECUTIVO

## INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. PROPUESTA<sup>1</sup> PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE RESPECTO AL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD DE NICARAGUA Y SU ANÁLISIS RESPECTO A LA LEY GENERAL DE SALUD # 423.</b> | <b>1</b>  |
| • Objetivo  | 1         |
| • Justificación   | 1         |
| • Antecedentes  | 1         |
| • Elementos Técnicos a considerar   | 2         |
| • Metodología   | 2         |
| • Población Objetivo  | 2         |
| • Fases Previstas para el abordaje de la actualización del modelo de atención de sector salud.  | 3         |
| <b>2. CONTENIDO DEL FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN</b>  | <b>3</b>  |
| <b>3. EL MODELO DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD</b>   | <b>4</b>  |
| <b>I. Organización administrativa y gerencial del modelo de atención.</b>   | <b>4</b>  |
| 1. Principios del modelo  | 4         |
| 2. Características  | 5         |
| 3. Programas  | 9         |
| 4. Elección por parte del usuario   | 11        |
| 5. Unidad geográfica y administrativa   | 13        |
| 6. Planificación  | 15        |
| 7. Descentralización administrativa   | 22        |
| 8. Sistemas de información  | 26        |
| 9. Sistema de garantía de la calidad  | 33        |
| 10. Financiamiento del modelo   | 38        |
| 10.1. Fuente de financiamiento  | 38        |
| 11. Niveles administrativos   | 40        |
| <b>II. Organización de la atención<sup>2</sup> en el modelo de atención.</b>  | <b>42</b> |

<sup>1</sup> Propuesta preparada 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. Se han incluido las consideraciones expresadas por la Dra. Guadalupe Canales y la Dra. Aurora Velásquez sobre dicho tema.

<sup>2</sup> El MINSA siempre ha considerado dos grandes ejes para organizar la atención en su modelo:

- por grupos vulnerables
- según programas:
  - a. de atención a las personas (pueden ser de promoción/prevención, de atención clínica)
  - b. de atención al medio

|   |    |
|---|----|
| 12. Proceso de planificación de los servicios de salud  | 42 |
| 13. Forma de entrega de los servicios   | 44 |
| 14. Competencias del MINSA, SILAIS y Municipios   | 46 |
| 15. Organización red de servicios para la atención en salud   | 51 |
| 15.1. Funcionamiento de la red y oferta de servicios de salud   | 57 |
| 15.2. Primer Nivel de Atención  | 58 |
| 15.2.1. Oferta de servicios básicos integrales en el modelo de atención dirigido a la mujer y la niñez. | 59 |
| <b>Lineamientos generales</b>   | 59 |
| <b>Atención Integral a la Mujer</b>   | 61 |
| <b>Atención Integral a la Niñez</b>   | 61 |
| 15.3 Segundo Nivel de Atención  | 62 |
| 15.4 Programas de salud prioritarios <sup>3</sup>   | 63 |
| 15.5 Sistema de referencia y contrarreferencia  | 67 |
| 15.6 Formación y Capacitación del Recurso Humano  | 67 |
| 15.6.1 Formación de pregrado  | 67 |
| 15.6.2 Formación de postgrado   | 69 |
| 15.7 Brigadas médicas y control de donaciones   | 69 |
| 15.8 Jornadas nacionales de salud   | 70 |
| 16. Organización red de servicios para la atención al medio ambiente                                    | 70 |
| 16.1 Oferta de servicios básicos integrales   | 72 |
| 16.2 Emergencias y desastres naturales  | 73 |
| <b>III. Vigilancia y control epidemiológico<sup>4</sup>.</b>  | 79 |
| 17. Perfil demográfico  | 79 |
| 18. Perfil epidemiológico   | 81 |
| 19. Condiciones de vida   | 82 |
| 20. Riesgos ambientales y sociales  | 84 |
| 21. Otros factores condicionantes   | 84 |
| 22. Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico   | 85 |
| 23. Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica (SISNEVIN)  | 87 |
| <b>IV. Participación social.</b>  | 88 |

<sup>3</sup> Se revisaron los programas que históricamente ha apoyado el MINSA.

<sup>4</sup> El MINSA en sus documentos técnicos publicados, abordó este marco conceptual en su modelo de atención. En este documento se introduce el concepto de "Vigilancia de la Salud".

#### **4. ANEXOS**

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 4.1 | Mapa de Nicaragua  | 92 |
| 4.2 | Mapa de Pobreza de Nicaragua   | 93 |
| 4.3 | Principales tasas (actualizadas, 1997-2001) de:                      | 94 |
|     | • Mortalidad Materna   | 94 |
|     | • Mortalidad neonatal  | 94 |
|     | • Mortalidad por causas (Respiratorias, Crónicas, Tumores, Hídricas) | 95 |
|     | • Mortalidad por causas (Tuberculosis, Nutricionales)                | 95 |
|     | • Morbilidad por Enfermedades Vectoriales                            | 96 |
|     | • Morbilidad por causas  | 96 |
|     | • Morbilidad de origen hídrico                                       | 97 |
|     | • Morbilidad por respiratorias                                       | 97 |
| 4.4 | Formato de Sistematización y actualización                           | 98 |

#### **5. BIBLIOGRAFÍA** 100



**1. PROPUESTA<sup>5</sup> PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE RESPECTO AL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD DE NICARAGUA Y SU ANÁLISIS RESPECTO A LA LEY GENERAL DE SALUD # 423. –DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO PARA REVISIÓN INTERNA-**

**Objetivo**

Documentar el desarrollo histórico del modelo de atención desarrollado por el Ministerio de Salud de Nicaragua, y a partir de esta información plantear los ajustes necesarios para su consolidación en el actual contexto definido por la Ley General de Salud # 423.

**Justificación**

Desde la década de los años noventa, el Ministerio de Salud definió como eje fundamental de su modelo de atención la estrategia de APS (Atención Primaria en Salud), y como elemento administrativo para su implementación a los SILAIS.

En consideración a los nuevos referentes que el gobierno nacional ha definido para el desarrollo del país y el fortalecimiento de la rectoría sectorial, se hace imprescindible revisar el tema del modelo de atención de salud, y tener clara su evolución histórica. Luego de este análisis se hace necesario conocer de qué manera sus contenidos se articulan con lo establecido en la Ley General de Salud y, de qué manera se responde a los actuales procesos de reordenamiento interno en lo referente a las competencias de los diferentes niveles comprometidos con la implementación del modelo (nivel nacional, SILAIS, municipios).

De manera paralela se hace necesario conocer el posicionamiento que otros actores nacionales tienen con respecto a los modelos de atención, como son: el Instituto del Seguro Social y el Ministerio de Gobernación.

Esta revisión histórica del modelo de atención, permitirá a los técnicos de la Dirección General de Servicios de Salud del MINSA, tener un claro posicionamiento sobre los puntos críticos a ser intervenidos en la redefinición del modelo que se espera formular para dar cumplimiento a los desafíos establecidos en la reglamentación de la Ley #423.

**Antecedentes**

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 iniciativa de los SILAIS, posteriormente en 1993, con la publicación de la Serie SILOS 1.

Desafortunadamente el sector solo tiene como referentes formales respecto al modelo de atención, los desarrollados en abril de 1995, cuando se realizó una aproximación tendiente a definir un modelo<sup>6</sup>. Dicha propuesta histórica, paulatinamente ha sido asumida como el modelo de atención. En el año 2001 nuevamente se presentan unos lineamientos generales para construir

---

<sup>5</sup> Propuesta preparada 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. Se han incluido las consideraciones expresadas por la Dra. Guadalupe Canales y la Dra. Aurora Velásquez sobre dicho tema.

<sup>6</sup> República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Atención Integral a la Mujer y la Niñez, manual operativo. Managua, abril 1995.

una propuesta de modelo<sup>7</sup>. Al igual que en el caso anterior estos lineamientos están presentados desde la perspectiva de la Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia – AIMNA-.

De manera paralela el Instituto Nicaragüense del Seguro Social desde 1993, ha definido un modelo de atención, denominado “Modelo de Salud Provisional”<sup>8</sup>.

### **Elementos Técnicos a considerar**

Se considerarán los marcos técnicos establecidos por el MINSA en documentos oficiales y los aportes que actores claves del nivel central y los SILAIS realicen sobre los abordajes que los criterios conceptuales han tenido en su abordaje práctico. De igual manera y dado el actual contexto se aprovechará este trabajo a fin de:

- Valorar cómo el modelo de atención vigente se articula con los lineamientos establecidos en la “Ley General de Salud”<sup>9</sup>.
- Considerar que aspectos del actual modelo de atención y gestión se deben ajustar a las realidades que se tienen previstas en el nuevo gobierno.
- Considerar de qué manera los contenidos históricos del modelo se ajustarán a las nuevas realidades sectoriales evidenciadas en los actuales desarrollos de la APS en Nicaragua<sup>10</sup>.
- Expresar al MINSA, sobre la base de la experiencia, recomendaciones a considerar basadas en la práctica, antes de que sus autoridades inicien la formulación de un modelo nacional de atención.

### **Propuesta de Abordaje Metodológico**

Esta propuesta busca subsanar la NO definición histórica de un marco conceptual sobre este tema en las dos fases anteriores. Ver documento adjunto “Formato Documentación Modelo de Atención de Salud de Nicaragua”.

### **Población Objetivo**

Se considerarán dos tipos informantes:

a. primarios: todos aquellos directamente vinculados con el desarrollo del modelo de atención en Nicaragua en la actualidad

- MINSA: la Dirección General de Servicios de Salud con sus programas: AIMNA, primer nivel de atención, insumos médicos y la Unidad Coordinadora de Proyecto. En este caso se solicitará el autodiligenciamiento.

---

<sup>7</sup> República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Hacia un Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Reforma del Sector Salud. Declaración de Políticas. Managua, 2001.

<sup>8</sup> Valladares, Larry. Modelo de Salud Previsional en Nicaragua. Evolución y Perspectiva de las EMP. Segunda Edición. Friedrich Evert Stiftung. Managua, febrero 2002.

<sup>9</sup> Para el presente documento, se considerarán algunos elementos técnicos que hacen parte de la Ley General de Salud # 423, principalmente en el abordaje de propuestas de actualización.

<sup>10</sup> Se considerará la información suministrada por instituciones nacionales mediante el desarrollo de la encuesta del proyecto “Revisión de la Implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en América Latina y el Caribe”; trabajo auspiciado por OPS/OMS y que será consolidado a nivel regional por la Escuela de Salud Pública de Chile.

- SILAIS: se abordarán dos instancias, el director y el responsable del proyecto en el SILAIS

b. secundarios: se realizará la información histórica disponible con respecto al modelo de atención. Ver relación de documentos a revisar en la bibliografía.

### **Fases previstas para el abordaje de la actualización del modelo de atención.**

1. Recolección de la información bibliográfica de referencia.
2. Análisis de la información bibliográfica y consolidación de aquella referida en la matriz.
3. Validación de la información teórica con directores SILAIS y/o responsables de servicios de salud en los SILAIS.
4. Presentación a la dirección de primer nivel de atención.
5. Presentación a la Dirección General de Servicios de Salud.
6. Se sugiere una fase adicional en la cuál el modelo reciba los aportes de un equipo de validadores externos de carácter internacional para que dimensionen dicho instrumento a los desafíos que los modelos de salud han venido teniendo en la región. Este documento de carácter prospectivo será entregado al MINSA como un aporte estratégico a la definición del modelo nacional.

## **2. CONTENIDO DEL FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

- I. Organización administrativa y gerencial del modelo de atención.
- II. Organización de la atención en el modelo de atención.
- III. Vigilancia y control epidemiológico.
- IV. Participación social.

La sección de anexos, en las páginas 99 y 100, presenta un detalle completo de los ítem abordados en el documento.

### 3. EL MODELO DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

#### I. Organización administrativa y gerencial del modelo de atención.

##### 1. Principios del modelo<sup>11</sup>

Para el caso del Ministerio de Salud (MINSAL), la Ley General de Salud (LGS) le establece los siguientes principios:

- **Gratuidad:** Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil, personas de la tercera edad y discapacitados.
- **Universalidad:** Se garantiza la cobertura del servicio de salud a toda la población, conforme los términos previstos en los regímenes que se establecen en la presente Ley.
- **Solidaridad:** Se garantiza el acceso a los servicios esenciales de salud, a través de la contribución y distribución de los recursos y conforme las reglas propias de los diferentes regímenes que se establecen en la presente Ley.
- **Integralidad:** Se garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objeto de lograr una atención integral de la persona, su núcleo familiar y la comunidad, de acuerdo a los diferentes planes de salud.
- **Participación Social:** Se garantiza la participación activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación.
- **Eficiencia:** Optimizar los recursos del sector social, a fin de brindar los servicios esenciales que requiere la población.
- **Calidad:** Se garantiza el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible.
- **Equidad:** Oportunidad que tiene la población de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores vulnerables, para resolver sus problemas de salud.
- **Sostenibilidad:** Se garantiza la viabilidad del sector a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud. de manera que no decaiga o se extinga por factores

---

<sup>11</sup> Tomado de la Gaceta, diario oficial. No. 91 del viernes 17 de mayo de 2002. p. 3474. Arto.5

políticos, culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza, considerando las limitaciones propias en materia de recursos disponibles.

- **Responsabilidad de los ciudadanos:** Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio ambiente en que viven y desarrollan sus actividades.

## **2. Características**

El MINSA solo tiene como referentes formales respecto al modelo de atención, los desarrollados en abril de 1995, cuando se realizó una aproximación tendiente a definir un modelo<sup>12</sup>. Dicha propuesta histórica, paulatinamente ha sido asumida como el modelo de atención. En el año 2001 nuevamente se presentan unos lineamientos generales para construir una propuesta de modelo<sup>13</sup>. Al igual que en el caso anterior estos lineamientos están presentados desde la perspectiva de la Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia –AIMNA–.

Referente al MINSA, El manual operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez de Abril 1995, aborda este aspecto desde varias perspectivas:

- a. Atención a las personas
- b. Atención en el territorio
- c. Integralidad de los programas
- d. Acciones intersectoriales
- e. Participación de la comunidad
- f. Gestión institucional del Ministerio de Salud

### **a. Integralidad de la Atención a las Personas**

La integralidad contempla a la persona como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática.

Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.

### **b. Integralidad de la Atención en el Territorio**

La organización de la atención en un territorio debe estar dispuesta de tal manera que un individuo enfermo recupere su salud aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o

---

<sup>12</sup> República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Atención Integral a la Mujer y la Niñez, manual operativo. Managua, abril 1995. p. 9 – 14.

<sup>13</sup> República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Hacia un Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Reforma del Sector Salud. Declaración de Políticas. Managua, 2001.

resolución. Por ejemplo, una mujer embarazada complicada con preeclampsia, captada en un puesto de salud rural, es referida hasta una Unidad de Salud donde se le trata la complicación, se le atiende el parto al recién nacido y se le dan consejos sobre lactancia materna y necesidad de espaciar el próximo embarazo.

La integración de las diferentes unidades de salud debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento.

El desarrollo de la Atención Primaria y el Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria establece la necesidad de promover la Salud y prevenir enfermedades con acciones integrales dirigidas a las personas y al ambiente, impulsar la educación higiénico sanitaria para producir cambios en los hábitos y actitudes y orientar los servicios de salud para atender las necesidades básicas de la población.

Los hospitales asumen su rol de unidades de referencia asistencial, docente e investigativa, integrándose a la red local de servicios, dirigiendo sus acciones a la Salud Integral de la Mujer y la Niñez para garantizar su derecho al acceso y cobertura de la atención en los diferentes niveles del Sistema.

### **c. Integralidad de los Programas**

El Modelo de Atención Integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de la eficiencia programática y dirigiendo los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud. “Significa asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde los niños y las mujeres corran más riesgos”.

La existencia de programas especiales destinados a resolver determinados problemas de salud (EDA, IRA, PAI, CPN, etc) imponen en la comunidad un enfoque fragmentario de la salud, con el agravante de que para alcanzar una cobertura efectiva a grandes poblaciones requiere de mayor infraestructura sanitaria y un contacto constante con los usuarios.

La nueva concepción de Programa de Salud responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, la situación diferenciada de hombres y mujeres, la estratificación y el enfoque de riesgo, por lo que deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

A partir de la implementación de este nuevo Modelo se obtendrá como resultado la ruptura del concepto vertical de “Programa”, estableciéndose entonces la atención integrada a la mujer y la niñez.

La Atención Integral requirió por parte del Ministerio de Salud, la revisión de los programas, objetivos y metas planteadas que inciden en el desarrollo de la atención a la mujer y a la niñez, llegándose a las siguientes definiciones:

- **Atención Integral a la Mujer:** Es dirigir las acciones desde la perspectiva de reconocerla como un ser integral, imponiéndose el abordaje de su problemática con un enfoque de género y no solo reproductivo con visión materna, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.
- **Atención Integral a la Niñez y Adolescencia:** Es dirigir los esfuerzos a través de acciones sistemáticas y coordinadas desde una perspectiva que persiga la reducción, neutralización y eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

#### **d. Integralidad en las Acciones Intersectoriales**

El Sistema de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población y no simplemente prestar servicios de asistencia a los enfermos. Los esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros se actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector como el caso del abastecimiento de agua potable o las alternativas nutricionales.

Actualmente el Ministerio de Salud no es la única institución que presta servicios de salud. Otras organizaciones no gubernamentales, religiosos, centros alternativos y el sector privado están adquiriendo un importante rol en la prestación de servicios de salud, con gran énfasis en la mujer y la niñez, por lo cual se deben establecer coordinaciones de trabajo y discusión de sus planes de salud para hacer coincidir los esfuerzos y recursos.

Las funciones del personal de salud son fomentar, estimular y realizar coordinación con otros sectores, haciendo énfasis en los factores de riesgo o predisponentes para la aparición de enfermedades tratando de lograr compromisos de parte de estos sectores para que deriven esfuerzos y recursos en la solución de los problemas de salud. El Plan de Salud debe ser discutido con toda la sociedad civil organizada para lograr juntar los esfuerzos hacia un objetivo común.

El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial, los Municipios que tengan posibilidad pueden designar uno o varios encargados de la coordinación intersectorial.

En resumen se deben de promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, tendientes a incrementar el acceso al agua la disposición adecuada de excretas, la vivienda, las oportunidades de trabajo, entre otras,



priorizando las comunidades urbano marginales y rurales, áreas afectadas por la guerra y sectores repatriados.

#### **e. Integralidad en la Participación de la Comunidad**

El modelo de Atención Integral promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud. En esta acción, el Ministerio de Salud desempeñará la función de “facilitador” asesorando y promoviendo la organización comunitaria.
- El desarrollo de un proceso educativo, tanto en el nivel comunitario como institucional, que les permita trabajar por la salud desde sus propios conocimientos y experiencias. Para ello se debe capacitar en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.
- El establecimiento de mecanismos de referencia y contrarreferencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes de voluntarios que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.
- La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

#### **f. Integralidad en la gestión institucional del Ministerio de Salud**

El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de los SILAIS y los municipios sin crear estructuras paralelas o verticales para cada área de interés aunque en determinadas circunstancias sean necesarias asesorías especializadas.



La forma y división del trabajo para producir, investigar y normatizar conocimientos no debe tener la misma forma en que estos se entregan a la población. Hay que pasar a una integración de acciones por conjunto de problemas.

El SILAIS, con la participación de todo el personal de salud de los municipios y la comunidad debe organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y satisfacción de las usuarias y usuarios

### **3. Programas<sup>14</sup>**

La LGS legisla sobre los Programas Bajo la Responsabilidad del Ministerio de Salud:

#### **Capítulo IV**

Arto. 49. Programas de Prevención y Promoción de Salud. Se integran por el universo de intervenciones, procedimientos, acciones colectivas o individuales para la promoción, prevención y educación en función de disminuir factores de alto riesgo y las enfermedades.

Arto. 50. Programas de Asistencia Social. Se integran por el conjunto de acciones de recuperación y rehabilitación de la salud necesaria para una atención integral del individuo o la familia, que carecen de recursos y que no están en capacidad o posibilidad de afiliarse al régimen contributivo o voluntario.

#### **Capítulo V**

##### **Programas Comunes a los Diferentes Regímenes**

Arto. 51. Programas de Atención a Enfermedades de Alto Costo. Comprende el conjunto de acciones en salud que deben ser suministradas a las personas que sean sujeto de eventos especiales que comprometan en forma extraordinaria la economía del individuo y del Sector Salud. Este plan se otorgará conforme a la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos del país.

Para las personas afiliadas al régimen contributivo serán estas instituciones o entidades las encargadas de coordinar su prestación y garantizar su financiación, conforme los principios y términos establecidos en la Ley de Seguridad Social.

Arto. 52. Programa por Emergencias. Corresponde prestar a todas las entidades públicas o privadas que tengan a su cargo la provisión de servicios dentro del Sector Salud en el territorio nacional, la atención de emergencia sin que sea necesario ningún requisito al usuario como condición para su atención.

Todas las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud deberán garantizar la atención de emergencia conforme sus niveles de complejidad para los servicios que han sido habilitadas.

---

<sup>14</sup> Tomado de la Gaceta, diario oficial. No. 91 del viernes 17 de mayo de 2002. p. 3483. Arto.49-52, Cap. IV y V.

Las instituciones no podrán imponer, crear barreras o impedir el acceso a la población que requiera esta clase de servicio.

El Reglamento de esta Ley definirá los términos entre los diferentes proveedores de salud y su relación con las entidades aseguradoras.

### **Metas e Indicadores Intermedios de la ERCERP en los programas de prioridad del gobierno para el Sector Salud.**

El gobierno se comprometió con metas a cinco años y, para fines de seguimiento, se seleccionó un conjunto de indicadores intermedios relacionados con dichas metas. Estos indicadores formarán parte de un nuevo sistema de información gerencial; algunos serán revisados anualmente mientras otros deberán esperar la EMNV planificadas. Los diferentes ministerios proporcionaron los datos para los indicadores, lo cual es clave para supervisar y evaluar el grado de avance en la reducción de la pobreza. A continuación se detalla, para el área de la salud, la descripción de cada meta y su vinculación con indicadores intermedios.

Meta 3: Reducir la tasa de mortalidad materna de 148 a 129 por 100,000 nacidos vivos para el 2005. El gobierno se propone reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el 2015. Para lograr esta meta al 2005, se necesitará aumentar el número de mujeres que dan a luz en hospitales y clínicas (un incremento promedio anual de 3,700 mujeres al año) y garantizar que una proporción creciente de mujeres embarazadas reciba atención prenatal (un aumento promedio anual de 3,800 controles prenatales al año), así como una mayor captación precoz del embarazo (un incremento promedio anual de 3,400 controles prenatales tempranos al año).

Meta 4: Reducir la tasa de mortalidad infantil de 40 a 32 por 1,000 nacidos vivos y Meta 5: Reducir la mortalidad de menores de cinco años de 50 a 37 por 1,000 nacidos vivos para el 2005. Las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años de Nicaragua son las más elevadas de Centroamérica. El gobierno se propone reducir estas dos tasas en un 67 por ciento para el 2015, con respecto a las tasas que predominaban en 1994. Para lograr estas metas, se aumentará la cobertura de inmunizaciones para niños menores de un año y niños menores de cinco años. Asimismo, se le dará seguimiento a las incidencias de diarrea e infecciones respiratorias agudas. Otros indicadores intermedios adicionales que afectan la salud de la población incluyen la proporción de hogares rurales que tienen acceso a agua segura y a saneamiento y la proporción de hogares urbanos con acceso a alcantarillado. A estos dos últimos se le dará seguimiento mediante el objetivo 10.

Meta 6: Reducir a 24.8 por ciento para el 2005 la demanda insatisfecha de planificación familiar entre mujeres con pareja del grupo de edades de 15-19 desde 27.1 por ciento en 1998 y Meta 7: Reducir a 18 por ciento para el 2005 la demanda insatisfecha de planificación familiar entre mujeres con pareja del grupo de edades 20-24 desde 19.7 en 1998. Las tasas de fertilidad de adolescentes en Nicaragua están entre las más altas de América Latina. El acceso a la planificación familiar ha aumentado del 49 por ciento en 1993 al 60 por ciento en 1998. A fin de alcanzar la meta de proveer acceso a servicios de salud reproductiva a todos los individuos en edades apropiadas para 2015, el gobierno incrementará la participación de mujeres en edad fértil

con acceso a servicios de salud reproductiva en un 23 por ciento para el 2005, de 21 por ciento en 1999 (un incremento anual de 14,000 mujeres en edad fértil).

Meta 9: Reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del 19.9 por ciento en 1998 al 17.9 por ciento para el 2001, al 16 por ciento al 2004 y al 7 por ciento para el 2015. En Nicaragua casi el 20 por ciento de los niños menores de cinco años está afectado por la desnutrición crónica. Las EMNV, programadas a realizarse en 2001 y 2004, deberán identificar los avances, aunque las autoridades están contemplando usar también encuestas puntuales<sup>15</sup>.

Es importante mencionar que en el caso de la salud, la definición de estas metas fue debidamente consensuada por todos los niveles del sistema (Central, Departamental o SILAIS y municipal), actividad que estuvo coordinada desde el Nivel Central por la División General de Planificación y Sistemas de Información, la que en este aspecto trabajó muy estrechamente con funcionarios de la Secretaría Técnica de la Presidencia.

En este sentido, la DGPSI a solicitud Dirección Superior, coordinó y consensó en un primer momento, con las correspondientes direcciones sustantivas del MINSA el análisis minucioso de las estadísticas de salud que sirvieron de base para la construcción de los indicadores de salud establecidos en la ERCERP, especial atención se dio al hecho de que las metas que se establecían tuvieran una base real de sustentación, basada en las tendencias históricas y lo planificado para el periodo. En un segundo momento se establecieron las metas a nivel de cada municipio mediante el desarrollo de talleres locales que fueron llevados a cabo por funcionarios de la DGPSI, previa coordinación de estos funcionarios con personal de la SETEC.

#### **4. Elección por parte del usuario**<sup>16</sup>

Los distintos regímenes que contempla la LGS determina en gran medida la elección del usuario, por ello presentamos el detalle de lo que contempla la ley en sus capítulos II y III.

##### **Capítulo II**

##### **De los Regímenes y Planes del Sector Salud**

##### **Sección Única de los Regímenes**

Arto. 38. Objeto. El Sector Salud se integra por tres regímenes, como conjunto de beneficios articulados para lograr realizar el principio de universalidad:

- (a) contributivo,
- (b) no contributivo
- (c) 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.

---

<sup>15</sup> Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza. Gobierno de Nicaragua, julio de 2001.

<sup>16</sup> Tomado de la Gaceta, diario oficial. No. 91 del viernes 17 de mayo de 2002. Pág. 3482 y 3483. Arto. 38 al arto. 44.

Arto. 39. **Ámbito de Aplicación del Régimen Contributivo.** El Régimen Contributivo se integra por el conjunto de beneficios y prestaciones, a los cuales los usuarios pueden acceder previa contratación con empresas aseguradoras privadas y públicas y/o a través de los Regímenes Obligatorio y Facultativo del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

Arto.40. **Aplicación del Régimen No Contributivo.** El Régimen no Contributivo es gratuito, se integra por el conjunto de beneficios y prestaciones, con el objeto de brindar servicios de salud a los sectores vulnerables y por las acciones de salud públicas dirigidas a toda la población.

Arto. 41- **Aplicación del Régimen Voluntario.** El Régimen Voluntario se integra por el conjunto de beneficios y prestaciones que financia directamente el usuario, sin afectar las obligaciones adquiridas con el régimen contributivo.

Arto. 42- **Financiamiento del Régimen Contributivo.** El Régimen Contributivo se financia por los aportes al instituto Nicaragüense de Seguridad Social de los trabajadores afiliados, empleadores y el Estado. Además se financia a través de las obligaciones cumplidas con las empresas aseguradoras públicas y privadas.

Arto. 43. **Financiamiento del Régimen No Contributivo.** El Régimen no Contributivo, se financiará por asignaciones provenientes del Presupuesto General de la República y de otras personas o instituciones que otorguen recursos al sistema por cualquier modalidad.

Los recursos humanos, financieros, técnicos, materiales y otros provenientes de la cooperación externa deberán ser canalizados de acuerdo a las políticas, planes, programas y proyectos priorizados por el Ministerio de Salud.

Arto. 44. **Concurrencia de Coberturas.** Cuando un usuario disponga de dos o más regímenes deberá agotar los beneficios en el siguiente orden: a) Los provenientes del régimen contributivo facultativo, b) Los provenientes del régimen contributivo obligatorio y c) Los provenientes del régimen no contributivo.

### Capítulo III

De las Prestaciones y Responsabilidades del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Aseguradoras

#### Sección I

De las Prestaciones en Salud del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social

Arto. 45. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social deberá garantizar a sus cotizantes y beneficiarios, un conjunto de prestaciones de servicios de salud, entre otras: enfermedad común y maternidad, accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional en las diferentes fases de prevención, promoción, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación; conforme a lo previsto en la Ley de Seguridad Social.

#### Sección II

De las Prestaciones de Otras Compañías Aseguradoras

Arto. 46. Las compañías aseguradoras deberán garantizar la financiación de las prestaciones de servicios en salud para sus asegurados, beneficiarios y terceros por accidentes de tránsito.

Arto. 47. Plan por Accidente de Tránsito. El Programa por Accidentes de Tránsito se integra por el conjunto de beneficios que deben ser otorgados a las víctimas por accidentes de tránsito.

Arto. 48. Planes Adicionales. Se integran por el conjunto de planes de salud necesarios para la atención de la persona, no previstos o cubiertos por los planes de salud mencionados, o cubiertos en condiciones diferentes.

Los servicios derivados de los planes complementarios serán financiados en forma voluntaria por el usuario.

## **5. Unidad geográfica y administrativa<sup>17</sup>**

Generalidades:

La Republica de Nicaragua, está geográficamente ubicada en el Hemisferio Norte, entre los 10° y 15° 45' de Latitud Norte y, en el Hemisferio Occidental, entre los 79° 30' y 88° de Longitud Oeste. Se encuentra en el centro del istmo de Centroamérica, con una superficie de 130.244 km<sup>2</sup>, de los cuales, 10.407 km<sup>2</sup> corresponden a lagos y lagunas. Limita al Norte con Honduras, al Sur con Costa Rica, al Este con el Océano Pacífico y al Oeste con el Océano Atlántico.

Nicaragua se divide geográficamente en tres grandes macroregiones (ver en anexos: Mapa de Nicaragua) que son: pacífica, central y atlántica; política y administrativamente está dividido en 15 departamentos y dos regiones autónomas, que se constituyen en 152 municipios.

La Macroregión Pacífica comprende los departamentos de Chinandega, León, Managua, Masaya, Carazo, Granada y Rivas, tiene una superficie de 18,429 Km<sup>2</sup> que corresponde al 15,2 por ciento del territorio nacional, concentra al 58,2 por ciento de la población del país, lo que hace una densidad de 130,1 habitantes por km<sup>2</sup>.

Esta Macroregión presenta el mayor desarrollo económico del país basado en actividades agropecuarias, industriales y comerciales. Presenta la mejor infraestructura vial, de riego, servicios básicos y sociales, localizándose en ella la Capital de la República y las ciudades más importantes del país.

La Macroregión Central está conformada por los departamentos de Matagalpa, Jinotega, Boaco, Chontales, Estelí, Madriz y Nueva Segovia. Tiene una superficie de 35.960 km<sup>2</sup> que corresponde al 29,6 % del territorio nacional y alberga al 30,5% de la población del país para una densidad poblacional de 35,1 habitantes por km<sup>2</sup>.

Su desarrollo económico está orientado a la producción cafetalera, granos básicos, tabaco, hortalizas y no tradicionales, así como ganadería de carne y leche. El mayor potencial lo representa la vocación forestal de pinos. Existen caminos de penetración con problemas de

---

<sup>17</sup> Análisis de la Situación de Salud en Nicaragua. 1992 – 1998. p. 9

mantenimiento durante la época lluviosa, así como insuficiencia de infraestructura de almacenamiento.

La Macroregión Atlántica la conforman las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur y Río San Juan y tiene una extensión territorial de 67.039 Km<sup>2</sup> que representa el 55,2% del territorio nacional, concentra el 11,3% de la población del país, con una densidad de 7 habitantes por km<sup>2</sup>. La población es multiétnica, compuesta en su mayoría por indígenas, criollos y una minoría de mestizos: se hablan varias lenguas (inglés, misquito, sumo y español).

El desarrollo económico está orientado a la producción de oro, pesca industrial y maderas finas; sin embargo representa un gran potencial económico forestal y eco turístico. La infraestructura vial, de servicios básicos y social es poca y deficiente, significando una limitante para el desarrollo.

Visto este aspecto geográfico global, pasaremos a dar un vistazo a la parte sectorial e institucional<sup>18</sup> para describir la parte administrativa del MINSA.

El sector salud está conformado por dos subsectores: El público, integrado por el MINSA, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y otras instituciones del Estado; y por el subsector privado, en el cual se incluyen hospitales, clínicas previsionales, organismos no gubernamentales, farmacias, ópticas, laboratorios de análisis y centros de diagnósticos.

La Ley No. 290 de Organización Competencia y Procedimiento del Poder Ejecutivo, en su Artículo 24, confiere al MINSA la facultad de hacer cumplir lo estipulado en el Artículo 59 de la Constitución Política, el cual define el ámbito de acción y regulación del MINSA como órgano rector de la salud, con una serie de funciones. Para cumplir las funciones estipuladas se cuenta con la siguiente estructura administrativa:

1. Dirección Superior
2. Órganos de asesoría y apoyo a la Dirección Superior
  - Asesoría Legal
  - Auditoría Interna
  - Consejo Técnico
  - Comunicación Social
  - Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia
  - Coordinación de Empresas
3. Direcciones Generales
  - Servicios de Salud
  - Regulación de Establecimientos y Profesionales de la

---

<sup>18</sup> Análisis del Sector Salud. MINSA/OPS. Marzo 2000. p. 64 - 66.

- Salud, Medicinas y Alimentos
- Salud Ambiental y Epidemiología

#### 4. Divisiones Generales

- Administrativa Financiera
- Cooperación Externa, Proyectos e Inversiones
- Planificación y Sistemas de Información

#### 5. Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS)

### 6. Planificación<sup>19</sup>

Debido a la incoherencia histórica entre políticas, planes, programas y proyectos, por el bajo grado de institucionalización de la función de planificación, el MINSA realizó un gran esfuerzo a principios de este nuevo milenio con el objeto de dotar a la institución de una política de planificación.

La Política de Planificación del Ministerio de Salud tiene la finalidad de conducir el proceso de formulación de planes de salud institucional y sectorial, proporcionando una herramienta de trabajo que permita la homogeneidad en la elaboración de planes en forma eficaz y eficiente para contribuir a transformar la calidad de los servicios y el nivel de desempeño de los trabajadores de la salud.

La División General de Planificación y Desarrollo (DGPD) es la instancia responsable de coordinar el desarrollo e implementación de la Política en conjunto con los profesionales y técnicos del MINSA, Proyectos y Agencias que colaboran con la gestión de los servicios de salud.

La Política de Planificación norma el proceso, establece responsabilidades y competencias e incorpora de manera relevante la articulación del proceso de planificación y presupuestación.

Su propósito es conducir el proceso de elaboración de planes de salud institucionales y sectoriales con la definición clara de normativas y procedimientos que garanticen una gestión eficiente para mejorar el estado de salud de la población.

Sus principios rectores:

**Responsabilidad:** Cada dependencia del Ministerio de Salud es responsable de planificar su actividad, de acuerdo con su competencia dentro de los lineamientos definidos por la División General de Planificación y Desarrollo, (DGPD).

**Coordinación:** Los lineamientos y procesos desarrollados por la DGPD deberán promover la coordinación entre las diferentes instancias y dependencias del Ministerio y otros actores sociales locales, buscando el máximo aprovechamiento de las ventajas comparativas de cada una en la

---

<sup>19</sup> Política de planificación MINSA. Agosto 2001.



captura, procesamiento, consolidación, análisis y proyección de la información requerida por el proceso de planificación.

**Coherencia y Consistencia:** Las metas de largo y corto plazo establecidas por la DGPD deberán ser coherentes con la estrategia de superación de las necesidades de salud de la población nicaragüense definida por el MINSA y consistentes con la disponibilidad de recursos, de tal manera que las metas establecidas y las actividades propuestas para alcanzarlas, sean realistas y factibles dentro de los períodos establecidos para su cumplimiento.

**Continuidad y Permanencia:** El proceso de planificación es un proceso continuo y permanente. La existencia de períodos de corte se hace con el fin de establecer una progresión ordenada y lógica hacia las metas de largo plazo, que haga posible el control del avance del proceso. En este contexto, la finalización de un ciclo automáticamente implica el comienzo del siguiente.

**Calidad:** Se garantiza el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible.

**Eficacia y Eficiencia:** El objeto central del proceso de planificación es priorizar las acciones que deberá desarrollar el MINSA y asignar los recursos correspondientes, de tal manera que la labor del Ministerio tenga el mayor efecto sobre las condiciones de salud de la población nicaragüense (eficacia), al menor costo posible (eficiencia).

**Subsidiariedad y Complementariedad:** Las autoridades de planificación del nivel central deberán apoyar transitoriamente a los niveles locales, mientras éstos desarrollan la capacidad de actuar conforme a los lineamientos y procesos establecidos. De igual forma, las autoridades del nivel central deberán complementar las actividades del nivel local, siempre que lo consideren necesario para que el proceso de planificación alcance los resultados deseados.

**Integralidad:** Se garantiza un conjunto de acciones en las diferentes fases de prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como la preservación del medio ambiente con el objeto de lograr una atención integral de la persona, su núcleo familiar y la comunidad de acuerdo a los diferentes planes de salud.

El proceso de planificación es integral y cubre desde las actividades de Análisis de Situación de Salud hasta la fijación de metas, la determinación de actividades y la asignación de recursos para su desarrollo. El proceso comprende tanto la programación de los gastos corrientes y de capital.

**Asignación de recursos:** El proceso de planificación busca asigna los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades previstas, a partir de criterios claros sobre resultados esperados y niveles de productividad de los agentes ejecutores. En consecuencia, la presupuestación pasa a ser un proceso activo de aprendizaje, en el cual la ejecución de un ciclo deja enseñanzas aprovechables en la programación del siguiente.

El cumplimiento de los principios anteriores supone un cambio de cultura dentro del Ministerio:

- En primer lugar, implica que todas las instancias del MINSA comprendan que su existencia se justifica en la medida en que produzcan resultados tangibles en materia de



salud para la población nicaragüense, lo cual será posible según el avance que tengan en el establecimiento de metas y el control de su cumplimiento.

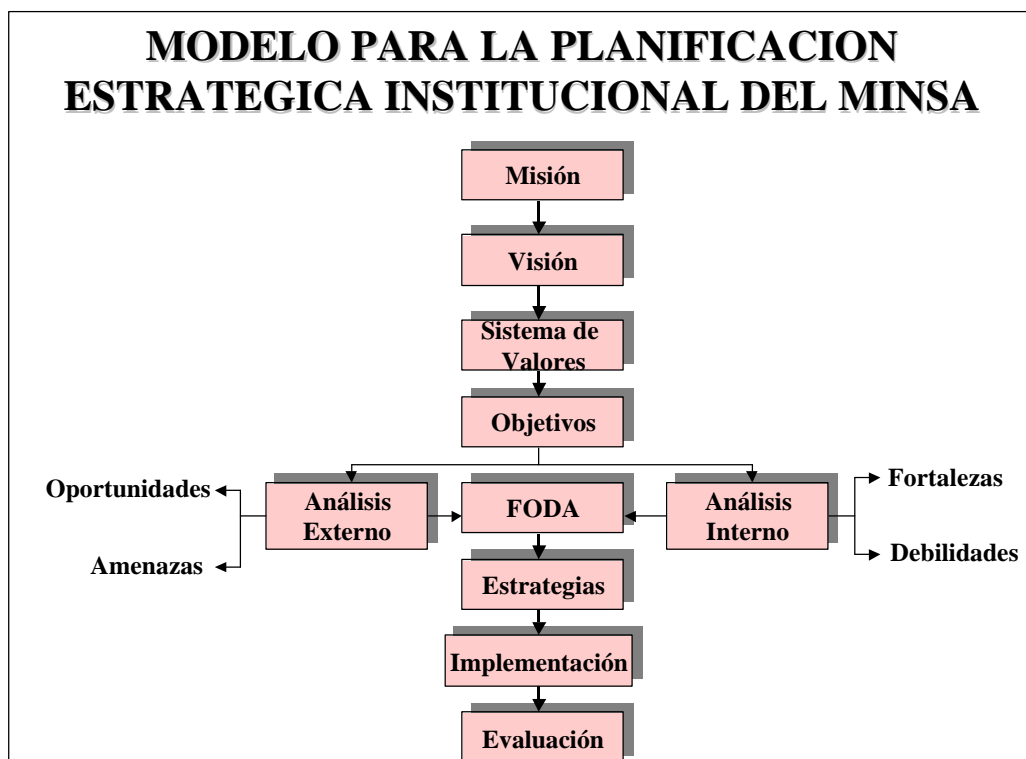
- En segundo lugar, supone la aceptación real del concepto de que ninguna dependencia del Ministerio puede actuar en función de sus propios intereses técnicos o de otra naturaleza, sino que todas deben hacerlo en función de los objetivos y metas del Ministerio en su conjunto.

Por tanto, como síntesis de lo anterior, debe fortalecerse la DGPD como instancia dentro del MINSA para que con la debida información y perspectivas de futuro, pueda normar y coordinar las actividades de planificación de las demás estructuras en función de los objetivos y metas del Ministerio en su conjunto, contando con la autoridad para conducir el proceso de planificación y controlar su desarrollo.

En la medida en que el MINSA pueda consolidar su proceso de planificación, la DGPD podrá ejercer su rol como conductor del proceso en el sector con los beneficios consiguientes en cuanto a la efectividad de los recursos invertidos por la sociedad nicaragüense.

En sí, la función de planificación dentro del MINSA<sup>20</sup> se concibe como un proceso continuo y permanente, conformado por un conjunto integrado de momentos:

1. Análisis de la situación de salud
2. Planificación de largo y corto plazo
3. Proceso integrado de planificación y presupuestación
4. Control de gestión y realimentación.



<sup>20</sup> Política de Planificación del MINSA. Agosto 2001. p. 23, 24 y 25.

Finalmente la política establece los niveles de competencia del nivel central y de los SILAIS que serán abordados en el punto referido a la organización de la atención en el modelo de atención, el tercer punto de la parte 2 del presente documento.

Recientemente se ha comenzado a trabajar un modelo para dotar a la institución de un Plan Estratégico, que si bien es cierto no tiene alcance sectorial, al menos está previsto para ser de carácter institucional para el 2003 - 2007.

Un resumen del modelo previsto para este plan se presenta a continuación.

**Misión actual:**

Es la institución especializada en la rectoría del sector salud, financiador y prestador de los servicios públicos de salud, priorizando al grupo madre-niño, mediante acciones de prevención y atención curativa.

Formular políticas, programas, planes y proyectos para asegurar la ejecución de las acciones en salud y prevención en programas específicos, a través de los SILAIS y red de servicios, las cuales se financian con recursos fiscales, propios y de cooperación externa, y se ejecutan con limitada participación de la sociedad civil.

**Misión según ley 290.**

Proponer planes y programas de salud, coordinar y dirigir la ejecución de la política en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Proponer campañas de saneamiento ambiental, coordinación y promover la participación intrainstitucional.

Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales.

Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud.

Promover el desarrollo de las investigaciones científicas.

**Misión según Ley General de Salud.**

El Ministerio de Salud tiene la misión de Regular, coordinar, organizar y vigilar las acciones de salud en las instituciones que conforman el sector salud.

Diseñar, implantar y ejecutar las intervenciones dirigidas tanto a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y la comunidad, así como a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades.

Diseñar y aplicar los modelos de financiamiento de los diferentes regímenes y programas.

## **Visión 2007**

Ejercido el liderazgo y la articulación sectorial y clara separación de funciones de regular, financiar y proveer servicios.

Regulada la prestación de servicios públicos y privados.

Organizada la provisión de servicios en los establecimientos de salud del Ministerio de salud, asegurando a la población nicaragüense un acceso y libre elección a servicios de calidad, para contribuir a mejorar su nivel de vida.

Realizada la formulación y evaluación de políticas, planes y proyectos con la participación de Sociedad Civil, Otras Instituciones y los Socios para el Desarrollo.

Garantizado el financiamiento de los programas de prevención, promoción de la salud y asistencia social, a través del Presupuesto General de la República (fiscales/externos) y de los recursos generados por la venta de servicios.

## **Sistema de Valores Institucionales**

- Liderazgo
- Equidad
- Calidad
- Eficacia
- Eficiencia
- Transparencia
- Solidaridad
- Participación Social

## **Sistema de Valores individuales**

- Responsabilidad
- Lealtad
- Ética
- Profesionalismo
- Compromiso Social
- Sensibilidad Humana

## **Objetivos:**

### **General**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población nicaragüense.

### **Específicos**

- 1) Mejorar la calidad en la prestación de los servicios en el sector salud y aumentar la cobertura con énfasis en las zonas geográficas de extrema pobreza.

- 2) Asegurar programas de prevención y control de problemas de salud, protección de riesgos ambientales y desastres naturales.
- 3) Mejorar la equidad y eficiencia en la asignación y uso de los recursos.
- 4) Desarrollar personal de salud de alto desempeño.
- 5) Reactivar la coordinación intra e interinstitucional y la sociedad civil.
- 6) Promover cambios de comportamiento en la población.

Una vez definidos los objetivos, se empleará la técnica FODA para afinar la viabilidad de las acciones a implementarse para alcanzar las estrategias previstas, proceso que será sujeto de evaluación en diferentes momentos.

Se prevé como **Estrategias** las siguientes:

- 1) Fortaleciendo la conducción y regulación sectorial
- 2) **Aumentando la cobertura y equidad de los servicios\***
- 3) Desarrollando la vigilancia de la salud pública: investigación, análisis, control de riesgos y daños
- 4) Mejorando los procesos de gerencia
- 5) Diseñando e implementando el sistema de seguimiento, análisis y evaluación

**\*Como parte de la segunda estrategia: “Aumentando la cobertura y equidad de los servicios” se esta previendo la redefinición del Modelo de Atención: en los aspectos de Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación.**

El Plan establece las áreas temáticas o componentes, la Dirección responsable y un cronograma de tiempo para dar cumplimiento a las líneas de acción que permitan alcanzar las metas estratégicas que llevarán finalmente a dar cumplimiento al objetivo estratégico previsto.

| FODA  |   |
|---|---|
| OPORTUNIDAD   | AMENAZAS  |
| <u>Conducción Sectorial</u>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley General de Salud.</li><li>• Apoyo nacional e internacional al proceso de reforma del Estado</li><li>• Mayor organización de la sociedad civil y comunidad para las acciones en salud.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Poco desarrollo del trabajo en equipo a nivel comunitario, institucional y sectorial.</li><li>• Red comunitaria de salud inactiva.</li></ul>            |
| <u>Regulación Sectorial y Desarrollo de las Funciones esenciales en salud pública</u>   |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Surgimiento de nuevas epidemias en el Continente Americano</li><li>• Aumento de la población de la tercera edad, que genera mayores demandas.</li></ul> |

## F O D A

### O P O R T U N I D A D

### A M E N A Z A S

#### Financiamiento

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntad política del nuevo gobierno de favorecer el gasto en salud.</li> <li>• Existencia de la ERCERP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del crecimiento económico</li> <li>• Reducción del gasto en salud</li> <li>• Reducción de la cooperación externa</li> </ul> |
|---|--|

#### Provisión de Servicios

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena experiencia en provisión de servicios privados (ONG´s)</li> <li>• Sector privado ampliando su capacidad instalada e introduciendo nueva tecnología</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento acelerado de la población</li> <li>• Venta de servicios a través del sistema diferenciado</li> </ul> |
|--|---|

## F O D A

### F O R T A L E Z A S

### D E B I L I D A D E S

#### Financiamiento

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El financiamiento por parte de la cooperación externa continua siendo amplio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistencia de estudios que determinen los costos reales de los servicios hospitalarios</li> <li>• Limitada capacidad de financiamiento para la conservación de la capacidad instalada</li> </ul> |
|--|---|

#### Provisión de Servicios

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de una amplia red de servicios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiente organización y articulación de servicios entre el I y II nivel de atención.</li> <li>• Falta de definición de un paquete básico de servicios</li> </ul> |
|---|---|

## F O D A

### FORTALEZAS

### DEBILIDADES

#### Conducción sectorial

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Existencia de Política Nacional de Salud</li><li>• Coordinación institucional e intersectorial funcionando en algunos programas y actividades</li><li>• Política Nacional de Medicamentos</li><li>• Política de Recursos Humanos.</li><li>• Política de Planificación.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Deficiente articulación y coordinación con las instituciones del sector, sociedad civil y la comunidad</li><li>• Ausencia de un programa de control, monitoreo y evaluación de programas, planes y proyectos</li></ul> |
|--|--|

#### Regulación Sectorial y Desarrollo de las Funciones esenciales en salud pública

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Existencia de normas técnicas y administrativas que regulan el quehacer de los programas</li><li>• Sistema de vigilancia epidemiológica organizado en los establecimientos de salud</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ausencia de un sistema de vigilancia de la salud pública</li><li>• Desconocimiento de normativas y leyes por parte del personal de salud</li><li>• Deficiente coordinación interprogramática</li></ul> |
|---|--|

## 7. Descentralización administrativa<sup>21</sup>

Una de las medidas de carácter estructural de mayor dimensión y profundidad impulsada en el proceso de reforma del Ministerio de Salud ha sido la descentralización. La descentralización se desarrolla principalmente por razones de calidad y de eficiencia.

En el Ministerio de Salud no existe un ambiente de competitividad ni un sistema de control adecuado, para que un hospital o un centro de salud traten de alcanzar mayores niveles de eficiencia y de calidad. Los recursos presupuestarios se entregan en función de la oferta y no de la demanda. Adicionalmente, no existen mecanismos que incentiven el uso más eficiente de los recursos y el control de costos.

Es de interés del sistema de salud de Nicaragua promover la descentralización, por ello en julio de 2001 presentó su política de descentralización, para que más adelante, los SILAIS, (particularmente sus unidades proveedoras de servicios del Primer Nivel de Atención) y Hospitales, participen en el financiamiento y el ejercicio de las competencias inherentes a la promoción de la salud, así como a la atención y rehabilitación, en los términos y condiciones en que paulatinamente se vayan definiendo, conservando los siguientes principios y criterios.

<sup>21</sup> Política de descentralización del MINSA. Julio de 2001.

## **Principios:**

**Economía y eficiencia:** Todas las unidades que prestan servicios de salud, para efecto de la medición de sus resultados y desempeño, se organizarán como unidades económicas de costo y presupuesto, de forma que se puedan medir los gastos que demanden y los resultados que produzcan en términos de subsidios a la demanda y servicios.

**Autonomía<sup>22</sup>:** Las unidades que prestan servicios de salud estarán en un proceso gradual de delegación de funciones y competencias administrativas, financieras y de organización de servicios que establezca el MINSA, con el propósito de garantizar una mayor autonomía, eficiencia y desempeño eficaz en su accionar. Las competencias financieras que se les delegue, se coordinarán con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

**Unidad técnica y administrativa:** El proceso de fortalecimiento de la descentralización dentro de los cuales se dé la transferencia de funciones administrativas y de decisión y gestión de los servicios de salud, se sujetará a normas técnicas y administrativas comunes para los proveedores de servicios (hospitales, centros y puestos de salud) de forma que se garantice la unidad e integridad del sistema de salud. La fijación de las normas financieras y otras disposiciones administrativas de las cuales conozcan organismos o entidades nacionales, de conformidad con sus competencias, se hará en coordinación con los organismos correspondientes.

**Naturaleza jurídica de las unidades de provisión de servicios:** A las unidades que prestan servicios de salud se les deberán atribuir características jurídicas especiales, de manera que se les garantice la autonomía y capacidad legal para representarse por sí mismas o reclamar derechos ante la ley. Igualmente podrá atribuírseles patrimonio propio constituido con bienes o rentas establecidas por las disposiciones que las organicen.

**Rectoría sectorial<sup>23</sup>:** Para todos los efectos de provisión y gestión de servicios de salud, en caso de que se establezca una descentralización y autonomía integral por parte de los proveedores de servicios, la rectoría sectorial sobre los entes así constituidos corresponderá al Ministerio de Salud, directamente o a través de los SILAIS.

**Centralización normativa y descentralización operativa:** El Nivel Central del Ministerio de Salud tendrá funciones normativas principalmente y las unidades descentralizadas de operación y aplicación de las normas.

## **Criterios:**

**Gradualidad:** El proceso de la descentralización se hará gradualmente, para efectos de la transferencia de funciones y recursos, con el propósito de atender las necesidades de salud. Se hará de acuerdo a un plan periódicamente estructurado, que considere las capacidades, el compromiso y las condiciones de cada unidad descentralizada. Dentro del marco de gradualidad de la descentralización, deberá articularse la desconcentración y delegación como etapas iniciales del proceso.

---

<sup>22</sup> En una etapa inicial se pretende alcanzar una autonomía administrativa, dejando para el largo plazo la posibilidad de lograr una autonomía jurídica.

<sup>23</sup> A la función Rectoría le corresponden el liderazgo sectorial, la formulación de políticas y procesos de planificación.

**Coordinación:** Las funciones descentralizadas se coordinarán entre todos los niveles de administración, de forma que los SILAIS, Hospitales y unidades descentralizadas, realicen funciones congruentes con las que ejerza el Ministerio de Salud a través del Nivel Central.

**Planificación:** La descentralización se hará dentro de un marco coherente de planificación, de forma que las prioridades nacionales de salud, se armonicen con las prioridades locales, tomando en cuenta las políticas generales establecidas por el Ministerio de Salud y por el Gobierno.

**Transferencias de recursos:** Todo proceso de transferencia de competencias y funciones hacia los SILAIS y de estos hacia los Centros, Puestos de Salud y Hospitales, se acompañará de los recursos correspondientes, de manera que la descentralización sea viable y se garantice el financiamiento del ejercicio de tales competencias.

**Unidad de las normas técnicas y administrativas:** Las entidades ejercerán las funciones, competencias y responsabilidades en salud que les sean transferidas, de acuerdo a las normas técnicas y administrativas que establezca el Ministerio de Salud y los demás entes nacionales según su competencia.

**Flexibilidad de las políticas de descentralización:** Las políticas de descentralización serán flexibles para su implementación. En el sector salud esa flexibilidad puede supeditarse a la negociación de competencias y a la suscripción de convenios de descentralización, en los cuales se evalúe la conveniencia nacional de descentralizar y que las entidades territoriales también evalúen su compromiso, decisión y las ventajas que implique la descentralización en función de sus propias capacidades.

### **Alcances de la descentralización:**

Tomando en consideración las condiciones sociales, políticas y económicas predominantes en el país, el Ministerio de Salud ha decidido implantar una descentralización por servicios en una primera etapa que llega hasta el 2003, en la cual se promueve el traslado de las competencias y recursos hacia los SILAIS y hospitales<sup>24</sup>, en una segunda etapa, en dependencia de los resultados alcanzados, llegar hasta los niveles territoriales, entendiéndose como éstos a los centros y su red de puestos de salud de los mismos pilotos.

Una tercera etapa comprendería la generalización de la experiencia al resto del país y una cuarta abarcaría la devolución de los recursos, competencias y toma de decisiones en cuanto a la oferta pública de servicios de salud a los gobiernos municipales (descentralización territorial), lo cual presupone un cambio en las formas de administración del gobierno en general e implica modificaciones sustanciales al marco legal que regula la materia (Ley de Municipios).

### **Metas para el 2003**

- Respaldo legalmente el proceso mediante la incorporación de articulado relativo a la descentralización en la Ley General de Salud y su Reglamento.

---

<sup>24</sup> SILAIS y hospitales pilotos del PMSS.



- Lograr la descentralización presupuestaria del MHCP al MINSA mediante la suscripción de acuerdos interministeriales y el desarrollo de instrumentos para su operacionalización.
- Lograr la descentralización de los procesos de programación, presupuestación y ejecución de recursos a los SILAIS y Hospitales mediante un sistema que permita vincular los recursos asignados en función de resultados y productividad<sup>15</sup>. El instrumento gerencial a utilizar serán los Compromisos o Convenios de Gestión.
- Lograr la descentralización de los programas de atención a las personas y al medio, cediendo las competencias y recursos a los SILAIS y Hospitales para mejorar la provisión de los servicios de salud.
- Aumentar la capacidad de gestión de los SILAIS y Hospitales, flexibilizando la toma de decisiones, el manejo financiero y de recursos humanos mediante la normalización de los procesos administrativos, la implantación de manuales de procedimientos y capacitación continúa.
- Lograr que los SILAIS y Hospitales en el futuro contraten los recursos humanos y compren los bienes y servicios, incluyendo medicamentos, de acuerdo a sus propias necesidades y recursos y en función del perfil epidemiológico local.
- Lograr la auto gestión hospitalaria a través de un proceso gradual de transferencia de la toma de decisiones sobre su asignación presupuestaria, de adquisiciones, de recursos humanos, organización interna para la prestación de servicios y capacidad de manejo empresarial.
- Definir claramente los roles y funciones del Nivel Central, de los SILAIS y Hospitales, separando y especializando las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios.
- Ampliar la cobertura de los servicios de salud, mediante la reorientación de los recursos, producto del manejo descentralizado de los mismos.
- Implantar una cultura de responsabilidad sobre los recursos asignados y control de los gastos en función de resultados sustantivos y no simplemente de ejecución financiera.

La política de descentralización, al igual que la de planificación, también establece las competencias para los niveles gerenciales de la institución. Aspecto que se verá con mayor detalle cuando se aborden las competencias del MINSA, SILAIS y municipios. En el punto II del presente documento: Organización de la atención en el modelo de atención.

Cabe destacar que para llevar a cabo todo lo estipulado en la política es necesario un gran esfuerzo de gestión dirigido a establecer relaciones de coordinación entre los ministerios de Salud y de Hacienda y Crédito público. Por ejemplo:

1. Enlaces informáticos del sistema de información del ministerio de salud SIMINSA y el sistema integrado de gestión financiera administrativa y auditoría (SIGFA)

2. Establecer los criterios y procedimientos para la transferencia de fondos del MHCP al MINSA, hospitales y SILAIS/Proveedores de servicios del primer nivel de atención (pilotos)

## **8. Sistemas de información**

El Sistema de Información del Ministerio de Salud no es capaz de brindar información oportuna y de calidad, debido principalmente a problemas relacionados con el registro de los datos primarios, la lentitud en el procesamiento, la ausencia de controles automáticos sobre la información, la falta de integración de la información en los diferentes niveles, además hay un excesivo trabajo manual y por lo tanto la comunicación de la información también es manual (formularios) y no existe un sistema de información gerencial formal.

El fuerte impulso de la descentralización de la gerencia requiere la existencia de un sistema de información coherente que permita la toma de decisiones con mayores niveles de certidumbre. Dicho sistema de información debe ser capaz de proporcionar datos y permitir análisis que sirvan de base para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos, así como la normación, la regulación y la supervisión en los diferentes niveles del Ministerio.

Por eso el MINSA estableció en su política nacional de salud 1997-2002<sup>25</sup> que:

- Los sistemas de información deben ser desarrollados en módulos básicos que sean fácilmente integrables entre sí que garantice confiabilidad en el manejo de la información y que permita el uso compartido de las diferentes bases de datos con mecanismos adecuados de seguridad.
- Los sistemas deben de ser simplificados de forma que se evite la duplicación de datos y se disminuya al máximo el tiempo utilizado por el personal de salud operativo en su funcionamiento. De esta manera se garantizará la oportunidad de información.
- El sistema de información debe ser capaz de proporcionar datos y permitir análisis que sirvan de base para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos, así como la normación, la regulación y el control de la gestión en los diferentes niveles del Ministerio.
- Se debe de garantizar la coherencia entre políticas, planes, programas y proyectos.
- Se debe de desarrollar metodologías e instrumentos para el establecimiento de metas nacionales cuantificables de salud.
- Se debe promover la actualización y el aprovechamiento de medios electrónicos y sistemas de comunicación para recolección y difusión de la información técnica.
- Debe consolidarse la aplicación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su Décima Revisión. Así mismo

---

<sup>25</sup> Política Nacional de Salud. p.49 y 50

debe implementarse sistemas de codificación internacional para infraestructura y equipo de salud.

- Se debe dar énfasis a la ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los Certificados de Nacimiento y Defunciones para fortalecer el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI).
- El Ministerio de Salud debe de oficializar y publicar periódicamente los datos estadísticos e indicadores sanitarios

Todo lo estipulado es necesario ya que en el espacio–territorio-población del SILAIS, donde los recursos humanos, materiales, y financieros, se distribuyen en una red de servicios organizada en dos niveles de atención, la red y los recursos están distribuidos de manera inequitativa para enfrentar la demanda de la población y del medio ambiente. La corrección de esta situación es uno de los grandes retos institucionales para contribuir a la modificación de la situación de salud de la población, y para ello es necesario un buen sistema de información.

El abordaje de la situación de salud en los SILAIS parte del diagnóstico de situación de salud que permite ilustrar los cambios que se han venido produciendo en los últimos años, el sistema cuenta con información a partir de 1992, año en que se implantan los SILAIS, pero el sistema de información esta sesgado ya que no tiene la cobertura adecuada. De ahí la importancia de apoyarse para la toma de decisiones en encuestas como las desarrolladas por ENDESA y otras fuentes calificadas de recolección de información, mientras se consolida el actual sistema.

### **Situación actual de los Sistemas de Información Institucionales<sup>26</sup>**

El sistema de información estadístico del Ministerio de Salud se origina a partir de la organización de los servicios de salud iniciado en la década de los ochentas con una concepción de un Sistema Único de Salud, estructurado en regiones de salud y definiendo dos niveles de atención.

Esta situación se mantuvo hasta el año 1991, con la creación de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) donde se estructuró un nuevo flujo, una nueva propuesta de indicadores, donde se vinculaba la unidad básica de gestión en el primer nivel de atención, constituida por los servicios municipales de salud y la información generada por los hospitales identificada como segundo nivel de atención.

El diseño de los sistemas de registro fundó sus principales ejes en el modelo de atención imperante y que hasta la fecha predomina, con una visión de atención a las personas, diferenciado por grupos especiales de población, donde se enfatiza a los grupos de riesgo y otro basado en daño a la salud que origina los datos de morbilidad y mortalidad.

Otro eje contemplado en el diseño de los sistemas de información fue la originada por la estructura programática del Ministerio, que funciona en su mayor parte en el primer nivel de

---

<sup>26</sup> Fuente: Memoria Institucional 1997-2002 del MINSA. Pág. 199-206

atención y que tenía como referencia los mismos grupos mencionados anteriormente y algunas patologías endémicas de nuestro país.

Subsistemas estadísticos en funcionamiento:

1. Atención ambulatoria (Consultas Médicas, Mujer, Niñez y Adolescencia)
2. Programa Ampliado de Inmunizaciones
3. Consultas Médicas Segundo Nivel de Atención
4. Enfermedades de Notificación Obligatoria
5. Morbi - mortalidad Hospitalaria
6. Movimiento hospitalario
7. Motivos de Consulta - Primer Nivel de Atención
8. Salud Bucal
9. Exámenes de baciloscopías
10. Exámenes de Laboratorio Clínico
11. Exámenes de Rayos X
12. Higiene del Medio (Comunal, Alimentos, Escolar y Ocupacional)
13. Zoonosis
14. Banco de Sangre
15. Enfermedades Vectoriales (Malaria, Dengue y Leishmaniasis)
16. Tuberculosis

Otros sistemas en funcionamiento:

1. Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna
2. Sistema de Vigilancia Epidemiológica
3. Sistema de Sustancias Tóxicas

### **Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI)**

Mención especial merece el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI) en sus componentes de nacimientos y defunciones que es administrado por el Ministerio de Salud, que funge como secretaría técnica de la Comisión Nacional de Inscripciones de Hechos Vitales, constituida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Consejo Supremo Electoral y el Instituto de Fomento Municipal. Este sistema es alimentado desde los niveles locales con base en la red de servicios institucionales.

### **SIMINSA**

A partir del año 1998 el Ministerio de Salud se dio a la tarea de redimensionar el sistema de información de la institución, el funcionamiento de sistemas disgregados y no coherentes, crearon un obstáculo para el funcionamiento de la gerencia institucional, por lo cual se sentaron las bases para el diseño del Sistema Integrado de Información (SIMINSA).

Este sistema esta concebido a partir de una plataforma tecnológica moderna integrando en un solo sistema los elementos principales de la gestión institucional, iniciando con tres componentes básicos:

- **Producción de Servicios y Situación de Salud:** Estadísticas Vitales, Programas de Salud, Ambulatorio, Hospitalario y Medio Ambiente.
- **Administrativo Financiero:** Presupuesto, Contabilidad y Tesorería.
- **Insumos Médicos y No Médicos**

En la actualidad esta en la fase de implementación funcionado, en seis SILAIS del país: Masaya, Granada, Managua, Jinotega, Matagalpa y Boaco; en establecimientos seleccionados que incluyen centros de salud y hospitales. En el transcurso del año 2002 estará funcionando en los SILAIS de Nueva Segovia, Chontales y Matagalpa, para lo cual se dispondrá del apoyo de otros organismos de cooperación externa.

Un vistazo general sobre este sistema podemos apreciar a continuación:

La implementación masiva del SIMINSA, no se ve a la vuelta de la esquina, aunque es probable que a futuro venga a agilizar, entre otros aspectos, el procesamiento de la información de prestación de servicios de salud y financiera. Facilitando así la toma de decisiones con enfoque integral al vincular funciones claves de la institución como la programación y la presupuestación sobre la base de la priorización de los problemas de salud.

El desarrollo de los módulos básicos permitirá establecer otros enlaces.

Desarrollar en todos los SILAIS el Sistema de Información Institucional (SIMINSA) para el proceso de toma de decisiones gerenciales, continua siendo uno de los grandes retos institucionales.

A continuación apreciaremos un vistazo general sobre la situación actual del SIMINSA:

### **Funcionalidades del sistema integrado de información del Ministerio de Salud. (SIMINSA)<sup>27</sup>**

#### **Objetivos**

El objetivo general del Sistema Integrado de Información del Ministerio de Salud es suministrar apoyo a los procesos de decisión y acción en las áreas administrativa, asistencial y gerencial del Ministerio de Salud en el ámbito de acción del Nivel Central, los SILAIS, Hospitales y Centros de Salud.

#### **Los objetivos específicos son:**

- Proveer control automático al manejo integral de la información de la población beneficiaria, de los pacientes atendidos en las Unidades de Salud, de las actividades de terreno y de los sujetos del medio ambiente que deben ser controlados sanitariamente..

---

<sup>27</sup> La fuente de esta información fue entregada por la Dirección de Sistemas de Información del MINSA.

- Fortalecer los procesos de análisis y evaluación de la situación de salud, proporcionando a los diferentes niveles del MINSA información oportuna y confiable que coadyuve a una mejor toma de decisiones.
- Automatizar las diversas funciones de administración de los recursos financieros, de apoyo y de los insumos médicos necesarios para la prestación de los servicios a fin de incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión.

### **Alcances:**

#### **Alcance institucional**

El Proyecto Piloto de Desarrollo del Sistema Integrado de Información tiene como ámbito de acción el Nivel Central del Ministerio de Salud, los SILAIS, las Unidades de Salud de Masaya, Granada, Nueva Segovia y Chontales y hospitales de Managua.

#### **Alcance funcional**

El Sistema Integrado de Información, incluye los siguientes Subsistemas y funciones:

##### **1. Regulación Sanitaria:**

El subsistema de Regulación Sanitaria apoyará las actividades con el registro de información sobre Regulación de Profesiones del sector salud, Establecimientos de Salud, Auditoría médica, Farmacias y Medicamentos, Brigadas médicas y donaciones.

- **Profesiones de Salud:** Tiene como objetivo principal la inscripción y ordenamiento de los profesionales y técnicos de la salud que laboran en el sector público y privado.
- **Regulación Establecimientos de Salud:** Tiene como objetivo principal el registro del proceso de habilitación, supervisión, y registro sistemático de los establecimientos proveedores de la salud del sector público y privado.
- **Auditoría Médica:** Tiene como objetivo principal el registro de información con relación a las normas y reglamentos establecidos para la atención a los pacientes.
- **Regulación de Farmacia y Medicamentos:** Tiene como objetivo principal, el registro de establecimientos farmacéuticos, proceso de Registro sanitario y proceso de vigilancia de productos controlados.
- **Regulación de Brigadas Médicas y Donaciones:** Tiene como objetivo principal el registro y control de las Brigadas médicas extranjeras y la Regulación de Donación de Insumos médicos y No Médicos.

##### **2. Planificación:**

El subsistema de Planificación (SIPLA), apoyará en las actividades de planificación con el registro de la misión de la Institución, visión, políticas a seguir, planes estratégicos, planes

operativos anuales el cual se acompaña de las variables que permiten llevar a cabo el análisis de la situación de salud, los problemas de salud detectados, los problemas de salud priorizados, los objetivos planteados ante el resultado del análisis y la priorización, las estrategias propuestas a seguir para conseguir dichos objetivos y la programación misma de las intervenciones programáticas o acciones que apoyen dichas estrategias. Esta programación, además de las acciones contiene la cuantificación de los insumos necesarios para cada acción, su precio, el renglón presupuestario que afecta y la fuente de financiamiento. El SIPLA apoyará con el proceso de monitoreo y evaluación de las metas planteadas.

### **3. Administración de Recursos Humanos:**

El subsistema de Administración de Recursos Humanos, registra la planta de cargos, la ficha del empleado, movimientos del personal, prestaciones, acumulado de vacaciones y Reportes generales del sistema.

### **4. Subsistema de Producción de Servicios y Situación de Salud:**

- **Atención Hospitalaria:** es un módulo que permite controlar las admisiones, traslados, egresos y procedimientos realizados, tanto en hospitalización como en emergencia, para pacientes que fueron atendidos en las Unidades de salud del MINSA.
- **Atención Ambulatoria:** es un módulo que permite registrar las consultas externas, pruebas diagnósticas, datos de vigilancia epidemiológica, productividad médica para pacientes que fueron atendidos en las unidades de salud del MINSA.
- **Programas de Salud:** Es un módulo que permite registrar los datos de los programas en que se brinda atención de salud de Odontología, Salud Mental, Intoxicados, Programa de Atención a la Mujer, Atención a la niñez, Dispensarizados, Leishmaniasis, Malaria y Tuberculosis.
- **Estadísticas Vitales:** Es un módulo que permite registrar los datos de los nacimientos y defunciones de la población.
- **Atención al Medio Ambiente:** Es un módulo que permite registrar las empresas de servicio público que son controladas por el MINSA, Notificación de higiene, Control de acueductos para la prevención de las enfermedades que son transmitidas por el consumo de agua contaminada, Licencias y permisos, Control de Zoonosis (Vacunación de perros), Control de vectores (Fumigaciones) etc.

### **5. Subsistema de Recursos Financieros:**

- **Presupuesto - Contabilidad Presupuestaria – SIGFA** (Sistema de Información de Gestión Financiera y Auditoría): Es uno de los componentes que se encarga de registrar y controlar la distribución del gasto por fuente de financiamiento, categoría programática y objetos de la



aplicación. La metodología del presupuesto fue conceptualizada conforme los instrumentos orientados por el ESIGFA- del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (MHCP)

- **Tesorería:** Es uno de los componentes básicos del subsistema de información de Recursos Financieros. Se encarga del registro de todos los ingresos, del depósito de los ingresos y administración de estos fondos. (Caja y Banco),
- **Contabilidad Patrimonial:** Este componente tiene los módulos del mantenimiento del catálogo de las cuentas contables (orientada su estructura por Ministerio de Hacienda y Crédito Público), carga de saldos iniciales, apertura del mayor, manejo de asientos contables, mayorización, estados financieros y cierre.
- **Cuentas por pagar:** El modulo de cuentas por pagar permite manejar los acreedores, controlar las cuentas por pagar y generar listados.
- **Cuentas por Cobrar:** Se encarga de controlar el registro de facturas al contado y crédito así como el control de abonos por factura y cliente. Maneja programación de cobros y genera listados de cobrar.
- **Activo Fijo:** Se encarga de controlar los Bienes Inmuebles, Muebles, depreciaciones y pólizas de seguro.

#### **6. Subsistema de Abastecimiento Material (Insumos Médicos):**

Este subsistema se encarga de controlar y administrar la Selección y Normalización de Insumos Médicos, Programación, Compras, Recepción, Almacenamiento (Control de Inventarios), Distribución, Farmacia e indicadores de gestión.

- **Inversiones (SICE):** Este módulo se encarga de controlar los proyectos de salud, registrando su objetivo, descripción del proyecto, beneficios, Situación y su seguimiento físico financiero.

#### **7. Suministros Humanitarios (Suma):**

Este subsistema se encarga de registrar y administrar lo recepcionado y entrega de las donaciones en época de desastre. Se compone de los módulos de Requerimientos y ofrecimientos, Donación local, consultas, reportes, mantenimiento etc.

- **Estadísticas PSSS:** Es un módulo que permite emitir de manera automática las estadísticas de Producción de servicio y Situación de salud de las unidades de salud del MINSA. Se alimenta del registro de información durante la atención del paciente en un centro hospitalario o centro de salud.

**El Sistema de Vigilancia Epidemiológica** también forma parte de los sistemas de información, pero dada su importancia, será analizado **en el punto 17** del presente documento.



## **9. Sistema de garantía de la calidad**

En agosto de 1995 el MINSA presentó su programa de calidad total en los servicios de salud, las justificaciones del programa estuvieron dadas por que durante muchos años el Ministerio de Salud fue creando metodologías de Planificación en Salud que, al ser aplicadas, originaban metas cuantitativas que modulaban por sí mismas la calidad de la atención. Se carecía, pues, de una concepción política que garantizara la calidad de la atención en la red de servicios de salud.

Además del factor político, la alta rotación de recursos humanos tiene repercusiones en el monitoreo permanente de la calidad de la atención que debe llevarse a cabo, evitando la posibilidad de mejorar continuamente la calidad de la misma.

Mejorar la calidad de la atención no necesariamente implica aumento de recursos humanos, materiales y financieros, por el contrario, significa utilizar racionalmente los recursos, para lograr la eficiencia en la gestión de los servicios.

Esto nos lleva a plantear que la asignación de recursos debe estar determinada por la demanda de servicios y no por la capacidad instalada, como tradicionalmente se ha llevado a cabo. Este cambio de concepciones, parte de revalorizar al usuario y entender que la producción de servicios no es un fin en sí, sino un medio para mejorar la salud de las personas.

El logro de la calidad está dado fundamentalmente por cambios culturales que ésta exige de los prestadores de servicios, en la toma de conciencia, y en la aplicación de una nueva filosofía que debe estar presente en cada acto médico, sin omitir la valoración que el usuario haga del mismo.

La atención innecesaria e ineficiente, da lugar a la pérdida beneficios individuales y sociales en la población, imposibilitando a quienes la requieren, la accesibilidad a los servicios en el momento y circunstancias que lo ameritan.

Por ello, en ese año se expusieron algunos problemas detectados en los servicios de salud a nivel institucional, que sirvieron de base para formular la Política Nacional de Salud, y que aún persisten, incidiendo en la calidad de la atención. Entre ellas desatacan:

- **Atención discontinua** por la desarticulación entre el primer nivel de atención y los hospitales, expresado en el poco desarrollo del Sistema de referencia y contrarreferencia.
- **Inadecuada organización** de los servicios para responder al perfil epidemiológico y a la demanda de la población, reflejada en los tiempos de espera para la atención en los diferentes niveles y establecimiento de salud; plazos prolongados en las citas para hospitalización y cirugías programadas.
- **Desconocimiento** o carencia de las normas técnicas de atención de las especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría.
- **Falta de ordenamiento** en la transferencia tecnológica del mantenimiento de infraestructura y su equipamiento. Existen diversidad de opiniones sobre aspectos estructurales porque aún

no se han reglamentado los criterios que deben conformar la habilitación de diferentes establecimientos de salud, no solo del Ministerio como tal, sino también de todos los prestadores de servicios de salud, encontrándonos unidades con infraestructura que carecen de los requisitos mínimos para funcionar convenientemente.

- **Asignación inadecuada** e insuficiente de recursos (humanos, materiales y financieros) e ineficiencia en su uso, lo que genera sobre-esfuerzos en los recursos humanos para el cumplimiento de acciones en salud; y en otros casos, provoca la inflación innecesaria de plantillas, que a la postre aumentan el costo en los servicios de salud.
- **Incipiente desarrollo** de los procesos que garanticen la calidad, no contándose con una estandarización de los indicadores para evaluar los diferentes niveles de atención, desarrollándose esfuerzos, acciones individuales y dispersas, no sistematizadas, que dan lugar a establecimientos prestadores de servicios con una filosofía ajena al concepto de calidad total de la atención.

La atención en salud no es un acto único, es un proceso conformado por una serie de eventos cuyo número es variable según el problema que se desea analizar. Es decir, que la calidad de la atención no debe ser valorada por una parte del proceso, sino por el carácter integrador de los diferentes componentes de la calidad de la atención.

Obviamente, existe una relación entre calidad, cantidad y costos de la atención, que en muchos de los casos no es percibida por los prestadores de servicio, y esto impide el desarrollo de la integración necesaria para lograr la optimización de los recursos disponibles y una mejoría continua de la calidad.

El acceso a la atención y el uso subsecuente constituyen dos variables que deben de ser evaluadas permanentemente, sobre todo cuando se emiten juicios sobre la calidad de la atención, según puede observarse en los ejemplos siguientes:

Cuando se recibe insuficiente cantidad de atención para aportar todos los beneficios posibles a la salud y bienestar del usuario, la calidad de la atención es deficiente debido a su insuficiencia cuantitativa.

Por ejemplo: las normas de atención a la embarazada de bajo riesgo establecen realizar como mínimo cuatro controles prenatales. Si se brindan dos controles técnicamente bien realizados y con un buen trato, podríamos pensar que hubo una buena calidad de la atención, pero la calidad total es deficiente, no sólo por el incumplimiento de las normas, sino también por las consecuencias que implica en el tiempo la desatención de la mujer y su embarazo, desde el punto de vista médico.

Cuando la cantidad de atención aumenta, existe al inicio un rápido incremento en los beneficios a la salud y el bienestar de los usuarios; luego el beneficio se hace más lento y al final, grandes adiciones de servicios prestados producen poco o ningún beneficio adicional.

Por ejemplo: Los beneficios en la atención a la embarazada de bajo riesgo pueden aumentar al incrementar el número de controles según la norma, pero no se obtiene ningún beneficio adicional realizándole controles semanales o quincenales.

Cuando la frecuencia de la atención de quienes la demandan es excesiva con o sin riesgo, ocasiona incremento en los costos, constituye un derroche de recursos humanos y materiales, y afecta de forma directa el equilibrio que debe existir en el costo-beneficio de los servicios prestados.

Si la atención se brinda de forma, ineficaz, también desaprovecha recursos y es más cara que lo requerido. Por lo tanto, los costos se incrementan sin el correspondiente aumento de calidad. Por ejemplo: Un hospital bien dotado de personal, tecnología e insumos con gran desocupación de camas, incurre en altos costos de la atención sin el correspondiente aumento de la calidad.

Estos y otros problemas entre prestadores de servicios de salud y quienes la reciben han llevaron al MINSA a formular el PROGRAMA DE CALIDAD TOTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD que debió involucrar a todos los sectores prestadores de servicios de salud del país<sup>28</sup>.

En resumen, el programa tenía como objetivo general: Desarrollar de forma permanente la cultura de calidad total en todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud. Y contaba con siete objetivos específicos.

Pretendía alcanzar la calidad total a través de un proceso continuo y ascendente a partir de la calidad de la atención médica, en un tiempo no menor de tres años, incluía a todo el sector salud y sería conducido por sus cuadros dirigentes.

El documento define claramente lo que se entiende por calidad de la atención y por calidad total en los servicios en los servicios de salud.

Los principios fueron los siguientes:

- **Orientado al Usuario: (empatía)**

Es fácil la implementación cuando se aplica el concepto de “Empatía”, es decir, ponerse en lugar del otro, imaginarnos que somos los usuarios y pensar cómo nos gustaría recibir el servicio.

- **La calidad es lo primero:**

Los usuarios deben percibir que proveer calidad es nuestro objetivo prioritario en la institución, y que ello se debe a que hay valores que la sustentan y son superiores a la consecución de dinero, poder o prestigio, incrementar ventas, etc.

---

<sup>28</sup> Programa de calidad total en los servicios de salud. MINSA. Agosto 1995.

- **Compromisos de la alta gerencia y unidad de propósito**

Existe un propósito único en todo el servicio de salud, que anoniza con ---suvisión del futuro de la institución y su deseo de servir a los usuarios (misión). Esto orienta todas las decisiones de la alta gerencia, de igual forma, implica la reeducación de los altos directivos del servicio de salud, ya que deben encabezar el cambio, transformándose dejefes a líderes.

- **Satisfacción del usuario interno y externo**

Es necesario desarrollar el concepto de usuario interno, que nos señala que en cada puesto de trabajo siguiente en la línea de producción o de servicio, a quien le entrego el producto del puesto de trabajo es a mi cliente y debo esforzarme por satisfacer a cabalidad sus requerimientos. Además, todos los empleados y trabajadores están orientados por la satisfacción de las necesidades del usuario externo.

- **Apreciaciones con base a hechos y datos.**

Hay que aprender a hablar sobre hechos y datos concretos y no sobre conjeturas.

- **Respuestas Rápidas**

Los problemas tienen que ser resueltos en la media que aparecen. Esto implica también aprender de los errores, evitando repetirlos al desarrollarse acciones preventivas para que no se vuelvan a presentar.

- **Acciones orientadas a los pocos vitales y no hacia los muchos triviales.**

Este concepto se define como identificar el problema más crítico y resolverlo porque es la más alta prioridad.

- **Cada trabajador es su propio supervisor**

Debe existir control con libertad, el control esta dirigido al método usado en el proceso de trabajo. Los empleados estandarizan los procesos y se aseguran que todos sigan los estándares, lo cual reduce la variación.

- **Establecer estándares y controles**

Todo trabajo debe controlarse en su proceso y no sólo en su resultado. La calidad se construye o se integra durante el proceso. Por lo tanto, es necesario que cada empleado controle el desarrollo de su propio proceso de trabajo y asegure, de esta manera, la calidad en su área de trabajo, pasando del concepto tradicional de «inspección» al de control del proceso.

- **Respeto a los empleados como seres humanos**

Los empleados son el activo más valioso que existe en la institución. Hay que desterrar el temor, crear un ambiente de trabajo de calidad, que le haga sentirse orgulloso al trabajador de pertenecer a la institución.

Cada persona debe ser motivada por sus jefes para que eleve su habilidad técnica y su experiencia. Cada empleado debe saber la importancia de su papel en el proceso de generación de servicios, y cómo su trabajo influye en el de otros empleados. Deben además, aprender técnicas de mejoramiento del trabajo a su cargo.

Las políticas del programa fueron enmarcadas en la PNS de ese tiempo. En la Sección de FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.

El documento establecía instrumentos y mecanismos de implementación, estrategias de implantación del programa, 5 etapas de desarrollo:

1. Formulación y diseño
2. Promoción
3. Fundamentar las bases de trabajo
4. Mejorar la organización de los servicios, trabajo en equipo
5. La institucionalización del programa.

El capítulo VIII nos aborda respecto a la estructura y organización del programa, incluyendo un acápite especial en relación al rol de los SILAIS en este sentido (pág. 30). Para efectos de evaluación, el programa tenía identificados indicadores de infraestructura, proceso y resultados. Finalmente, contenía un apartado sobre su viabilidad.

Por otra parte, la Ley General de Salud promulgada en mayo del presente año, dedica toda la sección I del Capítulo VI, al Sistema de Garantía de la calidad, que literalmente en sus Arto.53 y 54 dice:

Arto. 53. Objeto. El Sistema General de Garantía de Calidad del Sector Salud, provee la certeza al Estado, a los administradores de recursos privados o de las cotizaciones; a las instituciones prestadoras de servicios; a los profesionales de la salud y a los usuarios, de que su interacción o relación, dentro del modelo de atención en salud adoptado en Nicaragua, se lleva a cabo sobre la base de una óptima utilización, mejoramiento, renovación y capacitación, según sea el caso, de los recursos existentes en cuanto a tecnología, recursos humanos, infraestructura, insumos, medicamentos y gestión.

Corresponde al Ministerio de Salud reglamentar sus componentes, organización y funcionamiento, según lo establecido en el Artículo 215, inciso 10 del Reglamento de la Ley No. 290 Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo, siendo de especial relevancia el componente de la auditoría clínica y médica.

Arto. 54. Funciones. Son funciones del Sistema de Garantía de Calidad dentro del Sector Salud:

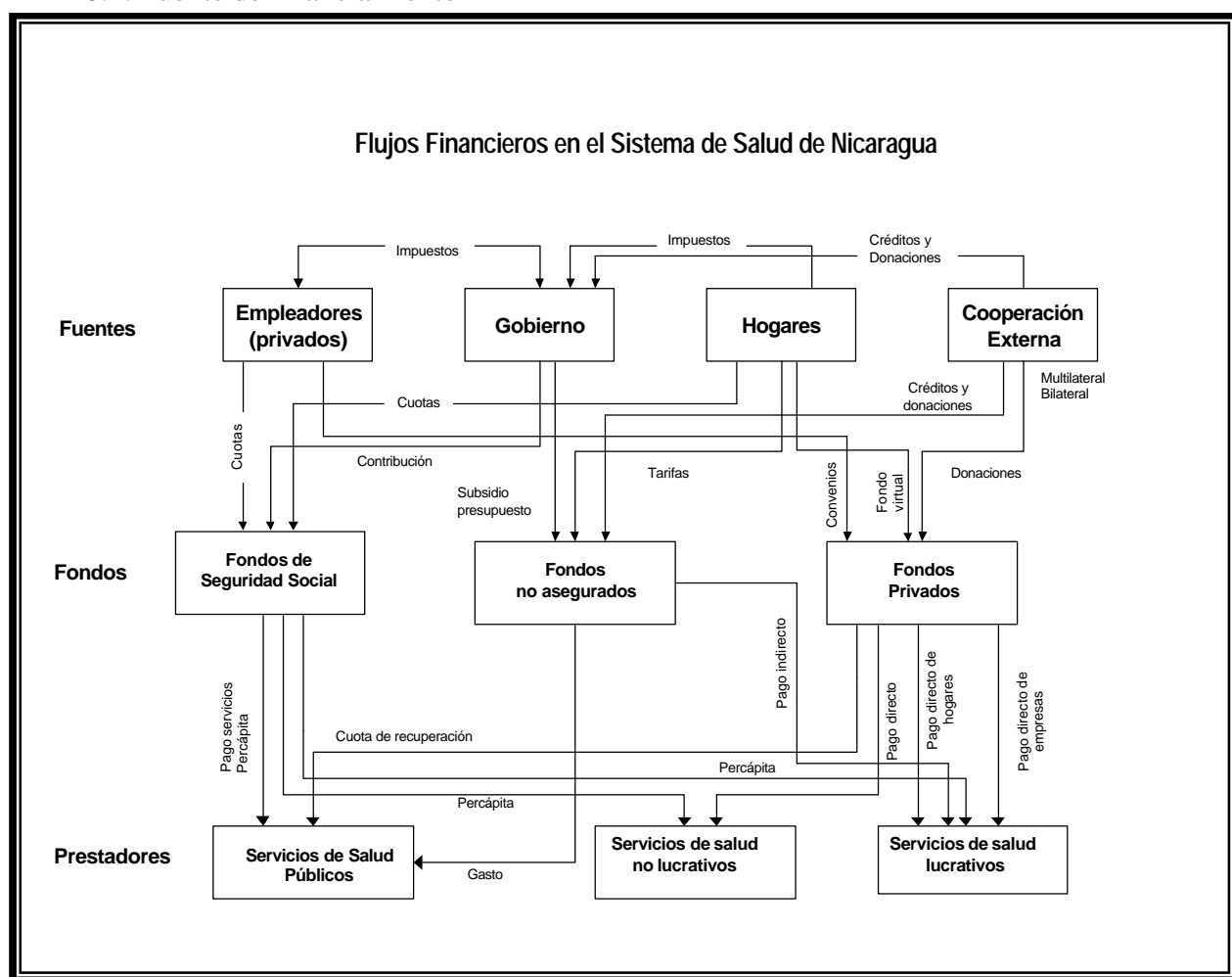
**1.-Función Preventiva:** El Sistema implementará acciones para evitar, desviación de recursos, contratación de personal no acreditado; utilización de infraestructura no autorizada conforme las disposiciones legales; incumplimiento de las normas que se expidan en materia de tecnología e infraestructura; adquisición de tecnología que no corresponda a las necesidades sanitarias del país; incumplimiento de las especificaciones técnicas y funcionales de la tecnología biomédica-,

inadecuada utilización de infraestructura-, inadecuado registro de la información mínima que demanda el seguimiento y evaluación del sistema; exceso de utilización en los recursos disponibles, fraude; atención inadecuada del usuario. Así como todas aquellas conductas o hechos que sean una amenaza potencial para el desarrollo pleno del modelo de salud adoptado y el cumplimiento de los deberes a cargo de las instituciones conforme las obligaciones que surjan del proceso de habilitación.

**2.- Función Correctiva:** El Sistema dirigirá acciones para lograr un mejoramiento continuo en la utilización del modelo adoptado de los servicios de salud.

## **10. Financiamiento del modelo**

### 10.1. Fuente de financiamiento



El modelo tradicionalmente se ha financiado por tres vías:

- Presupuesto fiscal
- Cooperación externa
- Recursos propios

La PNS 1997-2002 en su parte de financiamiento establece lo siguiente:

### **Presupuesto Fiscal**

La formulación del presupuesto se hará por el sistema de capitación corregida en base al perfil higiénico-sanitario de los territorios, la situación epidemiológica, las facilidades de accesibilidad, los niveles de pobreza y los costos unitarios de los servicios prestados.

La asignación presupuestaria se hará en base al establecimiento de objetivos y metas en Compromisos de Gestión y la ejecución deberá estar en relación al nivel de cumplimiento de las metas y objetivos fijados.

Se hará énfasis en el financiamiento de acciones integrales en Salud y en aquellas que utilicen tecnologías apropiadas, efectivas y de bajo costo.

Se deberá reducir a lo indispensable los gastos relacionados con la administración de la institución en sus niveles central e intermedio.

### **Venta de Servicios**

Los establecimientos de salud deberán establecer un sistema de determinación de costos de servicios que relacione información clínica con la financiera, que permita definir a y brinde elementos para negociar contratos de atención.

### **Racionalización de la Cooperación Externa.**

La utilización de la cooperación externa deberá racionalizarse evitando la duplicidad de financiamiento a las unidades y procurando el financiamiento de las brechas de recursos para atender las prioridades establecidas por el Ministerio de Salud y se dirigirá principalmente en la capacitación, supervisión, equipamiento e infraestructura.

Respecto al financiamiento, cabe destacar el trabajo realizado por la oficina de Cuentas Nacionales, ya que estas articulan para su análisis las fuentes y usos del gasto en salud, a través de tablas estructuradas por la metodología de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCED) implementadas para el análisis del período 1997-1999. Las Cuentas Nacionales en Salud tienen como objetivo proveer información sistematizada y coherente del gasto por programa, tipo de servicio, objeto del gasto y proveedores, a fin de contar con una herramienta para la Planificación y toma de decisiones estratégicas en Políticas de Salud.

Referente al **Financiamiento Público**, CNS<sup>29</sup> nos dice que la principal fuente de financiamiento público proviene del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con una participación del 29% (1997), 32% (1998) y 25% (1999), lo que representó una caída promedio anual del 2%, a pesar del incremento del 10% que se dio en 1998.

Durante el período 1997-1999, el Gobierno, en términos relativos, asignó al Ministerio de Salud aproximadamente el 11 % del Presupuesto General de la República. Sin embargo, en este mismo

---

<sup>29</sup> Cuentas Nacionales en Salud. Informe 1997 – 1999. MINSa/OPS/OMS. Diciembre de 2001.



período, se experimentó una caída promedio anual del 5%, al pasar de 11% en 1997 a 10% en 1999.

Del **Financiamiento Privado** señala que el sector privado se refiere a la parte del ingreso familiar que destinan los hogares para financiar su gasto en salud, el cual se conoce también como gasto de bolsillo de los hogares. Además incluye el aporte de los empleadores al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y al gasto de los ONGs. Durante el período en estudio, dicho gasto se estimó aproximadamente en 61% con respecto al total del gasto del sector salud, donde los hogares aportaron el 50% y el restante corresponde a las compañías de seguros, ONGs y a las empresas.

Finalmente de la **Cooperación Externa** indica que durante el período 1997-1999 la Cooperación Internacional, como una de las fuentes principales de financiamiento del MINSA, aportó en concepto de gasto directo en salud aproximadamente el 39% de promedio anual, con relación al presupuesto fiscal asignado al MINSA, mostrando así la importancia del papel que juega la cooperación en la disminución de la brecha presupuestada de la institución.

Dentro de este contexto, el MINSA firmó 43 convenios de cooperación externa por un monto de \$243.3 millones de dólares, desglosado en fondos bilaterales \$100 millones de dólares que equivalen al 41% y fondos multilaterales \$143.3 millones de dólares representando el 59%.

En lo que respecta a la cooperación bilateral aprobada en éste periodo procedente de 14 países a través de 26 proyectos, se programaron \$56.7 millones de dólares lográndose ejecutar el 86%. Por su parte la cooperación multilateral proveniente de 6 organismos y en apoyo a 17 proyectos, programó \$44.7 millones de dólares de los cuales se ejecutó el 79%.

La Cooperación en su globalidad ha estado dirigida a diferentes áreas: Desarrollo del MINSA (Fortalecimiento Institucional) y Niveles de Atención en Salud (Servicios de Atención Materno-Infantil, Atención a Discapacitados, Epidemiología e Infraestructura Menor).

A pesar de tan importante apoyo, la cooperación externa muestra un descenso moderado del 3% durante el período estudiado, a excepción del año 1998, en el que se observó un incremento en la ejecución de los fondos externos en un 6%.

## **11. Niveles administrativos**

El Arto. 59 de la constitución política de Nicaragua de 1987 señala que los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud, y que corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud. La reforma constitucional de 1995 no realizó cambios al respecto. El Arto. 24 de la Ley 290 de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo indica que el MINSA es el órgano del aparato estatal encargado de llevar adelante lo señalado por la constitución.

Nicaragua posee en la practica un sistema nacional de salud basado principalmente en las actividades que desarrolla el MINSA a través de su red de servicios institucional constituida por 1053 unidades de salud, organizadas en dos niveles de atención y clasificadas de acuerdo a su



nivel de resolución en hospitales agudos, hospitales crónicos, policlínicas centros de salud, puestos de salud y puestos médicos<sup>30</sup>. Esta red es la principal proveedora de servicios de salud y atiende aproximadamente el 85% de la demanda de servicios de salud. El restante 15% es cubierto por otras instituciones: Ministerio de Defensa, Ministerio de Gobernación, Sector Privado y ONG's.

Los niveles organizativos fueron creados en 1989 mediante la resolución # 75 del Ministro de Salud. Se constituyeron 91 áreas de salud como estructuras administrativas y de dirección de los servicios de salud y 143 servicios municipales (en correspondencia con la división política administrativa del país de ese tiempo). Su propósito fue transformar el modelo organizativo de los servicios de salud hacia una perspectiva estratégica, acorde con los procesos sociales y económicos de la nación.

Sin embargo, a inicios de la década de los 90 el país estaba inmerso en un complejo escenario político, económico y social caracterizado entre otros aspectos por restricción de recursos financieros debido a problemas macroeconómicos; procesos demográficos y sociales de súbito desarrollo unidos a elevadas tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad; problemas nutricionales en la población, especialmente la infantil unido a factores sociales de riesgos para la salud (desempleo, hacinamiento, etc.); e insuficiencia en la provisión de servicios higiénico sanitarios (infraestructura física inadecuada, recursos humanos mal distribuidos, desabastecimiento médico, etc.)<sup>31</sup>

En este contexto el país inicia un proceso de democratización y cambios políticos. Pasa de una economía centralizada a una economía social de mercado, basado en un esquema mixto que contempla la iniciativa del sector privado y el rol normativo y subsidiario del Estado. Se da apertura de nuevos espacios para el dialogo y la concertación entre instituciones y población especialmente en las áreas sociales de salud y educación.

En salud, la aplicación de un nuevo modelo ofrecería al sistema nuevas oportunidades para un subsistema público, un subsistema privado y variantes de relación entre ambos. Lo que evidencia la desigualdad de la atención a la salud, pues el sistema de ese entonces responde a las necesidades de los diferentes grupos sociales de manera fragmentada, reflejado esto en la heterogeneidad de instituciones que atienden la salud. Adicionalmente, se cimientan las bases de una futura institucionalización de la participación de la sociedad civil en los aspectos administrativos de las instituciones públicas. Sin embargo, en el sector salud, esta iniciativa tropezaría con un problema cultural asociado a esquemas organizativos y formas de gerencia que no responden a lo que las autoridades superiores están planificando.

Se plantea que el desarrollo del Sistema Nacional de Salud debe ser parte del esfuerzo global de democratización de la vida nacional donde la consecución de los objetivos de salud no pueden considerarse únicamente desde el punto de vista sectorial, sino que integrados en la estrategia global de desarrollo de la Nación.

---

<sup>30</sup> Cuentas Nacionales de Salud 1997-1999 MINSA/OPS/OMS, diciembre de 2001.

<sup>31</sup> Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud. Serie SILAIS 1. Marco Conceptual. MINSA/OPS, julio de 1991.

Surge así la resolución ministerial # 96 de mayo de 1992 que establece los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) como el lugar donde se articulan las políticas nacionales de salud con la realidad de la población y donde las estrategias deben convertirse en acciones concretas relacionando los problemas y necesidades de salud de la población con los conocimientos (clínicos, epidemiológicos, sociales y administrativos) y los recursos (gubernamentales, privados, de la comunidad y de otros organismos), definiendo prioridades, considerando alternativas de acción y conduciendo el proceso hasta la resolución y control de los problemas, mediante el fortalecimiento de la Atención Primaria, como la estrategia para proveer a toda la población de servicios básicos de salud.

Especial atención para mejorar la salud se da a los actores sociales a fin de potenciar el proceso de producción social de la salud, se definió además, que de acuerdo a la legislación vigente, el municipio se establecería como territorio base de la acción del gobierno, así como de las organizaciones sociales y de la propia población.

## **II. Organización de la atención en el modelo de atención**

### **12. Proceso de planificación de los servicios de salud<sup>32</sup>**

El proceso de planificación, que corría el riesgo de desinstitucionalizarse, cuenta ahora con una política que viene a ordenar este proceso.

De conformidad con los principios rectores, la función de Planificación dentro del MINSA se concibe como un proceso continuo y permanente, conformado por un conjunto integrado de momentos:

1. Análisis de la Situación de Salud
2. Planificación de largo y corto plazo
3. Proceso Integrado de Programación y Presupuestación
4. Control de Gestión y Realimentación

#### **Análisis de la Situación de Salud**

El Análisis de la Situación de Salud o Diagnóstico de Situación, consiste en analizar la información o datos disponibles en cuanto a las características de la población, situación de salud (tipo y frecuencia de enfermedades, producción de servicios, capacidad instalada, mortalidad, morbilidad, etc) y el ambiente (factores de riesgo) para caracterizar la situación en materia de salud.

Este proceso, permite la identificación y priorización y jerarquización de las necesidades de salud de la población nicaragüense.

---

<sup>32</sup> Política de Planificación. Agosto 2001. p. 23, 24 y 25.

Es la base de arranque del proceso integrado de planificación y es una actividad continua, que se realimenta anualmente mediante los resultados, con el objetivo de preparar la programación del próximo año.

### **Planificación de largo y corto plazo**

Con base en los resultados del Análisis de la Situación de Salud, el proceso de formulación de metas y condiciones define dos horizontes de planificación (largo y corto plazo) y para cada uno de ellos establece las metas a alcanzar, especificando claramente las condiciones que deberían existir (o que se deberían superar) para hacer factibles las metas especificadas.

Las metas de largo plazo deben referirse a condiciones de salud deseables y factibles, que lleven a Nicaragua a un estado al menos comparable con el del promedio regional en materia de salud. En este sentido, se define al largo plazo de la planificación igual a un período de cinco años.

La formulación de las metas de corto plazo, igual a un periodo de un año, utiliza como base las metas de largo plazo para precisar las acciones necesarias.

En el desarrollo de los ejercicios anteriores las autoridades del MINSA deberán tener en cuenta que la institución actúa como órgano rector del sector salud, de tal manera que tanto las metas como las acciones deberán contemplar la acción propia del Ministerio y la participación de los demás actores concurrentes en el sector.

### **Proceso Integrado de Programación y Presupuestación**

El proceso de Presupuestación - concebido como parte integral de la función de Planificación se percibe como un instrumento para asignar recursos en función de las necesidades y prioridades de salud de la población nicaragüense, bajo premisas de productividad y eficiencia por parte de los agentes ejecutores.

El proceso de presupuestación busca establecer, antes que cualquier otra cosa, “metas programáticas” congruentes con las metas de salud de corto plazo ya definidas para que sobre esta base, se asignen los recursos económicos que se consideren compatibles con dichas metas programáticas, dados unos parámetros mínimos de productividad y eficiencia.

El proceso integrado de programación y presupuestación deberá materializar la programación anual de actividades que será necesario realizar para que las metas de corto plazo se cumplan. En la medida en que este proceso asegure el logro de las metas de corto plazo, estará garantizando el logro de las de largo plazo, ya que todas éstas se encuentran integradas.

### **Control de Gestión y Realimentación**

Tradicionalmente, el control de ejecución del presupuesto se centra exclusivamente en la ejecución financiera, sin considerar el efecto del gasto. En la medida en que el presupuesto contemple metas programáticas, se hace factible realizar un control de gestión y resultados, lo que implica ir mucho más allá, controlando no sólo los aspectos financieros (control numérico-

legal) sino la eficacia (cumplimiento programático) y la eficiencia (productividad de los recursos invertidos) del gasto.

Toda asignación presupuestaria supone un nivel de eficacia e implica necesariamente un nivel de eficiencia en el desarrollo de la actividad. No obstante, cuando no se especifican metas programáticas, las dos cosas quedan totalmente implícitas. En estas circunstancias es imposible controlar la eficiencia y eficacia del gasto, porque no existe un referente. Por el contrario, cuando las metas programáticas están claramente establecidas, es posible controlar no sólo el porcentaje de ejecución fiscal, sino el porcentaje de logro de las metas (eficacia) y el nivel de costo unitario implícito (eficiencia).

El proceso de control de gestión y realimentación es esencial para la función de planificación, porque es el que permite conocer el grado de avance relativo con respecto a las metas formuladas y “aprender”. Esto a su vez permite hacer las proyecciones y correcciones necesarias, de tal manera que se garantice el cumplimiento de las metas (mejorando la eficacia) y, además, mejorar la asignación presupuestaria (mejorando la eficiencia).

Conocidos los productos del proceso de control de gestión y realimentación, el proceso de la planificación cierra el ciclo. La presupuestación del siguiente año podrá beneficiarse del aprendizaje realizado, afinando los parámetros de eficiencia implícitos en la asignación y promoviendo el logro de mejores resultados a través de la aplicación del sistema de incentivos.

La realimentación tiene dos niveles de actuación:

- La realimentación dentro del ciclo de corto plazo (anual), permite ajustar las metas y la asignación para el período presupuestal siguiente, buscando garantizar el cumplimiento de las metas de corto plazo (anual).
- La realimentación dentro del ciclo de largo plazo (Quinquenal) con base en los resultados obtenidos durante un período ajusta el programa de salud para el período siguiente.

### **13. Forma de entrega de los servicios**

Son instituciones proveedoras de servicios de salud, las entidades públicas, privadas o mixtas, que estando autorizadas por el MINSA, tienen por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población.

Ya en la sección de financiamiento presentamos cómo se financian los servicios en estas unidades.

En el MINSA, los servicios básicamente son entregados por una amplia red de unidades de salud de unidades de salud, la institución siempre ha considerado dos grandes ejes para organizar la atención en su modelo y entregar los servicios:

- A. por grupos vulnerables

B. según programas:

- a. de atención a las personas (pueden ser de promoción/prevención, de atención clínica)
- b. de atención al medio ambiente

Estos servicios se financian por diferentes regímenes que están regulados por la LGS<sup>33</sup> en sus capítulos II y III. Los que ya detallamos al referirnos a la elección por parte del usuario.

El Capítulo IV aborda lo relativo a los Programas Bajo la Responsabilidad del Ministerio de Salud:

Arto.49. Programas de Prevención y Promoción de Salud. Se integran por el universo de intervenciones. Procedimientos, acciones colectivas o individuales para la promoción, prevención y educación en función de disminuir factores de alto riesgo y las enfermedades.

Arto. 50. Programas de Asistencia Social. Se integran por el conjunto de acciones de recuperación y rehabilitación de la salud necesarias para una atención integral del individuo o la familia, que carecen de recursos y que no están en capacidad o posibilidad de afiliarse al régimen contributivo o voluntario.

El Capítulo V, legisla sobre los Programas Comunes a los Diferentes Regímenes:

Arto. 51. Programas de Atención a Enfermedades de Alto Costo. Comprende el conjunto de acciones en salud que deben ser suministradas a las personas que sean sujeto de eventos especiales que comprometan en forma extraordinaria la economía del individuo y del Sector Salud. Este plan se otorgará conforme a la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos del país.

Para las personas afiliadas al régimen contributivo serán estas instituciones o entidades las encargadas de coordinar su prestación y garantizar su financiación, conforme los principios y términos establecidos en la Ley de Seguridad Social.

Arto. 52. Programa por Emergencias. Corresponde prestar a todas las entidades públicas o privadas que tengan a su cargo la provisión de servicios dentro del Sector Salud en el territorio nacional, la atención de emergencia sin que sea necesario ningún requisito al usuario como condición para su atención.

Todas las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud deberán garantizar la atención de emergencia conforme sus niveles de complejidad para los servicios que han sido habilitadas, las instituciones no podrán imponer, crear barreras o impedir el acceso a la población que requiera esta clase de servicio.

El Reglamento de la ley definirá los términos entre los diferentes proveedores de salud y su relación con las entidades aseguradoras.

---

<sup>33</sup> Tomado de la Gaceta, diario oficial. No. 91 del viernes 17 de mayo de 2002. p. 3482 y 3483. Arto.38 – Arto. 52

#### **14. Competencias del MINSA, SILAIS y Municipios**

La Ley No. 290<sup>34</sup> de Organización Competencia y Procedimiento del Poder Ejecutivo, en su Artículo 24, confiere al MINSA la facultad de hacer cumplir lo estipulado en el Artículo 59 de la Constitución Política, el cual define el ámbito de acción y regulación del MINSA como órgano rector de la salud, con las siguientes funciones:

- Proponer planes y programas de salud, coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de esas labores.
- Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Promover campañas de saneamiento ambiental y de divulgación de los hábitos higiénicos entre la población; formular normas, supervisar y controlar la ejecución de las disposiciones sanitarias en materia alimentaria, de higiene y salud ambiental.
- Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo, y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma.
- Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud.
- Formular y promover las reglas y normas para controlar la calidad de la producción, y supervisar la importación de medicamentos, cosméticos, instrumental, dispositivos de uso médico y equipo de salud de uso humano. Controlar la sanidad de la producción de alimentos y su comercialización, incluyendo el control sanitario de aguas gaseosas y agua para el consumo humano; administrar y controlar el régimen de permisos, licencias, certificaciones y registros sanitarios para el mercado interno de Nicaragua -en el ámbito de sus atribuciones- conforme las disposiciones de la legislación vigente, y administrar el registro de éstos.
- Administrar el registro de profesionales y técnicos de la salud en el ámbito de sus atribuciones, conforme las disposiciones de la legislación vigente, y supervisar su ejercicio profesional.
- Promover la investigación y divulgación científica, la capacitación, educación continua y profesionalización del personal de salud.
- Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública.
- Promover y supervisar programas de construcción de unidades de salud pública.
- Formular políticas, planificar acciones, regular, dictar normas y supervisar la producción, importación, exportación, siembra, industrialización, tráfico, almacenamiento de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y las sustancias precursoras.

Para su adecuado funcionamiento, el MINSA se encuentra organizado de la siguiente manera: Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) tienen entre sus principales funciones:

- Representar al MINSA en el territorio que comprende el SILAIS.

---

<sup>34</sup> Ley 290: Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo y su reglamento.

- Satisfacer las demandas de atención de la población con los recursos disponibles y en coordinación con otros SILAIS.
- Dirigir todos los recursos del MINSA que existen en el territorio /población que se ha definido para el SILAIS, así como coordinar con otros sectores institucionales, privados o de cooperación externa, todo lo relativo a la prestación de salud en el territorio del SILAIS, mediante la delegación de funciones específicas.
- Coordinar y precisar las principales comisiones del SILAIS: de lucha contra la mortalidad materna, de uso racional de medicamentos, de auditoría médica y multisectorial.
- Realizar despachos con el equipo de dirección del SILAIS, responsables municipales, centro epidemiológico inter-SILAIS (CIEIS) y hospitales, para abordar las problemática operativa específica.
- Responder por el funcionamiento de los Consejos Técnicos de Dirección.
- Aprobar la distribución de los fondos fiscales.
- Aprobar los nombramientos de recursos humanos.
- Elaborar, en coordinación con el equipo de dirección, el programa de colaboración externa para cada período planificado, según las necesidades y las fuentes de financiamiento.
- Tomar la decisión final para la apertura de cualquier establecimiento vinculado con la salud, y la clausura de aquellos que atenten contra la misma.

Para los SILAIS y municipios, la ley establece que deben ajustar las políticas, las normas, la organización y la administración de los recursos a la situación de salud local; pero hay debilidad en las leyes y los reglamentos, que impide que el esfuerzo institucional por la conservación de la salud y el medio ambiente alcance los objetivos planteados. Es así que, los distintos subsectores actúan desarticulados, reproducen esfuerzos, invierten recursos en las mismas iniciativas y no se evalúan resultados en el nivel local.

Por su parte, la nueva Ley General de Salud, en su Título II, Capítulo I. Arto.7, le establece al MINSA las siguientes competencias:

**Arto.7. Son competencias y atribuciones del Ministerio de Salud:**

1. Regular, supervisar e intervenir en el Sector Salud, y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.
2. Regular y supervisar la organización y funcionamiento, conforme a la presente Ley y los reglamentos, de las entidades que puedan ser habilitadas para administrar recursos dentro del régimen voluntario de planes de salud con la modalidad de seguro o prepago, sin perjuicio de lo dispuesto en las leyes que rijan la materia.



3. Reglamentar la organización y funcionamiento de las Juntas o Consejos u órganos administrativos o consultivos de las instituciones prestadoras de servicio de salud de naturaleza pública.
4. Expedir las normas e instrumentos de modelos de gestión institucionales. Así como los requeridos para adelantar la descentralización, desconcentración y delegación dentro del Sector Salud; en lo concerniente a las regiones autónomas de la Costa Atlántica el Ministerio de Salud coordinará con los Consejos Regionales.
5. Expedir la reglamentación para el ejercicio de los profesionales y técnicos en el sector salud y las normas relacionadas con la prestación de servicios de salud por cualquier persona o institución y garantizar su implementación de forma indelegable.
6. Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.
7. Definir las normas de organización, funcionamiento y financiamiento del plan de asistencia sanitaria por causa de accidentes de tránsito.
8. Expedir aquellas disposiciones que resultan necesarias para garantizar una correcta aplicación y flujo de los recursos del sector salud y en particular aquellas que permitan garantizar un control a la evasión.
9. Expedir las reglamentaciones que permitan garantizar una correcta evaluación del recurso humano.
10. Expedir las normas que permitan el desarrollo competitivo entre las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud y entidades que administren recursos del sector.
11. Expedir normas de organización, estructura y funcionamiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y de todos aquellos aspectos que resulten esenciales para su organización y funcionamiento, cuando se considere procedente su implantación.
12. Regular, cuando resulte necesario para los principios de esta Ley, las actividades con incidencia directa o indirecta sobre la salud de la población, que realice o ejecute toda persona natural o jurídica. Pública o privada.
13. Establecer normas sobre salubridad pública para el control sanitario internacional de los puestos fronterizos internacionales, cuya delegación podrá ser ejercida de manera desconcentrada o descentralizada a través de los entes territoriales y de acuerdo con los convenios suscritos para tal fin o por medio de las disposiciones reglamentarias.
14. Definir los requisitos necesarios para la organización y funcionamiento de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, sin los cuales no podrá prestar servicios a ninguna institución o persona ni ofrecer sus servicios.



15. Imponer las sanciones de carácter administrativas que procedan conforme las disposiciones legales, lo previsto en la presente Ley y en el reglamento respectivo.
16. Coordinar la formulación y ejecución del plan nacional de salud que deben adoptar las instituciones, organismos públicos y privados, para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley.
17. Orientar el diseño y aplicación de un sistema básico de garantía de la calidad en todos los proveedores de servicios de salud y administradores de recursos de salud.
18. Coordinar con las instituciones educativas la formación de recursos humanos en salud de acuerdo con las necesidades del Sector Salud y garantizar una retribución económica de carácter mensual establecida en reglamentos y normas, a los estudiantes de las escuelas de medicina estatales que realicen su internado rotatorio, su servicio social o sus estudios de postgrado en los establecimientos de salud del país, una vez clasificados, todo ello en correspondencia con el presupuesto anual aprobado por el MINSA para tal efecto.
19. Coordinar y promover la participación intrasectorial y extrasectorial en el desarrollo y consolidación del Sector Salud.
20. Dictar e implementar de común acuerdo con entidades públicas o privadas, las normas de protección contra los peligros para la salud de las personas que se deriven del uso de sustancias tóxicas, declaradas peligrosas.
21. Elaborar, en coordinación con el Ministerio de Educación los programas obligatorios de educación para la salud y demás medidas destinadas a ese fin, que deberán impartirse en establecimientos públicos y privados de enseñanza.
22. Los aspectos docentes del pregrado y postgrado se registrarán por lo que establezcan las instituciones de educación superior y técnica de conformidad con las atribuciones que otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento.
23. La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo con los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias correspondientes y de educación superior y técnica.
24. El Plan Nacional de Salud. Deberá contemplar entre otras, las siguientes facultades:
  - a) Declarar obligatorias las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, así como los exámenes y prácticas que se estimen necesarios para prevenir o controlar enfermedades.
  - b) Declarar cuáles enfermedades transmisibles son de denuncia y notificación obligatoria.

- c) Emitir normas adecuadas para prevenir, evitar y combatir: el alcoholismo, el tabaquismo y la fármaco dependencia u otras adicciones que afecten la salud y promover estilos de vida saludables.
  - d) Promover y desarrollar acciones que permitan conocer, evitar la difusión y lograr el control y erradicación de enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional.
  - e) Regular las acciones de inmunización que realicen las instituciones públicas y privadas.
25. Regular y promover la investigación científica en salud y biomédica y el desarrollo y transferencia de tecnología dentro del Sector Salud, también promoverá la formación y capacitación de investigadores en salud.
26. Implementar la política de seguridad alimentaria nutricional de la población y las medidas necesarias para complementar la dieta con micro nutriente, cuando sea procedente, de acuerdo con las normas nacionales e internacionales.
27. Regular los procesos mediante los cuales los sectores productores, procesadores, distribuidores de alimentos, o cualquiera otro que intervenga en el proceso, deberán fortificar, manipular, enriquecer y complementar los micronutrientes mencionados en el numeral anterior, de acuerdo con los alimentos de que se trato y las normas aplicables.
28. En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes y sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales en materia de riesgos del trabajo, corresponde al Ministerio de Salud en coordinación con otras entidades del Estado:
- a) Dictar las normas técnicas para la prevención y control de enfermedades y accidentes.
  - b) Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de conformidad con esta Ley y las disposiciones que al efecto se dicten.
  - c) Realizar los programas y actividades que estime necesarias para la prevención y control de enfermedades y accidentes.
29. Promover la colaboración de las instituciones de los sectores públicos. Sociales y privados, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y de la población en general, para el óptimo desarrollo de los programas y actividades.
30. Dictar las normas higiénico-sanitarias pertinentes para la vivienda, centros de estudios, centros de trabajo, centros de reunión y otros establecimientos.
31. Regular la publicidad en materia de salud. A las que se deben sujetar las personas naturales o jurídicas.

32. Definir políticas de cooperación externa orientadas a los proyectos de salud, de acuerdo a las prioridades que establezca el Ministerio de Salud.
33. Definir y coordinar la organización y funcionamiento de los sistemas de información en relación con las personas que son beneficiadas del sector salud y las instituciones que manejan sus recursos, con el objeto de poder realizar los principios consagrados en la ley.
34. Coordinar el diseño, operación, utilización y actualización que se requiera para el correcto funcionamiento de un sistema de vigilancia y evaluación epidemiológica. A fin de mantener un adecuado control tanto epidemiológico como asistencial del país, todos los establecimientos de salud, públicos, privados u ONGs, están obligados a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud. Deberán asimismo notificar por escrito a los Registros del Estado Civil de las Personas, dentro de los plazos que establezca la legislación correspondiente, los nacimientos y defunciones que por cualquier causa ocurran en ellos.
35. La determinación de los requisitos y procedimientos para practicar las autopsias médico-clínicas, la cadena de custodia y los objetivos, requisitos y procedimientos de las mismas.
36. Crear Tribunales Bioéticos a cargo del Ministerio de Salud y las Asociaciones Médicas del país con el propósito de realizar auditorías médicas en los casos que sean necesarios.
37. Establecer convenios de colaboración con el Poder Judicial a través del Instituto Médico Legal para nombrar médicos forenses en aquellas partes del territorio que se requiera.
- 38. Definir el modelo de atención que regirá la organización de los establecimientos de salud públicas, incluyendo su organización interna y sus interrelaciones.**
39. Administrar todos los establecimientos de salud de propiedad pública del territorio nacional.
40. Asegurar que los medicamentos prescritos en los establecimientos públicos de salud sean únicamente genéricos.
41. Las demás que le asignen otras disposiciones legales.

## **15. Organización red de servicios para la atención en salud**<sup>35</sup>

### **Red de servicios**<sup>36</sup>**de salud**

Es pública y privada. El subsector público es el que cuenta con el mayor número de establecimientos de salud, siendo el MINSA el principal oferente, seguido del Ministerio de Gobernación (que en este año le pasó la administración de este servicio a la Policía Nacional), el Ministerio de Defensa y el INSS.

---

<sup>35</sup> Condensado parcialmente del documento de Cuentas Nacionales de Salud 1995-1996.

<sup>36</sup> Tomado de la Memoria Institucional MINSA 1997-2001. Pág. 175-181.

Los servicios médicos del **Ejército de Nicaragua** y del **Ministerio de Gobernación** brindan atención principalmente curativa a sus miembros y a familiares de éstos, en las áreas de cirugía, medicina, gineco-obstetricia y pediatría. Por otro lado, sus hospitales han abierto las puertas a dos nuevos tipos de clientes: los asegurados, pues a partir de 1995, se constituyeron como empresas médicas previsionales; y desde inicios de la década de los 90s, a la población con capacidad de pago, para lo cual han destinado personal y áreas de atención especiales en sus instalaciones. Estas nuevas modalidades de atención se están ofreciendo también en los hospitales del MINSA en todo el país. La red de servicios ha incurrido en un crecimiento desordenado, muchas veces con recursos escasos y a expensas del primer nivel de atención.

Otros Ministerios y Entes Autónomos que brindan servicios médicos son:

- Ministerio de Agricultura (MAG)
- Ministerio de Cooperación Externa
- Empresa Nicaragüense de Electricidad (ENEL)
- Telecomunicaciones y Correos de Nicaragua (TELCOR)
- Empresa Nicaragüense de Telefonía (ENITEL)
- Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA)
- Alcaldías (principalmente Managua)
- Banco Central (BCN)
- Ministerio de Salud (MINSA)
- Ministerio de Acción Social (MAS)
- Banco Nacional de Desarrollo (BANADES)
- Ministerio de Economía (MICE)

Estas entidades tienen diferentes misiones institucionales, son consideradas porque financian servicios de salud a sus trabajadores como condición de los convenios colectivos (empleadores - trabajadores) en que establecen prestaciones de salud que no están contempladas en el paquete de la seguridad social.

**El sector privado**, comprende los organismos e instituciones con y sin fines de lucro. Existen en el país 7 hospitales de propiedad privada, 45 Clínicas Médicas Previsionales adscritas al INSS, incontable Consultorios Médicos, Odontológicos, Farmacias y Laboratorios. Así también

diferentes empresas de la Industria Farmacéutica y Proveedores e Importadores de Medicamentos e Insumos Médicos.

La integración con el Ministerio de Salud ha sido mínima. En términos generales, los Organismos No Gubernamentales (ONG's) apoyan las acciones realizada por el MINSA en la prestación de servicios. Sin embargo, es importante mencionar que para este estudio aún no se cuenta con datos específicos. De igual manera se desconoce la cantidad de ONG's que laboran en el ámbito de la salud dentro del país.

**Respecto al MINSA**, sus unidades están distribuidas de acuerdo a su nivel de resolución en hospitales agudos, hospitales crónicos, policlínicas, centros de salud, puestos de salud.

### **Red de Servicios del Ministerio de Salud**

#### **Unidades Físicas**

#### **Red de Servicios**

| Años | Primer Nivel |      | Segundo Nivel |      | Total |
|------|--------------|------|---------------|------|-------|
|      | P. S         | C. S | H. A          | H. C |       |
| 1995 | 690          | 166  | 25            | 4    | 885   |
| 1996 | 781          | 159  | 26            | 4    | 970   |
| 1997 | 750          | 164  | 26            | 4    | 944   |
| 1998 | 778          | 164  | 26            | 4    | 972   |
| 1999 | 789          | 175  | 28            | 4    | 996   |
| 2000 | 841          | 171  | 28            | 4    | 1,044 |
| 2001 | 849          | 176  | 29            | 4    | 1,058 |

P.S : Puesto de Salud  
H.A : Hospital Agudo

C.S : Centro de Salud  
H.C . Hospital Crónico

Fuente: Oficina de Estadísticas – DGPD- MINSA

En general la red de servicios aumentó en este decenio el número de establecimientos. Para el primer semestre del 2001 se contabilizó el crecimiento en 163 (18.9%) con relación al año 1990. El aumento por tipo de establecimiento fue: Puestos de Salud incrementó en un 9%, los Centros de Salud aumentaron en un 24%, Centros de Salud con camas en 7.4%, las Unidades Hospitalarias en 6.2%.

En el período 1997 al 2001 la conformación de la red de servicios de acuerdo a los niveles de Atención presenta la siguiente distribución: El Primer Nivel de Atención conforma el 97% de los establecimientos y el Segundo Nivel de Atención el 3%.

El número y distribución geográfica de los hospitales en Nicaragua no ha experimentado cambios significativos en la última década. Sin embargo durante el período 1997 al 2001 se hizo el reemplazo de dos hospitales de referencia regional (Estelí y Granada), beneficiando a un

número importante de población y mejorando la capacidad de resolución, además del nuevo Hospital del Maestro en Diriamba.

La evolución de la red de servicios de salud durante el periodo 1997 - 2001, ha pesar de la situación económica del país, mostró un crecimiento promedio anual del 2.6%. Sin embargo, en estas cifras no se discrimina el número de unidades de salud que fueron reemplazadas por no prestar las condiciones de infraestructura para brindar el servicio a la población.

Es importante destacar que en 1999 emergen los puestos médicos como una medida para dar una mejor respuesta a la demanda creciente de atención en salud, fortaleciendo al Primer Nivel de Atención y aumentando el acceso geográfico de la población.

### **Red de Servicios del Primer Nivel de Atención**

Los Puesto de Salud constituyen el 83.7% (año 2001) de la red del primer nivel de atención, es la unidad que brinda servicios de promoción, prevención y curativa general cuando en él se cuenta con la presencia del médico general. Este establecimiento es el primer contacto entre la población de una comunidad y el Ministerio de Salud.

Los centros de salud sin camas representan el 14.7% (año 2001) de la red del primer nivel de atención, brinda servicios de promoción, prevención, atención curativa general y cuando se complejiza por encontrarse recursos de mayor calificación brinda servicios de odontología, asistencial especializada sobretodo dirigida a mujeres y niños, rehabilitación la que se desarrolla bajo la estrategia basada en la comunidad (R.B.C.); además, alcanza mayor nivel de resolución con los servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio). Tienen definido su área de influencia territorialmente y constituye el nivel inmediato de resolución para los puestos de salud definidos dentro de su área geográfica.

Los Centros de Salud con camas son el 2.6% de la red del primer nivel de atención se agregan además de los servicios que prestan los centros de salud sin camas, atención al parto y servicio de observación e internamiento, generalmente se encuentran en las zonas más alejadas o de difícil acceso al segundo nivel de atención.

### **Red de Servicios del II Nivel de Atención**

La Red de Servicios del II Nivel de Atención cuenta actualmente, con un total de 32 unidades hospitalarias las que concentran en la región del Pacífico el 66% de las unidades (solo en Managua, existen 11 hospitales) y la región Norte-central con el 25% y el Atlántico con el 9%

En la red hospitalaria existen 28 hospitales de agudos y 4 hospitales de crónicos (Dermatológico, Psiquiátrico, Rehabilitación y Tisiológico).

#### **a) Hospitales Agudos**

De acuerdo a la función que desempeñan dentro de la red de servicios, los hospitales agudos se pueden agrupar en tres sub-grupos:

- **Hospitales Departamentales:** Su nivel de resolución es el de un Hospital General que brinda atención ambulatoria e internamiento en las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia) así como otras especialidades (ortopedia, neonatología, oftalmología, etc.) y servicios (cuidados intensivos, intermedios, apoyo diagnóstico), son 17 los que cumplen con esta función a nivel nacional. Hay dos "Hospitales Primarios" que funcionan como departamentales actualmente.
- **Hospitales de Referencia Nacional:** Representan las unidades de máxima complejidad en la red de servicios de salud al brindar atención especializada y sub-especializada. Cinco de ellos están ubicados en Managua y uno en León.

En función del grado de desarrollo y de su perfil establecido se dividen en:

- Hospitales Médico-Quirúrgicos      2
  - Hospitales Materno-Infantiles      2
  - Hospital Infantil      1
  - Hospital General      1
- 
- **Centros de Referencia Nacional:** Unidades que brindan atención específica en una especialidad única con tecnología muy especializada, tienen actividad de internamiento y son de cobertura nacional: el Centro Nacional de Oftalmología y el Centro Nacional de Radioterapia.

A esta lista se agrega el Hospital del Maestro, cuyo perfil actual es materno-infantil y su universo específico de atención es el gremio de maestros del país. Se perfila para un futuro que sea autogestionable. Los servicios que se ofrecen actualmente en los hospitales agudos son: Atención Médica, Consulta Externa, Emergencia, Internamiento y Servicios Diferenciados

Estos servicios se prestan en función de los perfiles hospitalarios establecidos para cada hospital. EL 72% (18) de los hospitales agudos ofrecen las cuatro especialidades básicas (perfil general) y el resto tienen perfiles específicos. En el 76% de los hospitales (19) se ofrecen las especialidades de ortopedia y en el 72% (18) neonatología, en el 8% (2) oftalmología y en el 4% (1) neurología. El 64% (16) ofrecen además otras especialidades/ sub-especialidades.

#### **b) Hospitales Crónicos**

Forman parte de la Red del II Nivel, los cuatro hospitales que atienden problemas crónicos de salud y son considerados Centros de Referencia Nacional. En Managua: el Hospital Dermatológico, el Hospital Psiquiátrico y el Hospital de Rehabilitación y Fisioterapia. En León: el Hospital Rosario Lacayo (Tisiología).

#### **Camas Hospitalarias**

Las camas de los hospitales agudos de la red del II nivel son 4,040. Esto supone 0.81 camas por 1000 habitantes. Los hospitales de crónicos tienen un total de 397 camas, para un total general de 4,437 camas censables.



Con relación a los **quirófanos** existe un total de 96 en los hospitales agudos y dos en los crónicos. El 36% de los quirófanos se concentran en Managua.

El 36% (9) de los hospitales cuenta con Unidades de Cuidados Intensivos y un 8% (2) cuenta con Unidad de Cuidados Coronarios. Algunos cuentan con Unidades de Cuidados Intermedios.

En sí, la organización de la atención en la unidades de salud<sup>37</sup> de acuerdo al modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez de abril de 1995, indica que la organización estructural y funcional de los puestos y centros de salud, para la aplicación del modelo requería de adecuaciones, tanto de infraestructura como de cambios de mentalidad del trabajador de salud.

Por ello se revisó detalladamente<sup>38</sup>:

A. En las Unidades de Salud

1. Flujo para la Atención de los Pacientes
2. Horarios de Atención
3. Referencia y Contrarreferencia

B. Actividades en el Terreno

1. Visita Domiciliar
2. Brigadas Móviles
3. Controles de Foco
4. Visitas a Centros Escolares
5. Visitas a Centros de Trabajo

C. Acciones de Promoción

1. De la Participación Comunitaria
2. De la Educación en Salud
3. De la Participación de los Gobiernos locales y otros sectores.

**El modelo de atención de la salud desde la perspectiva de la Política Nacional de salud 1997–2002 refiere lo siguiente:**

- El modelo se caracterizará por un enfoque biOPSicosocial del proceso salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria.
- El sujeto de atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla también a la familia, la comunidad y el ambiente.

---

<sup>37</sup> Ver manual operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. MINSA. Abril de 1995. Pág. 17.

<sup>38</sup> Ver manual operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. MINSA. Abril de 1995. Pág. 18 - 34



- La atención de la salud pasa a ser responsabilidad de un equipo interdisciplinario.



### 15.1 Funcionamiento de la red y oferta de servicios de salud

Ahora bien, la red no solo funciona para la mujer y la niñez, la Resolución Ministerial No. 106 refiere que los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), tendrán redes de servicios organizadas en dos niveles de atención<sup>39</sup>. (\*)

(\*) “Se establece como Red de Servicios del Sistema Nacional de Salud a todos los servicios de Atención en Salud. La organización de la Red de los Servicios está dada por dos niveles de atención Primer y Segundo Nivel que a su vez tendrán distintos niveles de complejidad crecientes que estará definida por la capacidad de resolución de los problemas de Salud de las personas como al ambiente”.

“Se establece como Primer Nivel de Atención al conjunto de acciones institucionales, de la comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos de la población con los recursos que conjuntamente dispongan”.

“Se establece como Segundo Nivel de Atención al conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de salud que se realiza en los

<sup>39</sup> Política Nacional de Salud. MINSA 28 de octubre de 1993.

*hospitales, con enfoque integral y orientación preventiva, con el objetivo de enfrentar los problemas de salud que por su complejidad demanden recursos de mayor calificación”.*

#### Oferta de servicios de salud<sup>40</sup>

La oferta de servicios del sector Salud se brinda a través de un subsistema público conformado por una red de Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales, tanto civiles como militares; y un subsistema privado compuesto por consultorios individuales, hospitales y clínicas. Recientemente, se han creado empresas médicas previsionales para la venta de servicios a la seguridad social.

Existe, además, un gran número de laboratorios clínicos, centros de diagnóstico por imagen, ópticas y farmacias privadas, lo mismo que la industria farmacéutica nacional y los importadores de productos farmacéuticos.

También se cuenta con un subsistema comunitario integrado por redes de brigadistas, parteras y otros voluntarios, quienes trabajan en y por la salud de sus comunidades y, fundamentalmente, realizan acciones de promoción y prevención, incluida la detección precoz del riesgo de enfermedad grave y su referencia oportuna. Para el desarrollo de estas acciones, el subsistema comunitario posee, como sedes, las Casas bases y las Casas maternas. El desarrollo del sistema de rehabilitación nacional se está realizando como una acción comunitaria más.

### **15.2 Primer Nivel de Atención**<sup>41</sup>

El MINSA es el principal oferente de servicios de salud en el país, a través de su red de servicios en los dos niveles de atención. En el primer nivel, constituido por los centros de salud con y sin camas, y los puestos de salud, se ofrece casi la totalidad de servicios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y riesgos. También brinda atención curativa general, odontología preventiva y asistencial, así como atención por parte de especialistas de algunas especialidades médicas, principalmente dirigidas a mujeres y niños en zonas donde las disponibilidades de recursos lo permiten. Otro servicio del primer nivel de atención es la rehabilitación, la cual se desarrolla con base en la comunidad.

En 1990 existían Puestos Médicos y Puestos de Salud. A partir de 1993, se estableció sólo el término de Puesto de Salud,

Según la Resolución Ministerial 106, los tipos de establecimientos de salud son: a) Puesto de Salud. Representa la unidad de menor complejidad, destinada a organizar y ejecutar acciones para atender los problemas básicos de salud de la población; desarrollar acciones de fomento, protección y recuperación; referir al Centro de Salud correspondiente los problemas que no puedan ser resueltos por sus medios; y controlar a aquellos pacientes que luego de haber sido tratados en un nivel de mayor complejidad, requieran vigilancia posterior; también, realizar la detección de problemas sanitarios ambientales, buscar soluciones intersectoriales y facilitar la

---

<sup>40</sup> Análisis del Sector Salud. MINSA/OPS marzo de 2002. Capítulo VIII.

<sup>41</sup> La Política Nacional de Salud señala que alcanzar la equidad, la eficiencia y lograr impacto a mediano plazo, deben ser los propósitos de las unidades de atención en el primer nivel.

participación comunitaria, a través del establecimiento de Casas Bases y del trabajo voluntario de brigadistas, promotores, parteras y otro personal.

La Casa Base es la unidad de la comunidad, organizada a nivel local, desde la cual se desarrollan acciones de prevención, promoción y atención básica de salud, en conjunto y como colaboradora del Puesto de Salud.

El Centro de Salud es la unidad básica del sistema de servicios de salud municipal, responsable de programar, ejecutar y evaluar los programas de salud del nivel primario de atención. El Centro de Salud brinda atención a las personas y al ambiente en forma integral, y coordina las acciones de los Puestos de Salud y las Casas Bases; actúa según complejidad creciente y utiliza los mecanismos de referencia necesarios; a veces puede contar con camas, especialmente para las madres y los niños menores de 6 años, lo mismo que para la atención de pacientes con enfermedades transmisibles, partos y cirugía menor. Realiza además acciones de docencia, investigación y educación sanitaria.

Por otra parte, la Política Nacional de salud 1997 – 2002 señala que los logros alcanzados con el Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez deben ser profundizados, ahora es necesario ampliar la estrategia hacia un Modelo de Atención Integral que permita desarrollar ampliamente acciones de promoción y prevención a la vez que ofrece atención de calidad privilegiando la detección precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades emergentes y utilizando para ello los diferentes niveles de atención mejorando la capacidad de resolución de cada uno de ellos.

Para la organización y desarrollo de este Modelo de Atención Integral se debe redefinir los sistemas de información, los flujos de la atención, analizar la capacidad y tipo de oferta y de insumos, se estudiarán las características de la demanda y se desarrollará sistemáticamente la monitoría, supervisión y evaluación del desempeño, así como la opinión de los usuarios.

### **15.2.1. Oferta de servicios básicos integrales**

Esta oferta cuenta con sus propias normas de atención<sup>42</sup>, en el caso de la mujer, la niñez (incluida la adolescencia, desde la perspectiva de género). Para todos ellos existen lineamientos generales que a continuación se detallan:

#### **Lineamientos generales**

Todos los centros y Puestos de Salud deben realizar acciones de carácter rutinario, que contribuyan a garantizar una atención al usuario y usuaria, con calidad y oportunidad.

Para ello recomendaron realizar en forma permanente las siguientes actividades:

#### **1) En la Unidad de Salud**

- a) Revisar la higiene del local.

---

<sup>42</sup> Ver la segunda parte del manual operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. MINSA. Abril de 1995. pág. 41 – 94.

- b) Garantizar el material de trabajo en su lugar.
- c) Revisar los expedientes de los usuarios citados.
- d) Captar precozmente a la embarazada y el recién nacido.
- e) Enviar a las usuarios de primera consulta a realizar expediente.
- f) Solicitar las tarjetas correspondientes.
- g) Pedir termo con vacunas.
- h) Actualizar los carné y tarjeta activa.
- i) Brindar educación a la mujer individual y en grupo.
- j) Realizar atención directa a la mujer y la niñez.
- k) Aprovechar la oportunidad de vacunar.
- l) Impartir charla grupal e individual a las embarazadas.
- m) Llevar agenda de citas. (Seleccionar a los usuarios de acuerdo a enfoque de riesgo)
- n) Realizar informes administrativos y estadísticos.
- o) Solicitar expedientes del próximo día.
- p) Regresar biológicos sobrantes.
- q) Dejar limpia y abastecida la unidad de trabajo.
- r) Programar y realizar visita domiciliar a las embarazadas y niño/as inasistentes o en riesgo.

**a. En la Comunidad.**

- a) Coordinar y programar actividades con parteras y brigadistas
- b) Priorizar la captación precoz de la embarazada y los niños (as) con riesgo.
- c) Coordinar trabajo con la partera empírica para recuperar a embarazadas y niños/as inasistentes.
- d) Detectar a embarazadas con Alto Riesgo Obstétrico.
- e) Vigilar que la partera atienda el parto normal y de bajo riesgo cuando esté capacitada.
- f) Realizar educación sanitaria a la mujer y a la niñez a nivel comunitario.

- g) Promocionar el uso de la lactancia materna
- h) Referir a las mujeres con ARO y desnutridos

### **3) Otras Complementarias.**

- a) Desarrollar investigaciones en salud sobre la problemática detectada, para estas estrategias y toma de decisiones destinadas a mejorar la atención a la mujer y niñez.
- b) Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica de las condiciones que afectan al binomio mujer-niñez.

Un gran esfuerzo de capacitación fue necesario para que los recursos humanos de la institución conocieran y fueran capaces de cumplir con lo establecido por las normas. El documento ordena la atención integral de la siguiente manera:

- **Atención Integral a la Mujer** (en su Capítulo I, Pág. 45 - 61)
- **Atención Integral a la Niñez** (en su Capítulo II, Pág. 62 - 92)

**Respecto a la Atención Integral a la Mujer, detalla claramente las normas de atención para:**

1. Captación y primer control prenatal
2. Segundo Control Prenatal (semana 20 – 24 de gestación)
3. Tercer control prenatal (semana 28 – 32 de gestación)
4. Cuarto Control Prenatal (semana 36 – 38 de gestación)
5. Atención a la puérpera
6. Atención a la adolescente (10 – 19 años)
7. Atención a la mujer de edad mediana o avanzada (mediana 40 – 59 años y avanzada 60 a más)

En todos estos casos se indica qué debe preguntar, observar y realizar el personal de salud. Además, explica en qué condiciones se debe referir a ARO/otro nivel, qué hacer en caso contrario y en qué se debe hacer énfasis.

**Respecto a la Atención Integral a l Niño, detalla claramente las normas de atención para:**

1. Atención directa al Recién Nacido (0 – 28 días).
2. Atención directa al niño/a de 3 a 5 meses.
3. Atención directa al niño/a de 6 a 8 meses.
4. Atención directa al niño/a de 9 a 12 meses.
5. Atención directa al niño/a de 13 a 16 meses.
6. Atención directa al niño/a de 17 a 20 meses.
7. Atención directa al niño/a de 21 a 24 meses.
8. Atención directa al niño/a de 25 a 36 meses. Tercer año: Un control al inicio y otro al final.
9. Atención directa al niño/a de 4 años.
10. Atención directa al niño/a de 5 años.
11. Manejo del niño/a con diarrea.
12. Manejo de la Infección Respiratoria en niños/as menores de 2 meses.
13. Manejo de la Infección Respiratoria en niños/as mayores de 2 meses a menores de 5 años.

En todos estos casos se indica qué debe preguntar, observar y realizar el personal de salud. Además, explica en qué condiciones se debe referir a otro nivel, qué hacer en caso contrario y en qué se debe hacer énfasis. Señala también que se debe programar y realizar una visita domiciliar a los niños inasistentes o en riesgo en todos los casos de atención directa.

### **15.3 Segundo Nivel de Atención**

En los hospitales o segundo nivel, se brinda atención médica tanto general como especializada, ambulatoria y con internación, en áreas básicas como pediatría, gineco- obstetricia, medicina y

cirugía general. En los departamentos de Managua y León, se dan servicios en otras especialidades y subespecialidades, algunos de los cuales funcionan para referencia nacional. El segundo nivel cuenta, además, con centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría, y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en Salud Pública.

El Hospital constituye una unidad más compleja, en la cual se realizan acciones de recuperación y rehabilitación; en general los hospitales cuentan con servicios de internación y demás recursos para la atención especializada y no especializada; además, ahí se efectúan actividades de docencia e investigación. En las cabeceras departamentales, están ubicados los hospitales de menor complejidad y, en León y Managua, los que funcionan como centros de referencia nacional.

El indicador cama por habitante aparece más o menos similar en las regiones del Pacífico y del Atlántico; sin embargo, al relacionarlo con la densidad poblacional, se infieren limitaciones serias en el acceso de la población de la región Atlántica a dichas camas.

En términos de accesibilidad geográfica, el tiempo promedio de transporte más corto es para los Puestos de Salud, con 27 minutos en el área urbana y 35 minutos en el área rural; le sigue el médico privado, con 44 minutos para el área urbana y 103 para el área rural; el Centro de salud, con 46 minutos y 78 minutos respectivamente y, finalmente, el hospital, con 53 minutos en las ciudades y 111 minutos para el área rural. Sin embargo, las casas bases, que son parte de la red comunitaria, se encuentran a 18 minutos en promedio.

#### **15.4 Programas de salud prioritarios**<sup>43</sup>

##### **Programas de salud.**

El marco conceptual de los SILAIS pretendió integrar las actividades de los actuales programas nacionales de atención en un programa integral de salud, confeccionado en cada SILAIS para atender sus problemas de salud de acuerdo con las prioridades que definan y las posibilidades técnico materiales existentes.

El programa integral de salud basará sus acciones y actividades en las normas técnicas elaboradas por el nivel central del MINSA, pudiendo reajustarse por los SILAIS de acuerdo con las realidades que imponga la dinámica local siempre que no alteren los criterios científicos que sustentan su validez.

Se revisarán y completarán en el plazo mas breve posible las normas técnicas de atención y se organizará una amplia divulgación de ellas como soporte a los programas.

**NOTA: En la sección de anexos se presentan las principales tasas (actualizadas, 1997-2001) de:**

- **Mortalidad Materna**
- **Mortalidad neonatal**
- **Mortalidad por diferentes causas**

---

<sup>43</sup> Marco Conceptual Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud. Serie SILAIS 1. Julio 1991.

- **Morbilidad por Enfermedades Vectoriales**
- **Morbilidad por causas**
- **Morbilidad de origen hídrico**
- **Morbilidad por respiratorias**

### **La integración de los programas especializados.**

El aporte de los programas especializados se proyecta como un componente que ayude a fortalecer los SILAIS en dos vertientes principales:

- El perfeccionamiento de los servicios integrando la propuesta de cada especialidad bajo una dirección técnico administrativa en el nivel local que vele por evitar duplicidades, complementar esfuerzos, eliminar contradicciones y concentrar recursos en las prioridades de atención.
- Llevar a los dirigentes y técnicos de los SILAIS los conocimientos de excelencia técnica que acumulan las especialidades para enriquecer su acervo científico y posibilitar, por la posición que ocupa y los recursos que concentra esta estructura, un mejor control de factores condicionantes y de riesgo de orden social, biológico y ambiental.

Un resumen de las potencialidades de trabajo de los programas en la implantación y desarrollo de los SILAIS en el país se presenta a continuación:

#### **Materno Infantil.**

La actividad de este programa tiene un peso fundamental en las transformaciones que se hagan en los servicios de salud, pues los grupos de población que atiende constituyen la prioridad de la estrategia de salud del país y la mortalidad infantil y materna seguirán siendo indicadores de eficacia, ahora del programa integrado de salud. La integración y complementación de sus actividades con el resto de las acciones de salud en la programación local de cada SILAIS será un elemento articulador básico con otros programas, requiriéndose desarrollar metodologías que estudien el impacto de esta integración en la solución de los principales problemas de salud. Los SILAIS proporcionan la unidad institucional que debe facilitar el abordaje integral y la concentración de recursos para el control de los factores condicionantes de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, las que siguen siendo las principales causas de mortalidad infantil. De igual modo, se fortalecen las perspectivas para disminuir la incidencia de causas perinatales en la mortalidad infantil.

#### **Nutrición.**

De acuerdo con la propuesta perspectiva de desarrollo del modelo de servicios de salud, las estrategias de alimentación y nutrición adquieren mayor relevancia en un enfoque descentralizado e interprogramático. Se proyectan como elementos integrados a los propósitos de los SILAIS: el impulso al componente de alimentación y nutrición en la educación de salud para la población; el fortalecimiento del sistema de control de la salud mediante la incorporación de la vigilancia nutricional, especialmente en la madre y el niño; la participación del personal de salud



y activistas comunitarios en alimentación y nutrición para que actúen de reproductores; desarrollo de investigación acción dentro de una perspectiva multidisciplinaria e interinstitucional.

### **Rehabilitación.**

El trabajo de rehabilitación en el nivel local ha tenido un desarrollo progresivo alcanzado con el apoyo de la OPS/OMS y otras organizaciones de cooperación externa. Con los SILAIS las perspectivas de mejores resultados se refuerzan, precisando de elaborar formulas que incorporen las actividades de esta área a la programación local; de aplicar metodologías para la identificación y control de discapacitados; de promover una mayor integración entre población y servicios de salud a través de este grupo específico de población; y de prevención de discapacidades y facilitadores de la reinserción social de las personas afectadas. También se debe continuar desarrollando técnica y materialmente los servicios hospitalarios de la especialidad, incluyendo la formación de especialistas en rehabilitación, ahora con la perspectiva de una mejor articulación del discapacitado con la base social para su reinserción.

### **Enfermedades Transmisibles.**

La integración de los programas de transmisibles en el trabajo de los SILAIS se proyecta para promover, por una parte, la introducción de métodos generales de abordaje de los problemas de salud, especialmente las técnicas de estratificación epidemiológica y enfoque de riesgo, y por otro, la investigación acción de procedimientos de control de transmisibles en el esquema de los servicios de salud y no como programas verticales aislados del resto del contexto de la salud. Además, otro componente a trabajar es la vigilancia epidemiológica en los SILAIS a través del apoyo al sistema de notificación obligatoria y la consolidación de sitios centinelas en todos los SILAIS para fortalecer la capacidad de toma de decisión y el seguimiento y evaluación de las acciones de salud.

### **Programa ampliado de inmunizaciones.**

El perfeccionamiento de la sectorización de la población y la dispensarización de la atención que forma parte de la táctica de los SILAIS, debe conducir a un aumento de los actuales niveles de cobertura en inmunizaciones a través de su ejercicio sistemático, sustituyendo progresivamente la práctica de campañas masivas de vacunación por un control estricto de los grupos de población objetivo para cada una de las inmunizaciones que se llevan a cabo en el país.

### **Medio ambiente.**

Desarrollo en los SILAIS del conocimiento y práctica para el abordaje conjunto de los factores biológicos y sociales con los del ambiente, como formula para el control permanente de riesgos y condicionantes de la enfermedad en la población. Promover en este espacio el impulso a la construcción y atención de los servicios de agua potable y de alcantarillado, pues aún solo hay un 53% y 32% respectivamente, de población cubierta con estos servicios vitales; conjuntamente, atender el saneamiento básico a través de control de basuras, higiene de los alimentos, y otros

determinantes. Atención a los Modelo de desarrollo Socioeconómicos, para que no impacten negativamente sobre la salud así como tampoco sobre la demanda y uso que hace la población de los servicios de salud.

Por su parte la LGS en su sección de Salud y Medio Ambiente refiere en su Capítulo: del Saneamiento Ambiental lo siguiente:

Arto. 69. El saneamiento ambiental comprende la .promoción, educación, mejora, control y manejo del ruido, calidad de aguas, eliminación y tratamiento de líquidos y sólidos, aire, la vigilancia sanitaria sobre factores de riesgo y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida y el fomento de la investigación científica en la materia.

El Ministerio de Salud en el ámbito de su competencia tendrá la facultad de 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; coordinados con otras autoridades o instancias correspondientes. En especial el Ministerio de Salud deberá promover acciones para el control, disposición apropiada y eliminación de desechos plásticos y productos químicos contaminantes.

Las anteriores disposiciones se aplicarán sin perjuicio de lo establecido en la Ley # 217 “Ley General del Medio Ambiente y de los Recursos Naturales” y su Reglamento.

### **Enfermedades crónicas.**

Varias enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y las cardiovasculares aparecen entre las primeras 15 causas de muertes del país, de ahí la importancia de desarrollar el trabajo de prevención de sus condicionantes y factores de riesgo. En los SILAIS se plantea el desafío de la instrumentación de métodos de dispensarización de enfermos y personas con riesgo de muerte por estas enfermedades; La operacionalización de iniciativas dirigidas a disminuir la presencia de factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, la sobrecarga emocional, el alcoholismo, etc; promoviendo, al propio tiempo, estilos de vida sanos.

El desarrollo de la educación para la salud con plena participación de la población como promotor y sujeto de cambio, será probablemente el abordaje que primará en una primera etapa. Conjuntamente, los servicios deben prepararse para el nuevo enfoque de atención que requieren estas enfermedades, donde la activación del sistema de salud no puede ser la demanda de la población, debiendo el servicio proyectarse hacia la vigilancia y trabajo activo con las personas y familias ahí donde ejecutan sus actividades normales.

### **Salud mental.**

Este programa tiene una orientación hacia el primer nivel de atención, facilitándose la práctica de sus acciones en el marco de los SILAIS. El refuerzo al trabajo del equipo de salud mental mediante la integración de sus actividades en el ámbito de la programación local, debe conducir a la creación de una base más sólida para el desarrollo de la perspectiva social en la prevención y atención de personas con trastornos mentales.

## **Medicamentos esenciales.**

En general, su accionar está muy íntimamente relacionado con los servicios de salud. No obstante resulta prioritario desarrollar en los SILAIS el trabajo de gestión, especialmente los aspectos de identificación de población usuaria, necesidades de medicamentos y abastecimiento de suministros; actualización farmacológica y terapéutica del personal profesional y técnico; y apoyar el desarrollo de los servicios farmacéuticos.

### **15.5 Sistema de referencia y contrarreferencia.**

El sistema de referencia y contrarreferencia perseguía consolidar los dos niveles de atención en el sistema nacional de salud.

El primero, brindado en todas las unidades por personal auxiliar, técnico y profesional así como en el seno de la comunidad y familias realizado por sus propios integrantes; orientado a la solución de los principales problemas y necesidades de salud presentes en ese ámbito.

El segundo; que se presta en las unidades del Sistema de Salud y está dirigido a complementar la atención del primer nivel de acuerdo con la capacidad del personal profesional especializado y la tecnología disponible.

En ese sentido se iba a completar el proceso de tipificación de las distintas unidades de atención con que cuenta la red del MINSA, definiendo su clasificación y elaborando los reglamentos y manuales de funcionamiento para cada una, donde se precisen la estructura, objetivos, funciones y organización interna.

Luego se reorganizará la referencia y contrarreferencia para la atención progresiva de los pacientes de acuerdo con la capacidad del personal especializado y la tecnología disponible en cada SILAIS. El flujo sería: entre las unidades de atención ambulatoria; hacia el hospital; hacia el hospital de referencia de mayor complejidad; hacia los servicios de referencia nacional.

### **15.6 Formación y Capacitación del Recurso Humano**

#### **15.6.1 Formación de Pregrado del Recurso Humano:**

La formación de pregrado del personal de salud es realizada tanto por universidades públicas, como por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) que tiene sedes en Managua y en León; la Universidad Politécnica de Nicaragua (UPOLI), el Politécnico de la Salud (POLISAL) y la Bluefields Indian Caribbean University (BICU); y universidades privadas, tales como la Universidad Americana (UAM) y la Universidad de Ciencias Empresariales de Managua (UCEM); también ofrecen formación de pregrado, las escuelas de enfermería en Estelí, Carazo, Chinandega, Nueva Segovia, Puerto Cabezas y Bluefields.

El requisito de ingreso para todas las carreras universitarias es el bachillerato, es decir, haber cursado los cinco años de educación media. Al inicio de la década, las universidades públicas presentaban un alto ingreso de alumnos. Sin embargo, a partir de 1994 el ingreso de alumnos ha

disminuido, como respuesta de las universidades ante la disminución de la capacidad de contratación por parte del sector. Así, en 1997, de la UNAN- Managua egresaron del pregrado 784 alumnos. En 1998, la cifra se redujo a 672 (14.3% menos). Por otro lado, también en 1997, en la UNAN-Managua ingresaron 263 médicos a las diferentes especialidades; al año siguiente, esta cifra se redujo en un 32%. Sin embargo, en la UNAN-León, el ingreso a las especialidades médicas se ha mantenido bastante uniforme en los últimos cinco años.

El Plan de Estudio de la carrera de Medicina es de seis años. Esta formación enfrenta las siguientes dificultades: a) las universidades están formando recursos sin un análisis de mercado, por falta de coordinación real con las entidades prestadoras de servicios; b) existe una enorme disparidad de planes de estudio entre las unidades formadoras; c) los espacios de práctica clínica no cumplen con los requisitos para una formación adecuada; d) si se considera el perfil epidemiológico de nuestro país (combinación de enfermedades crónicas degenerativas e infectocontagiosas), las unidades de salud no cuentan con la dotación de recursos necesarios que permitan da respuesta a las necesidades de salud de la población.

La carrera de Enfermería se ofrece a nivel Técnico Superior, que dura tres años, y a nivel de Licenciatura, que dura cinco años. Anualmente egresan un promedio 192 enfermeras (Técnico Superior), quienes logran integrarse a los servicios de salud del sector público y privado. Para dar respuesta a las enfermeras graduadas en el nivel técnico y que luego desean obtener el nivel de Licenciatura, se ha creado la modalidad de Licenciatura Complementaria, con una duración de dos años, la cual se desarrolla con metodología modular y a distancia.

Los principales problemas detectados en la formación de enfermería son los siguientes: a) espacios de práctica limitados e insuficientes; b) baja captación de estudiantes en la carrera, debido a los bajos salarios; c) poca integración entre la docencia y el desempeño de los servicio; d) las escuelas cuentan con un presupuesto escaso para la formación de recursos.

La duración de las carreras de Farmacia y de Odontología es de cinco años. Históricamente, la formación de estos recursos era responsabilidad de las universidades públicas, en particular, la carrera de Odontología. No obstante, a partir de 1994, la misma es ofrecida también por universidades privadas. Los principales problemas encontrados en estas carreras son los siguientes: a) las áreas de docencia no cuentan con los equipos necesarios, b) el acceso a la información científica actualizada es insuficiente.

La formación de los recursos técnicos en Nicaragua presenta los siguientes obstáculos: a) los estudiantes de educación media no aspiran a ser técnicos, debido a los bajos salarios; b) las carreras técnicas se consideran como de bajo nivel, así que los jóvenes aspiran a realizar carreras universitarias; c) aquéllos que ingresan a carreras técnicas, generalmente lo hacen al completar el ciclo básico, es decir, el tercer año de secundaria; d) existe poca oportunidad de trabajo.

Estimaciones realizadas por el estudio del Mercado Laboral, efectuado en 1996, señalan que en Nicaragua el porcentaje de profesionales de salud que no están ejerciendo funciones 'relacionadas con salud, ha ascendido desde el 2.9% en 1990, hasta 12.3% en 1999. Y es probable que dicha tendencia continúe, incrementándose.

### **15.6.2 Formación de Postgrado**

La formación de postgrado en especialidades médicas se imparte en las universidades públicas (UNAN-León y UNAN-Managua); en el área de Salud Pública, los recursos formados proceden de todas las carreras afines a salud, y egresan de la Escuela de Salud Pública de Managua, de León y de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN); en el área de Salud Reproductiva, el primer grupo egresó en 1998.

Entre las principales limitaciones encontradas en la formación de postgrado se encuentran las siguientes: a) no se reconocen las maestrías y doctorados en la asignación de cargos y salarios; b) son pocas las oportunidades de superación para profesionales de salud; c) los salarios que se ofrecen son muy bajos; d) inadecuada distribución de recursos, según perfil profesional, por factores políticos e ideológicos; e) la institución invierte poco tiempo en la formación de sus recursos; f) las escuelas carecen de estándares de egreso en las carreras. Análisis del Sector Salud de Nicaragua

Si bien la Escuela de Salud Pública cuenta con programas de formación continuada, existe inconsistencia entre los currículos y los lugares de trabajo, ya que los centros de servicios no actualizan a los recursos, es decir, no les brindan capacitación. Esta situación incide en las normas de competencia laboral, pues los recursos caen en rutina durante su desarrollo profesional.

Por otro lado, al examinar los currículos de Medicina, Farmacia y Enfermería se ha valorado como necesario que se incluyan aspectos administrativos y gerenciales de los insumos médicos, lo mismo que metodologías de Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) y de Buenas Prácticas de Dispensación (BPD). Actualmente, se están realizando algunos esfuerzos para incorporar ambos aspectos. Otro componente por fortalecer es el de farmacología clínica, para lo cual se está garantizando la presencia de farmacólogos clínicos en las facultades de Medicina y Farmacia.

En el caso de Enfermería, los postgrados no son reconocidos en las instituciones que contratan personal con esta calificación, pues la misma no es considerada en la asignación salarial según cargo. Esta situación podría superarse con las normas de competencia y aplicación de la Ley de profesionales

### **15.7 Brigadas Médicas y Control de Donaciones**

La Dirección General de Regulación de Establecimientos y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos, creada en 1999, es la instancia institucional en cargada de regular lo relativo a la atención de las brigadas médicas internacionales, así como al Control de Donaciones:

En el ejercicio médico se ha contado con el apoyo de Brigadas Médicas Internacionales procedentes de Europa y Estados Unidos, cerca de 200 brigadas han puesto su conocimiento y profesionalismo al servicio de la ciudadanía nicaragüense en las especialidades de cirugía de corazón abierto, ortopedia y cirugía de cataratas, entre otras. Estas brigadas se han desplazado por los SILAIS del país.

En lo concerniente a Organismos No Gubernamentales relacionados a la prestación de servicios de salud, se han inscrito 55 entidades.

Las gestiones para autorizaciones de desaduanajes de donaciones de insumos médicos durante el periodo 1999 hasta Octubre de 2001, fueron 264 para los ONG's y Gubernamentales y al Ministerio de Salud 109.

El Ministerio de Salud únicamente efectúa los trámites pertinentes para la autorización de desaduanaje de donaciones ante las Direcciones de Normalización de Insumos Médicos y Regulación de Medicinas y Farmacias. Cuando las donaciones de insumos médicos vienen consignados a los Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales, ellos realizan el correspondiente desaduanaje y por ende la distribución de la misma. En los casos de las donaciones consignadas al Ministerio de Salud, el desaduanaje y distribución lo realiza el Centro de Insumos para la Salud (CIPS).

### **15.8 Jornadas nacionales de salud**

Desde 1980 y hasta 1990, durante el año se realizaban tres jornadas nacionales de vacunación en época de verano, impulsadas por el Ministerio de Salud con participación de las diferentes instituciones, organismos gubernamentales (ONGs), y la sociedad civil. Posteriormente y hasta la fecha, se han incluido mas acciones de salud y se han reducido las jornadas a dos cada año, llamándose ahora Jornadas Nacionales de Salud.

Esta estrategia ha permitido alcanzar logros muy importantes; entre ellos, el exitoso control de enfermedades, a saber: la ausencia de la poliomielitis, desde 1981; la ausencia de la difteria, desde 1988; la ausencia casos de sarampión, desde 1994; la ausencia de tétanos neonatal, desde 1997. Todo ello sin contar que se mantienen altas coberturas de inmunización para la prevención de enfermedades y muertes en la población vulnerable, en particular, en los niños.

También se desarrollan campañas de comunicación social, con el objetivo de generar en la población la cultura de prevención a través de vacunaciones, el uso de suplementos vitamínicos y otros micronutrientes. Otras campañas desarrolladas han sido para promover la desparasitación, la higiene y el uso de sales de rehidratación oral.

## **16. Organización red de servicios para la atención al medio ambiente**

### **16.1 Oferta de servicios básicos integrales**

**Agua**

**Disposición de excretas**

**Saneamiento básico**

**Disposición de basuras**

### **16.2 Emergencias y desastres naturales**

**Medio ambiente (operatividad de la oficina central)**

La Dirección coordina acciones interprogramáticas con las diversas direcciones de forma horizontal<sup>44</sup>. Por ejemplo:

- **Inmunizaciones:**

Gestión de desechos médicos corto punzantes, manejo de recipientes, incineración, capacitación al personal, cooperación para energía solar para red de frío de las vacuna, control de residuo de biológicos, entre otros de promoción e información ambiental.

- **Dirección de enfermedades transmisibles:**

Coordina actividades preventivas, entre ellas las de saneamiento ambiental, vigilancia de la calidad del agua, controles de foco de enfermedades de transmisión hídrica. Ejemplo: prevención del cólera, instalaciones sanitarias en comunidades, puestos de salud, hospitales, casa de médicos, etc.

Además se facilita formación ambiental multidisciplinaria, incluyendo el diseño de ambientes mejorados en unidades de salud.

- **vigilancia epidemiológica:**

Aquí el interés está orientado a la modificación de los factores condicionantes del perfil de salud de la población y se promueve el abordaje a fondo de los problemas de salud, basado en la prevención de riesgos y vigilancia desde la comunidad.

Actualmente se revisa la integración a la vigilancia de algunos indicadores de proceso desde los SILAIS que puedan integrarse en el SINEVI, siendo los de mayor interés sanitario los índices de cloro residual en los acueductos, la microbiología y parámetros físico químicos y algunos metales pesados.

La distribución y uso de cloro en el nivel local, las ciudades con suministro de agua intermitente, el número de ciudades con vertederos, municipios con sistemas de recolección de desechos, coberturas de agua y otras opciones, entre otras.

El MINSA dispone del SIMINSA y en el se han integrado algunos indicadores a monitorear desde los SILAIS, por municipio y departamento.

- **Prevención y atención a desastres**

Coordinación de preparativos de planes municipales y de SILAIS integrando las necesidades básicas de saneamiento ambiental para atención de refugiados, garantizando la higiene básica de los locales y el monitoreo diario de la calidad del agua y de servicios básicos, así como la preparación de alimentos.

---

<sup>44</sup> Información suministrada por la Directora Nacional de Salud Ambiental.



Además, la planificación de actividades conjuntas para simulacros de manejo de insumos y equipos en situaciones de emergencia, con la participación de inspectores sanitarios y personal de los municipios.

- **Dirección de toxicología**

Se están desarrollando investigaciones operativas y trabajando localmente con programas de nutrición y enfoque ambiental, para reducir la exposición a fuentes contaminantes.

- **Dirección de enfermedades vectoriales**

La relación horizontal de trabajo esta centrada en incrementar las prácticas higiénicas sanitarias mediante barreras de control físico a los vectores, con alta participación comunitaria.

La inspección sanitaria ejercida a nivel nacional, la integración de jornadas de limpieza en municipios, comarcas y barrios y el sostenimiento de proyectos que involucre la participación ciudadana es la tendencia que se está fortaleciendo en las intervenciones integrales para los mosquitos.

La misión principal es contribuir al desarrollo y visibilidad de la participación ciudadana y la vigilancia y solución de los factores condicionantes que propician las enfermedades, junto con diversas formas de comunicación con la población. Entre ellas, el desarrollo de la atención primaria ambiental de la mano con las intervenciones en el primer nivel de servicios de salud.

## **16.1 Oferta de Servicios básicos integrales.**

### **Agua**

El censo de 1995 contabilizó 751.637 viviendas; de éstas, 56% recibe agua potable de acueductos del INAA; el 20%, de pozos excavados; el 13%, de ríos y lagunas; y el 6%, de tomas públicas.

En general, el agua disponible para consumo humano es suficiente para satisfacer la demanda de la población. Datos del Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA) revelan que, según estimaciones realizadas en 1980, hay un potencial de recursos hídricos del orden de 150 millones de metros cúbicos anuales, de los cuales el 90% corresponde a aguas superficiales y el 10% a aguas subterráneas. Pese a la abundancia del agua, su distribución territorial, en relación con la ubicación de los asentamientos humanos, genera dificultades para el abastecimiento de muchas poblaciones, fundamentalmente en el centro y norte del país.

En cuanto a la contaminación de los recursos hídricos, informes del MARENA revelan que 38 ríos, 2 lagos, 6 lagunas y las costas oceánicas sufren procesos de deterioro a causa de la descarga, sin tratamiento previo, de desechos líquidos y sólidos provenientes de actividades de carácter agrícola, industrial, minero y domésticos.

El país cuenta con 148 acueductos en el área urbana, y 1083 obras de agua (acueductos rurales y pozos comunales) en el área rural; con ello se ha alcanzado un 55% de cobertura nacional, y



corresponde el 80% al sector urbano y el 30% al sector rural. El 42% de las fuentes de abastecimiento presentan problemas de insuficiencia en cantidad, por lo que el 49% de los acueductos brindan servicio intermitente, lo que conlleva la contaminación del agua en las tuberías, por efecto de las presiones negativas.

La cobertura, los problemas de continuidad y el uso de tomas públicas en los servicios de agua, obligan a que la población no cubierta se autoabastezca de agua proveniente de fuentes no seguras sanitariamente, y a que la gente que cuenta con el servicio tenga que almacenar agua en las viviendas y locales públicos. Esta situación, aun cuando el agua sea de buena calidad, trae consigo riesgos de contaminación, principalmente por el uso de recipientes inadecuados para el transporte y el almacenamiento, por la manipulación, y por el riesgo de proliferación de vectores en los recipientes de almacenamiento.

### **Disposición de excretas**

El censo de 1995 indica que la cobertura de población con sistemas de disposición de excretas es del 57%, por lo que el fecalismo al aire libre pasa a ser un serio problema de salud pública.

### **Saneamiento básico**

De los veinte sistemas de alcantarillado sanitario, sólo catorce poseen unidades de tratamiento (lagunas de estabilización). En la ciudad de Managua, las aguas servidas domésticas e industriales se descargan en las costas del lago Xolotlán sin tratamiento alguno.

El riego con aguas residuales o negras, de los campos de cultivo de hortalizas y otros vegetales que se consumen crudos, así como el arrojar a los cursos de agua la pulpa del café, constituyen uno de los principales riesgos a la salud humana por consumo de alimentos contaminados.

### **Disposición de basuras**

El servicio de aseo urbano para la recolección y disposición final de residuos (desechos sólidos), se brinda en 69 de las 149 cabeceras municipales. En términos de población urbana cubierta, esto representa aproximadamente el 35%. Con una producción de residuos per cápita por día, equivalente a 0,5 kg se estima que la población urbana produce aproximadamente 1270 toneladas métricas de residuos por día. Si se recoge y elimina solamente el 35%, cerca de 800 toneladas métricas diarias no son evacuadas en las zonas urbanas. Todo esto sin contar que se carece de una adecuada disposición final de los desechos recogidos, y sólo el 13% de los vertederos cuentan con autorización sanitaria.

## **16.2. Emergencias y desastres naturales**

### **Situación de emergencias y desastres en Nicaragua<sup>45</sup>**

Nicaragua, situada en el trayecto tradicional de los huracanes que atraviesan la región centroamericana, es vulnerable no solo por su posición geográfica, de manera frecuente el país también es afectado por diferentes eventos sísmicos cuyos orígenes se explican por la presencia

---

<sup>45</sup> Tomado de Memoria Institucional 1997 – 2001. Logros y Avances. MINSA

de fallas locales, entre las que destacan: Coco y Caribe. Es importante mencionar que, de norte a sur el país es atravesado por el cinturón de fuego, es decir más de 200 estructuras volcánicas de las que 23 de ellas están en constante actividad y con amenazas de erupción.

Sumamos a esto la extrema pobreza en que vivimos, lo que ha obligado a miles de nicaragüense a asentarse en zonas de alto riesgo, como son las orillas de los ríos, cauces, lagos, en faldas de laderas volcánicas etc.

El crecimiento de la frontera agrícola y la degradación ambiental ha tenido serias repercusiones sobre la naturaleza, lo que actualmente se expresa con frecuentes amenazas, que ponen en riesgo a nuestra población vulnerable, sobre todo a los efectos de las inundaciones y deslizamientos de tierra.

Otro factor que no se puede obviar es el crecimiento demográfico acelerado y desordenado.

En nuestro país desde los años 90 a la fecha se han presentado más de 30 eventos calificados como desastres, entre ellos fenómenos hidrometereológicos, eventos eruptivos y sísmicos, deslizamientos de tierra.

Siendo el MITCH el desastre de la década y el que más daño ha causado a la población nicaragüense en este periodo. Más de 368,000 damnificados, 2,863 muertes y 41,420 viviendas dañadas. El sector salud no fue la excepción en este evento: 108 unidades de salud dañadas, 16 de ellas destruidas en su totalidad, esto representó costos económicos de US\$ 8,865,000.

La respuesta del sector salud fue adecuada, sin embargo esta pudo ser más efectiva y oportuna si el sistema de salud, hubiese estado organizado y preparado con planes de emergencias ante situaciones de desastre.

Se incorpora dentro de la estructura del MINSA en noviembre del año 1999 un programa, que además de representar a la institución ante el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, se encarga de llevar a cabo funciones específicas en lo que respecta a la gestión del riesgo, y es cuando surge el Programa de Emergencia y Desastre en primera instancia bajo la responsabilidad de la Dirección General de Servicios de Salud, ya que la ley 290, define esta función para dicha Dirección. Sin embargo por un mandato Ministerial en octubre de año 2000, esta estructura pasó bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología.

El PED (Programa de Emergencia y Desastre) ha venido desarrollando todas sus actividades bajo el marco de un proyecto de reducción de riesgo del sector salud, para la región centroamericana, financiado por el Gobierno del Reinado de Suecia y la cooperación técnica de OPS-OMS.

Los Componentes del Proyecto son:

- Fortalecimiento Institucional
- Fortalecimiento de las Capacidades Locales
- Reducción de Vulnerabilidad en Instalaciones de Salud
- Reducción de Vulnerabilidad en los Sistema de Agua y Saneamiento

Es importante destacar aquí algunos aspectos de la Ley Creadora del Sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres (Ley 337)<sup>46</sup>, en cuanto al reglamento y funciones del MINSA. Documento publicado en noviembre del año 2000. Esto es importante ya que Nicaragua también corrió riesgos por no haber tenido definido el sistema para disminuir los efectos de los desastres naturales. Es hasta el nuevo siglo que la institución deja de limitarse a acciones prácticamente de respuesta o coyunturales.

**En su capítulo I, Artos. 1 y 2, señala textualmente lo siguiente:**

**De las disposiciones generales:**

**Arto. 1. Objeto de la Ley.** La presente Ley tiene por objeto establecer los principios, normas, disposiciones e instrumentos generales necesarios para crear y permitir el funcionamiento de un sistema interinstitucional orientado a la reducción de riesgos por medio de las actividades de prevención, mitigación y atención de desastres, sean éstos naturales o provocados.

**Arto. 2. Principios del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres.** Para los fines y efectos de la presente Ley y su Reglamento, se establecen los Principios del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, siendo estos los siguientes:

1. Establece sus actuaciones en virtud del desarrollo de las actividades de prevención, mitigación y atención de desastres en función de los intereses de la sociedad.
2. Diseña y efectúa las acciones propias y necesarias para su ejecución dentro del ámbito de la prevención, mitigación, atención, rehabilitación y reconstrucción, las que deben ser consideradas dentro del ámbito del orden y servicio público con interés social.
3. Establece la clasificación de la generación de los riesgos por parte de las instituciones públicas o privadas, de conformidad al ámbito de su competencia.
4. Garantiza el financiamiento de las actividades relacionadas con la prevención y mitigación por parte de las instituciones públicas o privadas, de conformidad al ámbito de su competencia.
5. Asigna las responsabilidades para cada una de las instituciones y órganos de la administración pública que son parte del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres en cada uno de los diferentes sectores y niveles de organización territorial.
6. Define la estructura y funciones del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres de conformidad a la definida para la organización y funcionamiento del Estado. Su estructura y funcionamiento no sustituye las funciones y responsabilidades del Estado.

---

<sup>46</sup> LEY 337. “Ley Creadora del Sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres”. Reglamento y funciones del Ministerio de Salud. MINSA/OPS. Noviembre de 2000.

7. Cuida por la seguridad ciudadana y de los bienes de ésta y del Estado.
8. El Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres debe de realizar sus actuaciones de conformidad a lo establecido en el contexto institucional de las políticas de descentralización y desconcentración.
9. Es responsabilidad del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres prestar observancia y cuidado al efectivo cumplimiento de las medidas previstas, sin que esto represente poner en riesgo los derechos y garantías de la ciudadanía.
10. Involucra a la población en las actividades de las diferentes entidades públicas y privadas que tienen participación en el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres.
11. Establece los mecanismos de colaboración de manera multi institucional, multisectorial y multidisciplinario, con la finalidad de garantizar los elementos básicos necesarios para la coordinación.
12. Garantiza que la reducción de los riesgos eventuales ante los desastres forme parte de la planificación del desarrollo, ordenamiento territorial y de la inversión pública y privada, en los diferentes niveles de la organización territorial del país.

El **Arto. 3** nos brinda las definiciones básicas para los fines y efectos de la ley; en el **Arto. 4** se produce la creación del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres; el **Arto. 5** habla sobre las instituciones que lo integran; Los **Artos. 6 y el 7** indican respectivamente sobre el objetivo y funciones del Sistema Nacional y el **Arto. 8** sobre las funciones de las entidades que forman el Sistema Nacional.

El **Capítulo II**, del Comité Nacional del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, dispone 5 Artos., y legisla sobre:

1. Comité Nacional del Sistema Nacional (**Arto. 9**)
2. Integración del Comité Nacional (**Arto. 10**)
3. Funciones del Comité Nacional (**Arto. 11**)
4. Creación del Fondo Nacional para Desastres (**Arto. 12**)
5. Funcionamiento del Fondo Nacional para Desastres (**Arto.13**)

El **Capítulo III** aborda sobre la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres. Dispone de 3 Artos.:

1. Creación de la Secretaría Ejecutiva (**Arto. 14**)
2. Funciones de la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional (**Arto. 15**)
3. Creación de las comisiones de trabajo sectoriales (**Arto. 16**)

El **Capítulo IV** se expresa de los comités del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres en el territorio nacional. Legisla 5 Artos.:

1. Comités Departamentales y de las Regiones Autónomas (**Arto. 17**)
2. Funciones de los comités (**Arto. 18**)
3. Actuaciones de los Gobiernos en las Regiones Autónomas (**Arto. 19**)
4. Comités de Prevención, Mitigación y Atención de Desastres en el municipio (**Arto. 20**)
5. Local para la ubicación (**Arto. 21**)

El **Capítulo V** y el **Capítulo VI** legislan sobre el Centro de Operaciones de Desastres (CODE) y de las Alertas y el Estado de Desastre. El **Capítulo VIII** habla de las disposiciones transitorias y finales.

A partir de la Página 45 del citado documento, aparece el **Decreto No. 53-2000** referente al Reglamento de la Ley número 337, Ley creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, que consta de 29 Artículos.

Finalmente, en la página 71, se aprecia el decreto No. 98-2000, referente al Reglamento de Asignación de Funciones del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres a las Instituciones del Estado. Donde para el Ministerio de Salud se señala lo siguiente:

#### **9.- Ministerio de Salud**

- a) Coordinar a las instituciones públicas y privadas en las acciones médicas.
- b) Dictar las normas y hacer las recomendaciones pertinentes en materia de salud para el transporte, reconocimiento y entrega de víctimas a los familiares y para las incineraciones y sepulturas que se consideren necesarias, en coordinación con el Instituto de Medicina Forense, las autoridades locales, Defensa Civil y la Secretaria Ejecutiva de Sistema Nacional.
- c) Garantizar la clasificación de heridos, la provisión de suministros médicos, el saneamiento básico, la atención médica en albergues e instituciones hospitalarias, la vigilancia nutricional y la vigilancia y control epidemiológico en casos de desastres, en estrecha coordinación con la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional y la Defensa Civil.
- d) Controlar el cumplimiento con las normas de calidad en la producción de medicamentos, instrumental, dispositivos de uso médico y equipo de salud de uso humano y controlar la calidad de los que sea necesario importar, así como de aquellos que sean recibidos en calidad de donaciones en casos de desastre.
- e) Promover y coordinar la participación de las organizaciones sociales en las acciones de salud que sea necesario realizar en casos de desastre.
- f) Capacitar al personal médico y paramédico en la preparación y planificación de la atención en salud en situaciones de desastre.
- g) Garantizar la existencia permanente de una reserva de medicamentos esenciales, de uso primario en la atención de las poblaciones afectadas por desastres.

- h) Dictar las normas que se estime necesarias para garantizar el funcionamiento de los hospitales, clínicas y centros de salud públicos y privados, en caso de desastre, incluyendo la elaboración de planes de emergencia inter e intra hospitalarios.
- i) Elaborar las estadísticas sobre pérdidas en vidas humanas y personas afectadas por desastres.
- j) Garantizar la seguridad frente a riesgos de desastres en los programas de construcción de unidades de salud pública y en las ya existentes, dictando normas que garanticen la reducción de la vulnerabilidad física y funcional frente a riesgos de desastre.
- k) Garantizar y coordinar la participación y el apoyo de los profesionales de la salud privados en caso de desastre, así como de la cooperación internacional especializada en salud y requerida para tal fin.
- l) Garantizar la atención de todas las personas afectadas por fenómenos naturales o tecnológicos, tanto física como psicológica.
- m) Adelantar campañas preventivas y de control y seguimiento de epidemias.
- n) Presidir, por medio del ministro o su delegado permanente, la comisión de trabajo sectorial de salud.

Punto y aparte, el 28 de enero del presente año, La Dirección Superior del MINSA, a través de la **Resolución Ministerial No. 11-2002**, establece que todos los diseños y construcciones que el MINSA impulse con fondos propios o con fondos de cooperación externa, deben incluir los estudios de amenazas y los estudios de reducción de vulnerabilidad física y funcional.

Para tomar esa medida se consideró el arto. 105 de la Constitución Política, la ley 290, el decreto ejecutivo No. 98-2000 sobre: “Reglamento de asignación de funciones del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres a las Instituciones del Estado”, y finalmente, considera los estudios realizados por expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), que han constatado que los establecimientos de la salud en general son sistemas expuestos que pueden sufrir grandes daños como consecuencia de fenómenos naturales intensos, siendo necesario incluir los estudios de reducción de vulnerabilidad ante amenazas naturales en las instalaciones de salud públicas de nuestro país.

Por lo tanto, la Ministra resolvió literalmente lo siguiente:

**PRIMERO:** Todos los nuevos diseños y construcciones que el Ministerio de Salud impulse con fondos propios o con fondos de cooperación externa, deben de incluir los estudios de amenazas y los estudios de reducción de vulnerabilidad estructural., no estructural y funcional.

**SEGUNDO:** Las instancias de Dirección del Ministerio, responsables del cumplimiento de la presente Resolución Ministerial, serán: División General de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico, División General de Planificación y Desarrollo, Unidad de Adquisiciones, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección General de Regulación de Establecimientos

y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos, División General Administrativa-Financiera y Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), todos dentro del ámbito de su competencia.

**TERCERO:** Los directores de las diferentes unidades de salud del Ministerio de Salud, durante el proceso de todo el proyecto deben coordinar los aspectos técnicos y los aspectos de reducción de vulnerabilidad en dichas instalaciones de salud con la División General de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico, y el Donante.

**CUARTO:** Los Directores de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), Directores de Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud, deben gestionar que dentro de su presupuesto se incluya los fondos necesarios para garantizar el mantenimiento de las instalaciones de salud correspondientes, a fin de lograr la reducción de la vulnerabilidad ante amenazas naturales en las instalaciones de salud del país, lo que tendrá como resultado principal el continuo funcionamiento de los servicios de salud.

Esta comunicación fue enviada a quienes correspondía conocer de la misma.

### **III. Vigilancia y control epidemiológico<sup>47</sup>.**

#### **17. Perfil demográfico<sup>48</sup>**

Nicaragua está en la etapa moderada de la transición demográfica, con una persistente fecundidad alta (4,5 hijos por mujer entre 1995 y 2000), un creciente contingente de mujeres en edad fértil, una estructura por edad muy joven (alrededor del 45% de menores de 15 años) y una esperanza de vida al nacer, mediana (68.4 años). El 5% de habitantes migran internamente y el 4% vive fuera del país.

El censo de población de 1995 arrojó una población de 4,357,099 habitantes, con una tasa de crecimiento anual en el período intercensal (1971 - 1995) de 3,5%. Algunos cambios significativos entre 1950 y 1995 fueron:

- La población se ha multiplicado por tres.
- La población urbana se ha más que sextuplicado, mientras que la rural no llega a triplicarse.
- La población rural descendió de 65% a 46%.
- La relación de masculinidad se mantuvo en torno a 97 hombres por 100 mujeres.
- Los menores de 15 años pasaron de 43% a 45%.
- La relación de dependencia, o sea, el número de personas menores de 15 años y mayores de 64 años, por cada 100 personas de 15 a 64 años, pasó de 86 a 94.

---

<sup>47</sup> El MINSA en sus documentos técnicos publicados, abordó este marco conceptual en su modelo de atención. En este documento se introduce el concepto de "Vigilancia de la Salud".

<sup>48</sup> Ver capítulo II del Análisis del Sector Salud. MINSA/OPS, mayo de 2000 para mayor detalle.



En 1995, la densidad poblacional de la región del Pacífico representaba más de tres veces la del Centro y casi 17 veces la del Atlántico. Además, mientras que el Pacífico crecía en 4,2%, el Centro lo hacía solamente en 3,5%. Los departamentos del Atlántico, Managua y Chinandega en el Pacífico, y Jinotega y Nueva Segovia en el Centro, han tenido una tasa de crecimiento por encima del promedio entre 1950 y 1995.

Según estimaciones del INEC-CELADE, la fecundidad ha pasado de 6,8 a 4,5 hijos entre 1970-1975 y 1995-2000. Este descenso se ha realizado principalmente en el grupo de mujeres de 20 a 29 años. El grupo de 15 a 19 años concentra el 17% de la fecundidad total. Según la Encuesta de Demografía y Salud de Nicaragua de 1998 (ENDESA-98), el 50% de las mujeres ha tenido su primer hijo antes de cumplir los 20 años y, a los 15 años, el 10% de las adolescentes, han tenido hijos o están embarazadas.

Los niveles de fecundidad están directamente relacionados con el estado conyugal, el uso de métodos anticonceptivos, el aborto y la infecundabilidad post-parto. El 32% de los nacimientos (en los últimos cinco años) tiene un intervalo menor que 24 meses, porcentaje que aumentó a 50, cuando el hijo mayor nació muerto. En 1998, el 66% de las mujeres de 20 a 49 años y el 70% de los hombres de 20 a 59 años se habían unido antes de los 20 años de edad. La edad mediana (17.5) en que las mujeres tienen su primera relación sexual, coincide con la primera unión; en el caso de los hombres, ésta se produce 6.5 años antes, según sus declaraciones. El 60% de las mujeres en unión usan algún método anticonceptivo, lo que significa unos 20 puntos porcentuales de aumento desde 1993. El método más usado es la esterilización femenina (26.6%), seguido por anovulatorios orales (14%) y dispositivos intrauterinos (9%).

El modelo de descenso que ha seguido la fecundidad, es incompleto, ya que en la zona rural y entre las mujeres más desfavorecidas prevalecen altos niveles de fecundidad, en relación con las mujeres en las zonas urbanas y más instruidas. Todo esto, pese a que en el número de hijos deseados no hay muchas diferencias, según la declaración de las mismas mujeres en 1998.

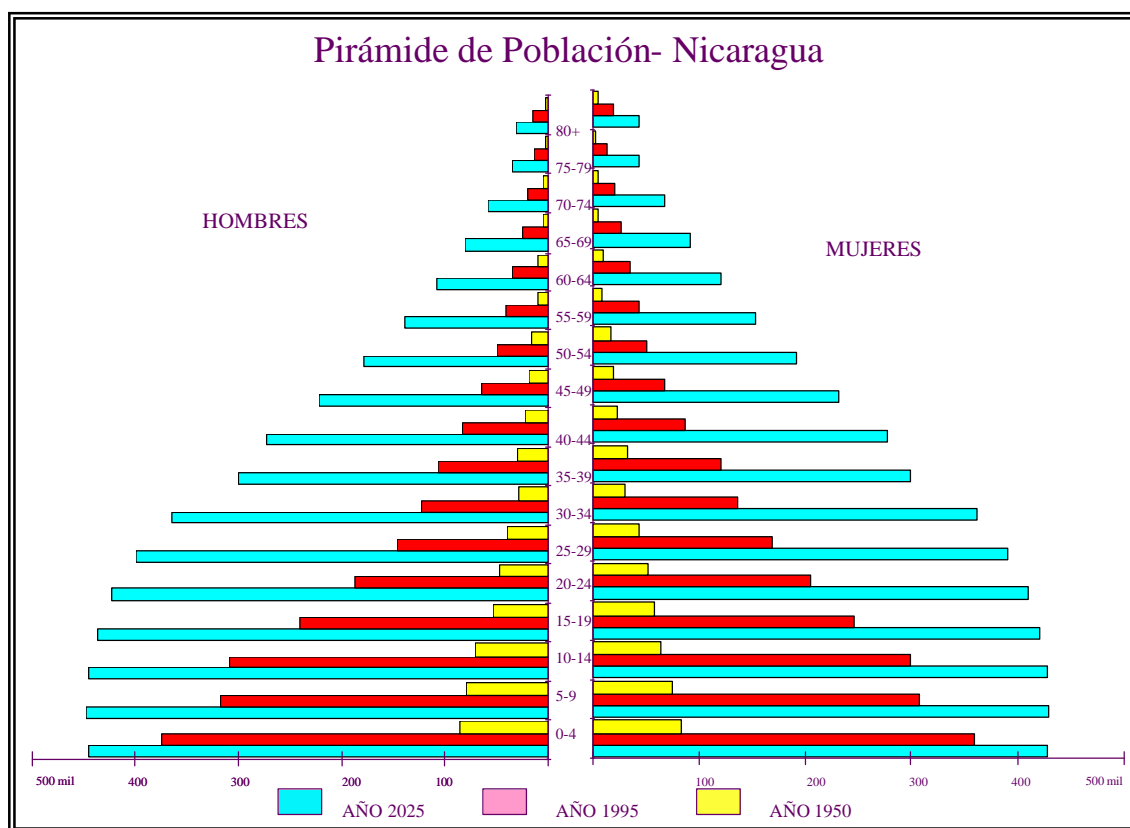
El documento mencionado nos presenta una tendencia al incremento de la esperanza de vida al nacer y de disminución de la mortalidad infantil, lo cual contribuye a la mejora del índice de desarrollo humano. Adicionalmente presenta como los movimientos migratorios han favorecido el alto nivel de urbanización del país.

La siguiente gráfica<sup>49</sup> superpone tres pirámides de población, la de 1950 en amarillo, la del censo de 1995 en rojo y las proyecciones de población según INEC para el año 2025 en celeste. Se puede apreciar que en la base, los grupos de población menores tienden a aumentar en cuanto a su número, de la misma manera que incrementa el número de personas mayores en el vértice de las pirámides.

---

<sup>49</sup> Facilitada por la DGPD. Incluida en presentaciones sobre Reforma del Sector Salud.





Estos fenómenos son debidos a que se disminuye la mortalidad infantil, y la mortalidad general, principalmente por enfermedades infecciosas, y aumenta la esperanza de vida al nacer.

Los cambios demográficos conllevan nuevos retos a los servicios de salud que al momento no han existido: atender a poblaciones envejecidas, cuidando de su calidad de vida.

## **18. Perfil epidemiológico**

El actual perfil epidemiológico de Nicaragua, caracterizado por problemas de enfermedades transmisibles, no transmisibles, riesgos derivados del ambiente y alta vulnerabilidad de grupos específicos de población, constituye uno de las grandes justificaciones para redefinir el actual modelo de atención, de lo curativo a lo integral, y uno de los principales retos que tiene que enfrentar la reforma del sector salud.

Ya la cuarta Política Nacional de Salud<sup>50</sup>: Nuevas Estrategias en Salud Pública, indica que es necesario redefinir el modelo de atención para que responda al perfil epidemiológico actual, dado que la coexistencia de distintos tipos de patología, el incremento de la esperanza de vida, la aparición de nuevas amenazas como el SIDA abren el espectro de un incremento incontenible en los costos si conservamos un modelo de atención por episodios, discontinuo y predominantemente curativo. Por eso, la política refiere que la alternativa para abordar

<sup>50</sup> Política Nacional de Salud 1997 –2002. MINSA julio de 1997. p.65.

simultáneamente el rezago epidemiológico es mediante una estrategia preventiva, integral, interprogramática y participativa, que permita intervenir sobre los factores de riesgo que causan morbilidad y mortalidad.

La incidencia de la morbilidad se estima indirectamente por medio de las hospitalizaciones y de los motivos de consultas externas brindadas en el primer nivel de atención por el Ministerio de Salud y por los sistemas de Enfermedades de Notificación Obligatoria y de Vigilancia Epidemiológica. Para algunas pocas enfermedades se utilizan encuestas de hogares.

La transición epidemiológica que se ha iniciado en Nicaragua, se manifiesta con el desplazamiento de la proporción de muertes de menores de 15 años hacia los grupos de mayor edad. Las defunciones de los menores de 15 años han pasado del 32% en 1985, al 27% en 1995; y la proporción de defunciones en mayores de 60 años se incrementó en el mismo período, del 32% al 41%. La mortalidad infantil ha descendido de 80 a 43 por mil nacidos vivos, desde el quinquenio 1980-1985.

Otra manifestación de la transición epidemiológica es el peso porcentual de los diferentes grupos de causas, el cual se está moviendo hacia las causas no transmisibles. El peso porcentual de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias disminuye sensiblemente en el transcurso de las últimas dos décadas, y se nota un incremento del peso de la mortalidad por problemas circulatorios y tumores.

A medida que se avanza en la transición, las desigualdades en materia de salud, particularmente las que se reflejan en la mortalidad infantil y las enfermedades transmisibles, se vuelven más agudas y producen lo que se ha denominado la “polarización epidemiológica”: los cambios más lentos se dan en el área rural y entre las personas de menores niveles educativos, tal como lo ilustran los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1998 (ENDESA-98), en las estimaciones de mortalidad infantil.

Según el Sistema Nacional de Inscripciones Vitales (SINEVI), los grandes grupos de causas que presentan mayores tasas de mortalidad son las enfermedades del aparato circulatorio; las causas externas, el traumatismo y envenenamiento, tumores, enfermedades infecciosas y parasitarias, y las enfermedades del aparato respiratorio.

## **19. Condiciones de vida**

Las condiciones de vida son factores condicionantes de la situación de salud, la reducción de la mortalidad y el incremento en la expectativa de vida están más relacionados con factores tales como nutrición, entorno saludable o sistemas de protección que con la asistencia médica. Mas adelante veremos algunos de ellos. El informe Lalonde, publicado en 1974, señala cuatro elementos básicos que tienen repercusión sobre la salud y la mortalidad: biológico, ambiental, estilos de vida y sistemas de atención. La atención sanitaria era el de menor importancia y los estilos de vida eran responsabilidad de los individuos y de la sociedad y no tanto del sistema de atención.

Los factores condicionantes de la situación de salud influyen sobre el individuo generando un equilibrio que cuando se altera produce un individuo enfermo. Si el Sistema de salud funciona eficazmente le regresa la salud pero si su entorno no se modifica se volverá a enfermar. Si en ese entorno el sistema de salud es también ineficaz tendremos entonces altas tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

De ahí la importancia de que el concepto de salud de la OMS/OPS: “*La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social de los individuos*”, sea retomado en gran medida por la ERCERP la cual en sus metas e indicadores intermedios asigna mucha importancia no solo a los aspectos biológicos: nutrición, inmunización; sino también a los aspectos sociales: educación, como ejemplo.

#### Desnutrición:

Según los datos de la ENDESA-98, los niños y sus madres han tenido una alta prevalencia de desnutrición crónica. La mujer nicaragüense de 15 a 49 años, en promedio, es bajita y con sobrepeso (IMC = 24.9), lo que en cierta forma indica retardo en el crecimiento. Por otra parte, el valor promedio del indicador talla/edad (T/E), entre los niños menores de 5 años, es de -1.2 Desviaciones Estándares (D/E), siendo inferior al intervalo permitido; esto demuestra que los niños, en promedio, sufren de retardo leve en el crecimiento. Un niño desnutrido es más vulnerable a las enfermedades infectocontagiosas, las que a su vez agravan su estado de desnutrición.

Uno de cada cuatro niños sufre de algún grado de desnutrición crónica, y el 9% sufre de desnutrición severa. Por debajo de 6 meses, el nivel es relativamente bajo. Al llegar al año de edad, el porcentaje de desnutridos aumenta considerablemente (30%), y se mantiene oscilando alrededor de ese nivel hasta los 5 años. La proporción de desnutridos de los niños varones supera a las niñas en 4 puntos porcentuales; a medida que es mayor el orden de nacimiento y menor el intervalo ínter genésico, mayor es la desnutrición. En el área rural, el porcentaje de niños con algún grado de desnutrición se eleva al 32%, cuando en el área urbana es del 19%; y a medida que el nivel de instrucción de las madres desciende, aumenta el porcentaje de desnutridos crónicos del 7% al 38% (de educación superior, a mujeres sin instrucción, respectivamente).

Por eso, la Estrategia reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) estipula lo siguiente:

Meta 9: Reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del 19.9 por ciento en 1998 al 17.9 por ciento para el 2001, al 16 por ciento al 2004 y al 7 por ciento para el 2015. En Nicaragua casi el 20 por ciento de los niños menores de cinco años está afectado por la desnutrición crónica. Las EMNV, programadas a realizarse en 2001 y 2004, deberán identificar los avances, aunque las autoridades están contemplando usar también encuestas puntuales<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza. Gobierno de Nicaragua, julio de 2001.

## **20. Riesgos Ambientales y Sociales**

Además de los problemas de agua, disposición de excretas, saneamiento básico y disposición de basuras, señalados en el punto anterior, se enfrentan otras dificultades en otras áreas. Por ejemplo:

La oferta y el uso de plaguicidas carecen de un sistema efectivo para vigilar tanto la frecuencia de las intoxicaciones agudas, como los efectos teratogénicos en los hijos de trabajadores expuestos a ellos. Según los datos del Programa de Plaguicidas del MINSA, de los años 1995 y 1996, el 51% de los intoxicados se envenenó mientras trabajaba, la mayoría provenía del campo (64%) y más de la mitad (60%) lo hizo con dos grupos de plaguicidas: los organofósforados y carbonatos, ambos inhibidores de la colinesterasa. Resulta alarmante que el 11% de todos ellos eran menores de 14 años, y la cuarta parte de todos los envenenados eran mujeres, en su mayoría en edad reproductiva. En los últimos tres años, ha habido un incremento de suicidios utilizando plaguicidas, y en 1996, fue el único tipo de intoxicación por plaguicidas que aportó a la mortalidad.

La atención a la calidad del aire carece de las estructuras y los programas para llevarla a cabo, y dar la respuesta que esta problemática exige. Las emisiones gaseosas y de polvos en los ambientes de trabajo, y las producidas por vehículos automotores, constituyen los principales problemas de contaminación del aire por causa antropogénica. Por causa natural, existen algunas otras como las emanaciones volcánicas.

Se enfrentan también serias dificultades para la producción, procesamiento, almacenamiento, distribución y venta de alimentos en expendios, puestos callejeros, hoteles y restaurantes.

## **21. Otros Factores Condicionantes**

Se ha encontrado que el insuficiente acceso a los servicios de salud reproductiva, aumenta las complicaciones del parto de la madre y la sobrevivencia de los niños en la primera infancia. Este insuficiente acceso está asociado con la residencia rural de las mujeres o con instrucción insuficiente o con su pertenencia a un hogar pobre.

Las costumbres y tradiciones de los pueblos no han tenido un efecto unívoco para la salud en el tiempo y el espacio. En la población, se siguen observando algunos hábitos que van en contra de la salud. El fecalismo al aire libre, que sigue vigente en muchas zonas rurales, no es debido solamente a la falta de servicio higiénico en las viviendas, ya que muchas veces esto sucede a pesar de la existencia de letrinas, a las que la población da otros usos.

De igual forma, la falta de cuidado para evitar la formación de charcas de agua clara o estancada en las cercanías de la vivienda, es una práctica común, a pesar de todas las campañas desarrolladas. Tampoco se ha logrado muchos avances para que las personas cambien su comportamiento sexual en aras de evitar el contagio con el VIH, a pesar de conocer los riesgos. El 27% de los niños de un año carecían del esquema completo de vacunaciones en 1998 y, a pesar de que las sales de rehidratación oral eran conocidas por el 97% de las madres, sólo al 58% de los niños enfermos se les administró tratamiento de rehidratación oral para tratar la diarrea.

Los embarazos de potencial alto riesgo obstétrico -porque el 49% de las mujeres está teniendo demasiados hijos (altas tasas de fecundidad), demasiado jóvenes (alta fecundidad adolescente), demasiado seguido (intervalos inter-genésicos cortos) y demasiado viejas (embarazos en mujeres añosas)- constituyen no solamente un alto riesgo de mortalidad materna, sino que traen un mayor riesgo de mortalidad infantil al 6 1% de los niños que están naciendo en el país, según los resultados de la ENDESA-98, recogidos en el cuadro siguiente:

desarrollan además actividades de higiene y limpieza para la destrucción criaderos de mosquitos, así como de construcción de drenajes para eliminación de los mismos.

**Por esas causas el marco conceptual de los SILAIS con su enfoque de riesgo continua vigente.** El planteaba literalmente que se debía: “Desarrollar en los SILAIS la capacidad de identificación de riesgos epidemiológicos y sociales de los principales problemas de salud, así como de utilización de esta información en el proceso de administración estratégica local que se realizará en este nivel. El enfoque de riesgo y la estratificación epidemiológica deben convertirse en el método de administración que permita alcanzar una protección, atención y recuperación de salud con equidad para todas las personas, familias y grupos sociales”.

Para ello existían metodologías que permitirían posteriormente a los SILAIS, establecer sus prioridades de acuerdo con su realidad concreta.

## **22. Programas de vigilancia y control epidemiológico**

### **Sistema de Vigilancia Epidemiológica**

Nicaragua continúa afectada por enfermedades infectocontagiosas, siendo éstas importantes causas de morbilidad y mortalidad, por lo que la vigilancia epidemiológica es un pilar fundamental para el abordaje oportuno de los principales problemas de salud de la población.

La Vigilancia Epidemiológica corresponde a un proceso de evaluación permanente de la Situación de Salud de un grupo humano, basado en la recopilación, análisis e interpretación de información, convirtiéndose en un sistema estratégico fundamental para la toma de decisiones.

**Recientemente se ha ampliado el concepto de vigilancia epidemiológica y se está empleando el término de Vigilancia en Salud Pública (VSP)**, es decir, que a los elementos de la vigilancia epidemiológica que recopilamos actualmente, se incorporan otros componentes que son necesarios vigilar en el campo de la salud, ya sea por ser parte del sistema o porque son elementos inherentes al estado de salud de la población, y por tanto su monitoreo es parte fundamental.

Por ello, **en el año 2000 se actualizó y validó el Manual de Vigilancia Epidemiológica.** Posteriormente **se publicó en Febrero del 2001**, a partir del presente año se integró un médico al equipo de vigilancia, que atiende directamente el área de los hospitales, para implementar la Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales a nivel nacional.

De igual forma, al ampliarse el concepto de la vigilancia epidemiológica en Vigilancia en Salud Pública, se está trabajando en conjunto con otras direcciones generales, para integrar al sistema temas de interés en la salud, que no sólo se asocien a las enfermedades transmisibles, pero que por su trascendencia e impacto en la población, requieren de un monitoreo sistemático que permita detectar cual es la magnitud del problema y poder controlarlo oportunamente para disminuir su incidencia.

Existen programas con los que se trabaja en conjunto para implementar a mediano plazo la vigilancia de:

- Vigilancia de Violencia Intra-familiaar (OPS)
- Vigilancia de Lesiones (CDC Atlanta). Se implementa proyecto Piloto en el Hospital Regional Santiago (Jinotepe), Hospital Escuela Lenín Fonseca (Managua), Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (León).
- Vigilancia Comunitaria, Referencia y Contrarreferencia, vigilancia de micro-nutrientes.

### **Funcionamiento del Sistema de Vigilancia**

Actualmente, registra 43 patologías sujetas a la notificación inmediata, tanto el estado de morbilidad como la mortalidad. La notificación de las enfermedades se realiza a través de la captación de los eventos epidemiológicos seleccionados, es importante señalar que se hace necesario diferentes modalidades de notificación, las que deben ajustarse a la problemática que se presenta, por lo que se han establecido:

- **Notificación inmediata:** Por su característica de riesgo para la salud de la colectividad, requieren respuesta epidemiológica ágil y precisa.
- **Notificación periódica:** Eventos que necesitan de un monitoreo sistemático, que nos permita un conocimiento de sus tendencia e incluye datos generales de persona, tiempo y lugar. La periodicidad de esta información será semanal.
- **Notificación individual:** Eventos que deben comunicarse lo más rápido posible después de sospecharse, en un lapso que no sea mayor de 24 horas de ocurrido.
- **Notificación colectiva:** Se realiza ante la presencia de brotes o epidemias de cualquier patología conocida o síndrome de origen desconocido, o ante situaciones de emergencia o desastres naturales.

### **Modernización del Sistema de Radio Comunicación:**

Actualmente el sistema de vigilancia epidemiológica, se encuentra conformado por 198 unidades notificadoras: 155 Municipios y 26 Hospitales, 17 Sedes de SILAIS, con una Unidad Central de Vigilancia Epidemiológica, todas ellas están entrelazadas al sistema de comunicación ya sea por:

- Radio comunicadores
- Radio MODEM (packet radio)
- Teléfonos
- Fax

- Correo electrónico

La información sigue la ruta: Puesto de Salud, Centro de Salud, Hospitales, Municipios, SILAIS, Vigilancia Epidemiológica Nacional, Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología y Dirección Superior.

La información se complementa con información procedente de Organismos No Gubernamentales que trabajan en el sector, clínicas privadas, empresas previsionales, otros ministerios, militares y agentes comunitarios.

La cobertura radial a nivel nacional se ha incrementado desde el año 2000, en comparación a 1997, lográndose coberturas en un 100% en la sede de los SILAIS, también es muy significativo el incremento que se ha tenido a nivel de los Centros de Salud, que pasa de un 60% de cobertura en 1996 a 92% en el 2001, de igual forma se observa el incremento a nivel de Puestos de Salud de un 10% en 1996 a 69% en el 2001.

Para alcanzar estos logros en el fortalecimiento de la red del sistema de radio comunicación, se formularon proyectos, posterior al Huracán Mitch, para fortalecer la red de radio comunicación, que beneficia al sistema de salud, tanto en tiempos normales como en situaciones de desastres.

### **23. Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica (SISNEVIN)**

El sistema de vigilancia epidemiológica, desde inicios de los 90, funcionaba en una plataforma del programa Fox-Pro. En noviembre de 1999 se recibió de la Cooperación Española el apoyo técnico de un médico especialista en informática y programación, el cual desarrolló un software basado en Epi-Info, que daba respuesta a las necesidades, permitiendo el procesamiento y análisis epidemiológico de forma más ágil y eficiente, facilita la detección oportuna del incremento de nuevos casos, lo que ayuda a tomar decisiones oportunas, es decir para el accionar inmediato.

Este nuevo programa posee atributos que facilita a los epidemiólogos de todos los niveles, contar con información actualizada del comportamiento epidemiológico de las enfermedades sujetas a vigilancia, realizar la interpretación y análisis oportuno de los eventos epidemiológicos en sus territorios, a su vez permite realizar enlaces de salidas con otros programas como: EXCEL, EPI MAP, EPI-INFO, WORD, obteniendo como resultados: gráficos, tablas, mapas de riesgo, canales endémicos, que permiten tener al alcance del epidemiólogo información visible en la sala de situación.

Desde noviembre de 1999, se inició un proceso de instalación de este programa en 6 SILAIS del país, para conocer su funcionalidad, posteriormente se evaluó el programa, encontrándose gran aceptación por parte de los usuarios. Por lo que a inicios del año 2000 se continuó con la instalación del programa en el resto de los 17 SILAIS.

Este avance tecnológico ha permitido que a través de vigilancia epidemiológica se realice la retroalimentación de la información recibida a todos los niveles, mediante la publicación del



Boletín Epidemiológico semanal de forma automatizada, igualmente lo pueden realizar cada uno de los SILAIS.

Además se cuenta con una hoja web, que permite la publicación semanal del boletín para facilitar el acceso a información por usuarios externos al Ministerio de Salud.

Este Software de Vigilancia Epidemiológica, es el primero en Centroamérica de este tipo, por todos los atributos que el mismo tiene y principalmente por la calidad y análisis de datos y la facilidad en su uso, ha hecho al Ministerio de Salud de Nicaragua, ser merecedor de constantes visitas de autoridades de salud del istmo centroamericano, residentes de la maestría de campo del CDC para conocer y retomar la experiencia del desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica vigente en nuestro país.

#### **IV. Participación social.**

En Nicaragua, la participación de la sociedad ha sido tradicionalmente bastante coyuntural, ya que por una parte existe temor hacia ella dada la cultura predominante en el sector y por otra, hasta hace poco no habían instrumentos legales claramente definidos. Por eso en los últimos años la tendencia de colaboración de la sociedad ha sido hacia actividades muy puntuales del cuidado de la salud (participación en Jornadas Nacionales de Salud).

Esto debe considerarse un error estratégico ya que la participación social constituye un eje principal del enfoque integral en salud y uno de los puntos básicos del proceso de modernización de la gestión pública. Bajo estas consideraciones, su desarrollo ha sido impulsado reiteradamente por los diversos organismos y en reuniones internacionales del sector, en especial por OMS/OPS, lográndose el compromiso de la mayoría de los países de la Región.

Adicionalmente, no se debe perder de vista que sobre la base de los requerimientos de la descentralización y su orientación al desarrollo local se debe poner énfasis en la necesidad de reconocer en la práctica la participación de diferentes actores y sectores, ya que la salud sólo puede lograrse con el compromiso y acción de la sociedad en su conjunto.

Diversos documentos consultados sobre este tema reconocen como muy importante la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en la tarea promover, prevenir, mejorar y recuperar la salud.

Décadas atrás la participación de la comunidad inició con el apoyo hacia actividades puntuales, los colaboradores voluntarios (COLVOL) apoyaban al MINSA en las actividades que desarrollaban programas de epidemiología, ejemplo: la aplicación de abate para el control de la malaria. También se cuenta con experiencia valiosa en el trabajo con las parteras. El programa ampliado de inmunizaciones (PAI), importante para cumplir los compromisos contraídos en la ERCERP debe en gran medida sus altas coberturas al apoyo que siempre ha recibido de la comunidad.

En 1994 se profundizó el proceso, se fortaleció el Consejo Nacional de Salud y se instauraron las Juntas Directivas de SILAIS con sus comités hospitalarios, los que tenían voz y voto en la



institución. Se planteó así, en el ámbito interno un nuevo estilo de gestión que unido a la administración le podemos llamar gestión participativa, en el ámbito externo se potenció los espacios y capacidades de trabajo en conjunto entre la comunidad y los equipos de salud.

Los actuales conceptos y enfoques de salud pública consideran indispensable el desarrollo de espacios formales para el ejercicio de la participación de la comunidad en los diferentes momentos de la atención y gestión de salud. El objetivo central de las acciones de salud: la mejoría de la calidad de vida de la población usuaria de los servicios, no puede ser alcanzada sin considerar las aspiraciones y expectativas que ella misma tiene en este sentido.

La ERCERP es un buen ejemplo de un esfuerzo en este sentido. Prácticamente reconoce que en todas las comunidades hay individuos de talento que han aprendido por experiencia cómo se resuelven los problemas. Y es recomendable que a lo interno del sector salud, la acción intersectorial y la participación de la comunidad esté presente. En el ámbito nacional, en el diseño de las futuras políticas, planes y programas, así como en la regulación y legislación sanitaria; y en el nivel local, en el diseño y ejecución de proyectos específicos de corto y mediano plazo insertos en gobiernos locales u otros espacios de ejecución de las políticas sociales.

La LGS también retoma la importancia de la participación social y es por ello que en su Arto. 10. refiere: Créase el Consejo Nacional de Salud y sus delegaciones en el nivel local como órgano encargado de asesoría y consulta, adscrito al despacho del Ministro de Salud, con carácter permanente y constituido por representantes del sector público y privado con representación e interacción multisectorial y pluralista de la sociedad civil y con la finalidad de contribuir en la definición de las actividades estratégica que realice el Ministerio de Salud.

La forma en que los delegados serán nombrados y removidos por sus respectivas organizaciones, la duración de su representatividad, el régimen de sus sesiones, y demás aspectos relacionados con su organización y funcionamiento serán establecidos conforme reglamento interno que emane del Ministerio de Salud.

Los miembros del Consejo deben ser al menos los siguientes:

El Ministro de Salud que lo preside.

Delegados de las siguientes instituciones:

- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.
- Ministerio de Recursos Naturales y del Ambiente.
- Ministerio del Trabajo.
- Consejo Nacional de Universidades.
- Asociación de Municipios de Nicaragua.
- Comisión de Salud, Seguridad Social y Bienestar de la Asamblea Nacional.
- Ejército de Nicaragua.
- Policía Nacional.
- Un delegado por cada organización comunal de ámbito nacional.

- Un delegado por cada organización sindical de ámbito nacional de trabajadores del sector salud.
- Un delegado de ONGs que trabajen en el sector salud.
- Un delegado de las Asociaciones Médicas legalmente constituidas.
- Un delegado del Colegio de Enfermeras.
- Un delegado de los Consejos Regionales de ambas Regiones de la Costa Atlántica.
- Otros que el Ministerio considere necesario involucrar.

También la LGS dice textualmente: Créanse los Consejos Departamentales de Salud, como órganos de consulta, asesoría y control social de la gestión de salud a nivel de cada departamento del país, los cuales estarán integrados al menos por las siguientes personas:

- El delegado departamental del Ministerio de Salud, quien lo presidirá.
- Alcaldes municipales en representación del Departamento.
- El jefe departamental de la Policía Nacional.
- El delegado departamental del Ministerio de Educación.
- El delegado departamental del INSS.
- Tres representantes de la sociedad civil y tres notables escogidas por el Consejo.
- Un representante de las organizaciones sindicales que tienen expresión departamental.
- Un delegado de MARENA.
- Un delegado del Ejército de Nicaragua.
- Un delegado de las Universidades donde existan.
- Otras personas que decida el Consejo.

Además, crea los Consejos Municipales de Salud, como órgano de consulta, asesoría y control social de la gestión de salud a nivel de cada municipio, los cuales estarán integrados al menos por las siguientes personas:

- El delegado municipal del Ministerio de Salud, quien lo presidirá.
- El alcalde municipal y dos representantes del consejo municipal delegados por dicho Consejo.
- El delegado de la Policía Nacional.
- Un representante de la Defensa Civil.
- Un delegado de MARENA.
- Un delegado del Ministerio de Educación.
- Un delegado de las Universidades donde existan.
- Un delegado por organismos de la Sociedad Civil en el Municipio.
- Un delegado por la organización sindical de ámbito nacional que tenga representación en el municipio.
- Otras personas que decida el Consejo.

Los Consejos Departamentales y municipales tendrán las siguientes funciones, sin menoscabo de las que se establezcan en el respectivo reglamento:

- Participar en la definición de los planes y políticas.

- Control social de la gestión de salud a su nivel
- Conocer el proyecto y la ejecución presupuestaria.
- Conocer y dar su opinión acerca de los casos de salud pública que sean llevados ante los consejos.
- Apoyar la gestión administrativa de los establecimientos públicos de salud.
- proponer ante las autoridades competentes las prioridades de inversión y dotación de insumos médicos y equipamientos.

Finalmente, queremos destacar en este punto, lo contemplado en el Modelo de Salud de la RAAN de noviembre de 1996, participación que la asocian al tema de promoción en salud y que literalmente refiere lo siguiente:

### **La participación social y la promoción en salud<sup>52</sup>**

En el nuevo modelo de los servicios de salud de la RAAN, especial interés se ha de poner en el desarrollo de capacidades de la comunidad por asumir una corresponsabilidad por la situación de salud de sus miembros. Para poder lograr asumir ese reto, la comunidad debe apropiarse del mismo, transformándose de objeto de intervención en un sujeto que determina. Es por ello que la comunidad por medio de sus representantes (ya sea las comisiones de salud en los diferentes niveles o los diferentes actores sociales que se desempeñan en el campo de la salud), debe asumir un importante rol en la administración de la salud. En todo el proceso de modificación del estado de salud debe participar la comunidad, es decir en la identificación de los problemas, la propuesta de soluciones, la búsqueda de recursos, la definición, planificación e implementación de intervenciones y la evaluación de las mismas. Esto será un generador de cambio y desarrollo en la sociedad y permitirá al sistema trabajar con mayor eficiencia, tomando decisiones pertinentes y considerando las particularidades étnicas y culturales de cada territorio.

Sólo por medio de la efectiva participación social será posible la promoción de hábitos y formas de vida sanos, que permitan modificar el perfil sanitario de la población y mejorar así las condiciones de vida de la misma. En el nuevo modelo de salud, se prestará especial énfasis a este componente, intentando generar un movimiento de **comunidades y municipios saludables**, en los que la población se integre en el proceso de modificación de los hábitos de vida. Esto se refiere a elementos hasta ahora no considerados en el sistema de salud, como el rechazo a la violencia y la promoción de formas no violentas para resolver los conflictos, la búsqueda de soluciones a problemas como el alcoholismo y la drogadicción, y la protección del medio ambiente y los recursos naturales, entre otros.

---

<sup>52</sup> (ver El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, 10 de noviembre de 1996. pág. 50 y 51)



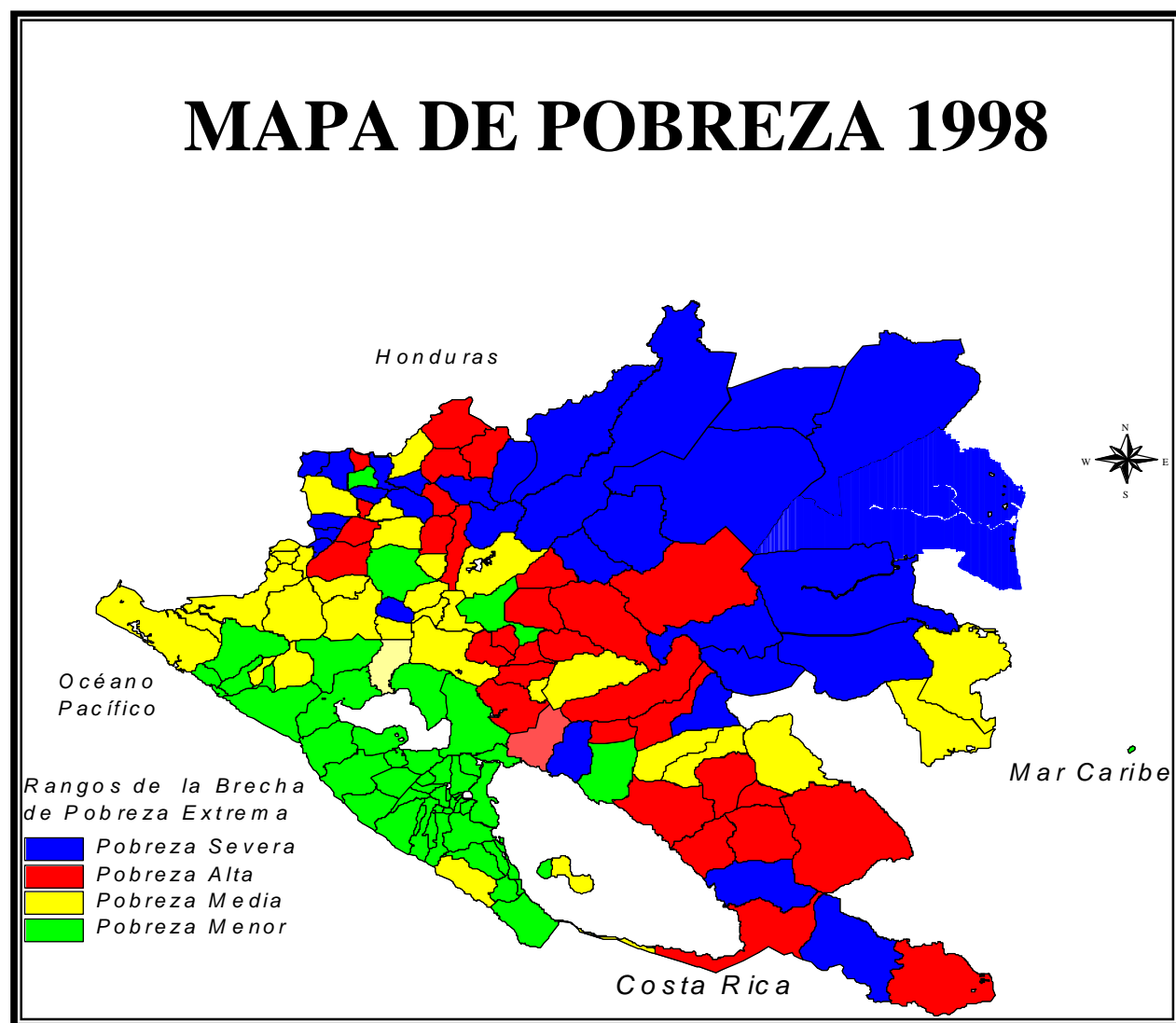
# ANEXOS

#### 4.1 Mapa de Nicaragua<sup>53</sup>



<sup>53</sup> Tomado de Enciclopedia Multimedia SALVAT 1999.

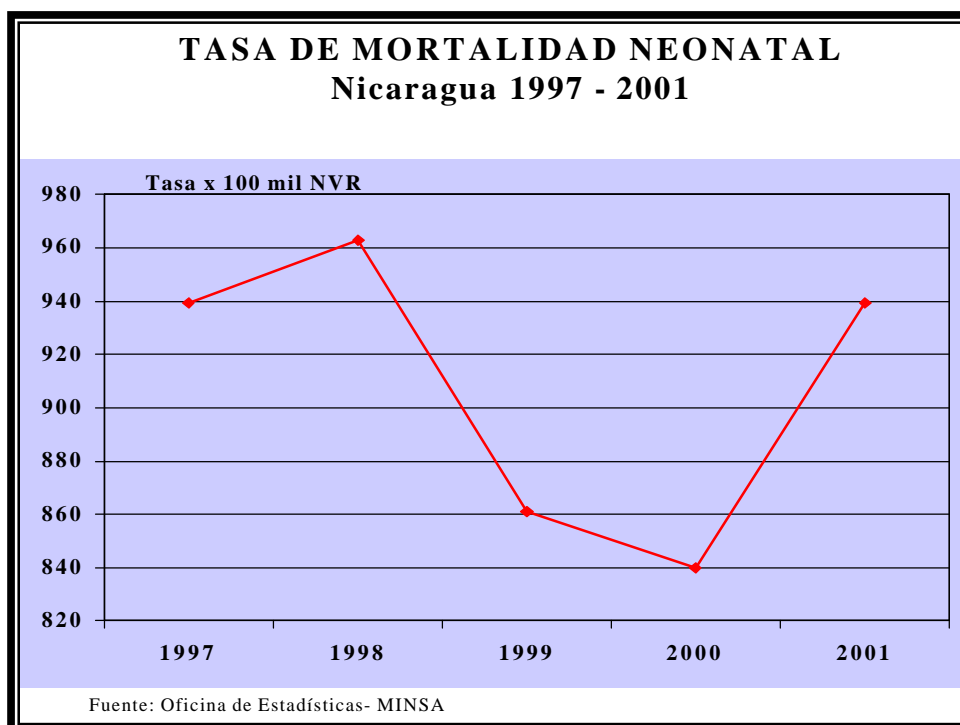
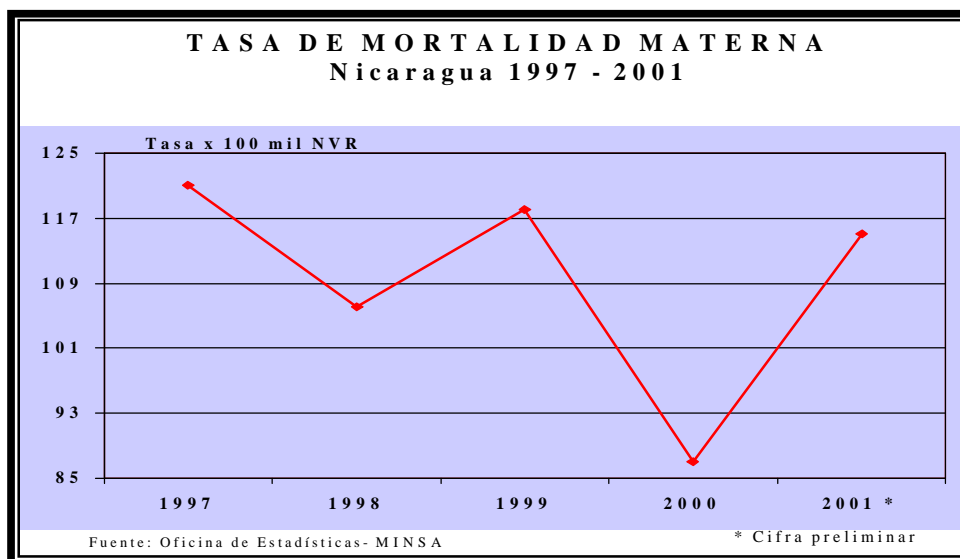
## 4.2 Mapa de Pobreza de Nicaragua

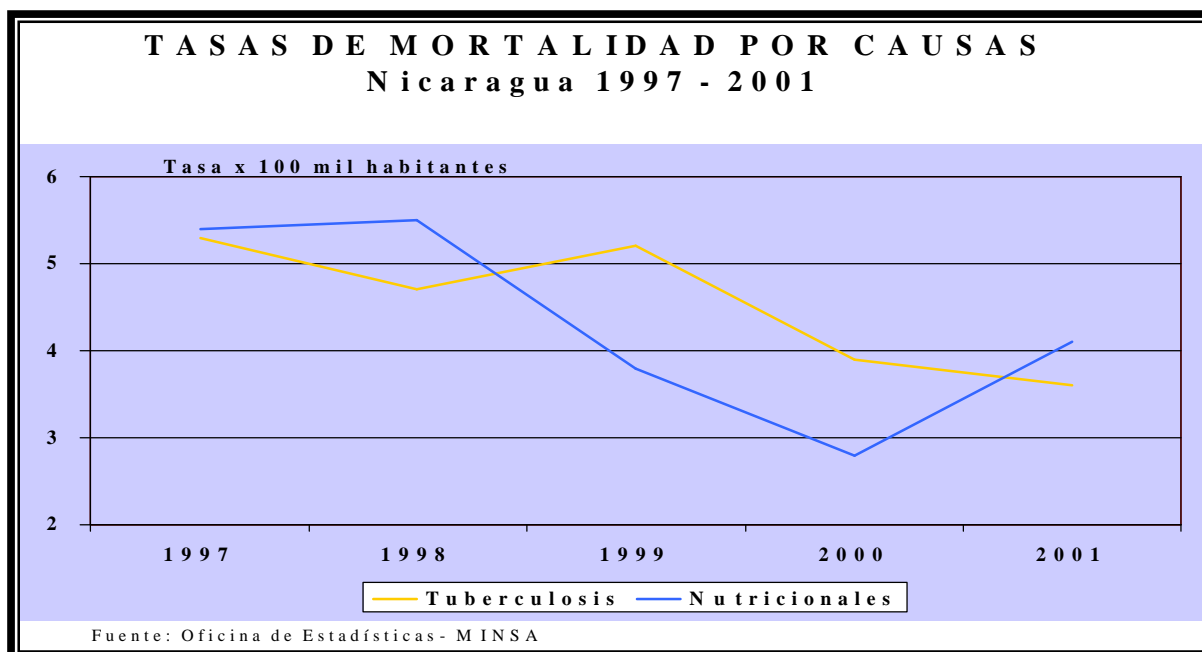
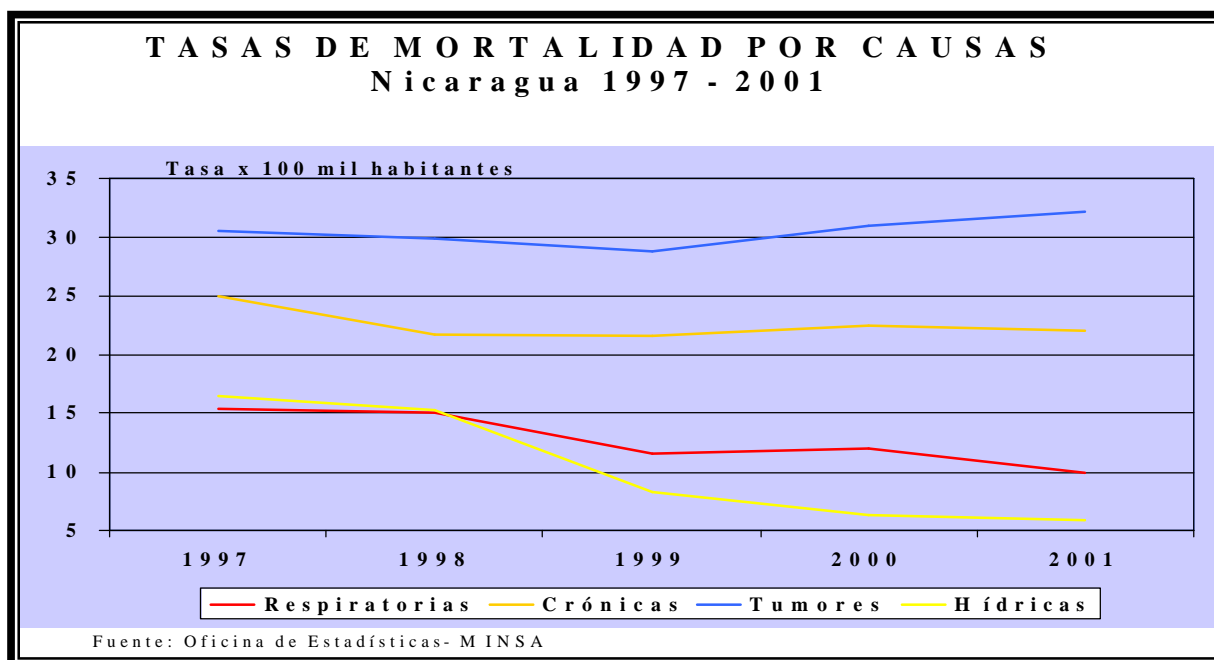


Fuente: Secretaría Técnica de la Presidencia.

4.3 Principales tasas (actualizadas, 1997-2001) de:

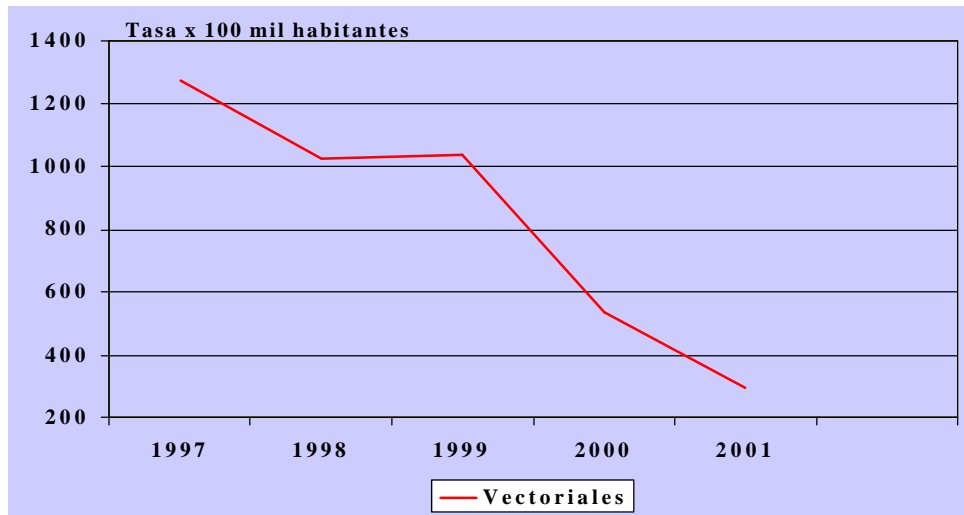
- Mortalidad Materna
- Mortalidad neonatal
- Mortalidad por causas (respiratorias, crónicas, tumores, hídricas)
- Mortalidad por causas (tuberculosis, nutricionales)
- Morbilidad por Enfermedades Vectoriales
- Morbilidad por causas
- Morbilidad de origen hídrico
- Morbilidad por respiratorias





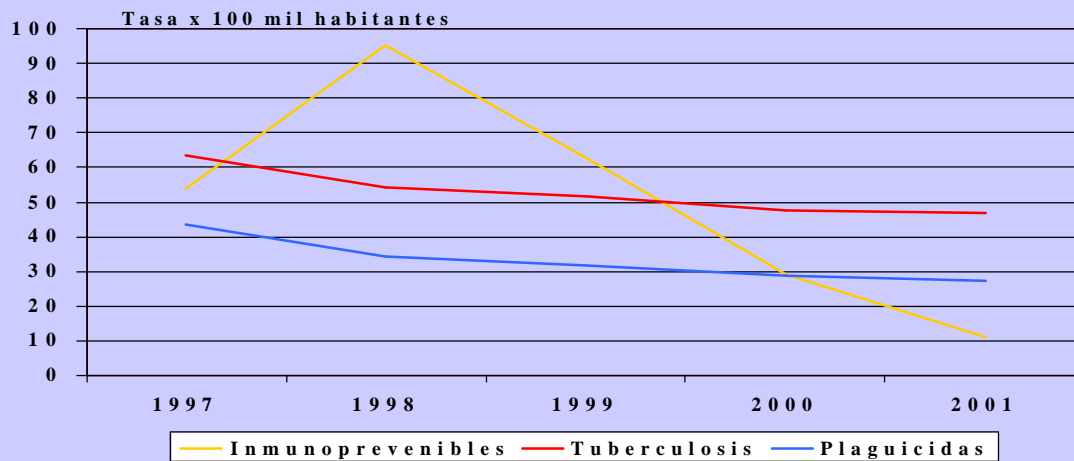


### MORBILIDAD POR ENFERMEDADES VECTORIALES Nicaragua 1997 - 2001

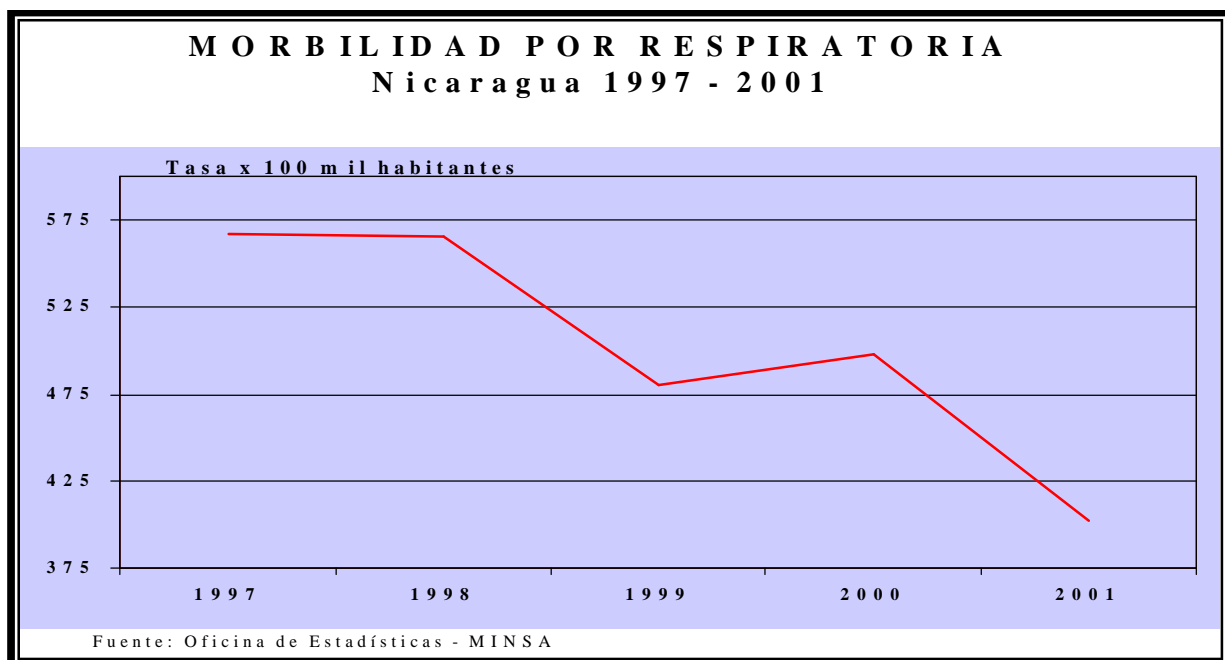
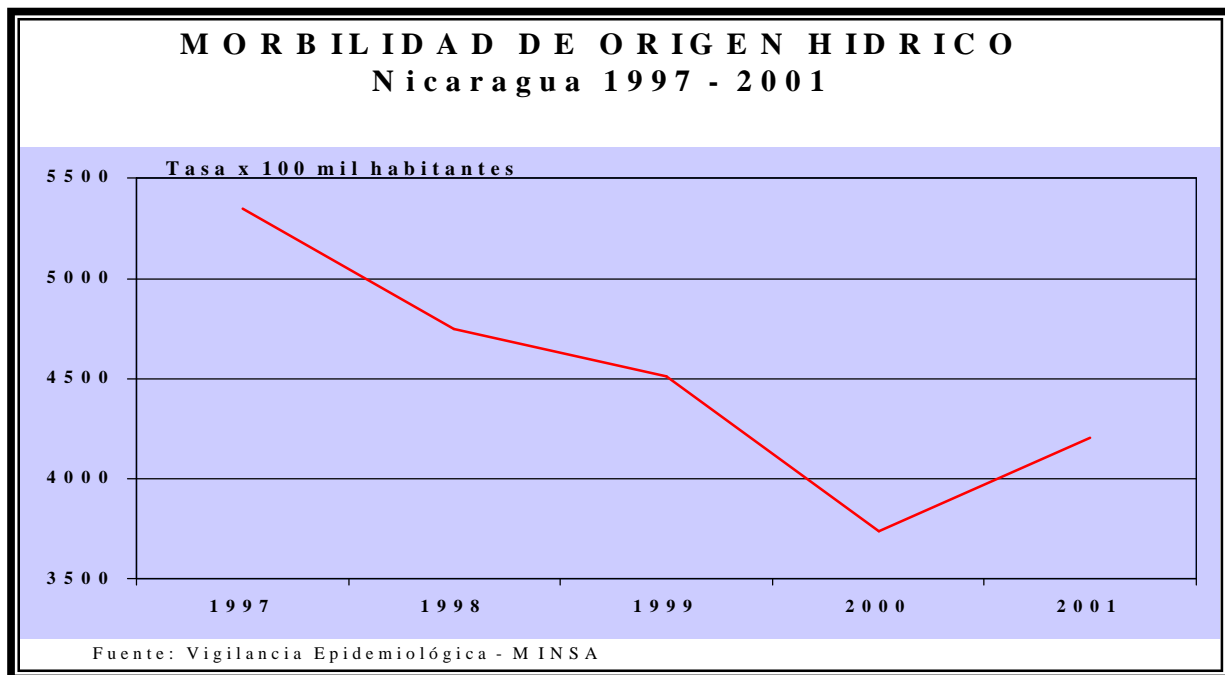


Fuente: Oficina de Estadísticas- MINSA

### TASAS DE MORBILIDAD POR CAUSAS Nicaragua 1997 - 2001



Fuente: Oficina de Estadísticas- MINSA



#### **4.4 FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

**FORMATO SISTEMATIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN<sup>54</sup>  
MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL  
MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA<sup>55</sup>  
-DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO PARA REVISIÓN INTERNA-**

##### **I. Organización administrativa y gerencial del modelo de atención.**

1. Principios del modelo
2. Características
3. Programas
4. Elección por parte del usuario
5. Unidad geográfica y administrativa
6. Planificación
7. Descentralización administrativa
8. Sistemas de información
9. Sistema de garantía de la calidad
10. Financiamiento del modelo
11. Niveles administrativos

##### **II. Organización de la atención<sup>56</sup> en el modelo de atención.**

12. Proceso de planificación de los servicios de salud
13. Forma de entrega de los servicios
14. Competencias del MINSA
  - 14.1 Competencias Nivel Central
  - 14.2 Competencias SILAIS
  - 14.3 Competencias Municipio
15. Organización red de servicios para la atención en salud
  - 15.1. Funcionamiento de la red y oferta de servicios de salud
  - 15.2. Primer Nivel de Atención
    - 15.2.1. Oferta de servicios básicos integrales en el modelo de atención dirigido a la mujer y la niñez.

Lineamientos generales

Atención Integral a la Mujer

---

<sup>54</sup> Se consideran los elementos centrales establecidos por la nueva Ley General de Salud, y los elementos técnicos considerados en los documentos oficiales que sobre modelo de atención ha publicado el Ministerio de Salud de Nicaragua.

<sup>55</sup> Propuesta preparada por el programa de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Nicaragua, para ser validada por dirección de primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

<sup>56</sup> El MINSA siempre ha considerado dos grandes ejes para organizar la atención en su modelo:

- B. por grupos vulnerables
- C. según programas:
  - a. de atención a las personas (pueden ser de promoción/prevenición, de atención clínica)
  - b. de atención al medio

Atención Integral a la Niñez

- 15.3 Segundo Nivel de Atención
- 15.4 Programas de salud prioritarios<sup>57</sup>
- 15.5 Sistema de referencia y contrarreferencia
- 15.6 Formación y Capacitación del Recurso Humano
  - 15.6.1 Formación de pregrado
  - 15.6.2 Formación de postgrado
- 15.7 Brigadas médicas y control de donaciones
- 15.8 Jornadas nacionales de salud

16. Organización red de servicios para la atención al medio ambiente

- 16.1 Oferta de servicios básicos integrales
- 16.2 Emergencias y Desastres Naturales

**III. Vigilancia y control epidemiológico<sup>58</sup>.**

- 17. Perfil demográfico
- 18. Perfil epidemiológico
- 19. Condiciones de vida
- 20. Riesgos ambientales y sociales
- 21. Otros factores condicionantes
- 22. Situación actual de la Vigilancia en Salud Pública (VSP)
- 23. Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica (SISNEVIN)

**IV. Participación social.**

---

<sup>57</sup> Se revisaron los programas que históricamente ha apoyado el MINSA.

<sup>58</sup> El MINSA en sus documentos técnicos publicados, abordó este marco conceptual en su modelo de atención. En este documento se introduce el concepto de "Vigilancia de la Salud".

## **5. BIBLIOGRAFÍA**

1. Formato de Sistematización y Actualización del Modelo de Atención en Salud. (Documento Guía para la Elaboración del Trabajo).
2. Marco Conceptual de Los SILAIS. MINSA-OPS, Julio 1991. Serie SILAIS 1.
3. Metodología de Planificación Local. MINSA-OPS, Julio 1991. Serie SILAIS II.
4. Hacia un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la Reforma del Sector Salud. MINSA /Dgss/Aimna. 2001.
5. Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual Operativo. MINSA 1995.
6. La Seguridad Social en Nicaragua: Diagnostico y Propuesta de Reforma. Friedrich Ebert Stiftung. 1997.
7. Ley No.423: Ley General de Salud.
8. Evaluación de la Gestión Técnica-Administrativa e Impactos del Seguro de Enfermedad-Maternidad. 1997-2001. Friedrich Ebert Stiftung. 2001.
9. Modelo de Salud Previsional en Nicaragua. Evolución y Perspectivas de las Empresas Medicas Previsionales. Friedrich Ebert Stiftung. 2001.
10. Normativa de Referencia y Contrarreferencia. MINSA, 1995.
11. Normas de Consulta Externa Hospitalaria. MINSA, 1997.
12. Reglamento Interno de Hospitales del MINSA. 1996.
13. Información Básica Red de Servicios de Salud por SILAIS. MINSA 1994-1995.
14. Normativa de los Servicios Diferenciados. MINSA, 1995.
15. Manual de Acreditación de Clínicas y Hospitales. MINSA 1996.
16. Programa de Calidad Total en los Servicios de Salud. MINSA, 1995.
17. Constitución Política de Nicaragua de 1995.
18. Ley 290: La Gaceta No. 102 del 03 de Junio de 1998.
19. Ley No. 423 Ley General de Salud Del 17 De Mayo de 2002.
20. Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza. Gobierno de Nicaragua, Julio de 2001.
21. Política Nacional de Salud 1997-2002. MINSA, 1997.
22. Análisis de la Situación de Salud, 1992-1998. MINSA – OPS, 2000.
23. Política de Planificación Del MINSA. Agosto 2001.
24. Plan Institucional de Salud 2001-2001. MINSA Junio 2001.
25. Análisis del Sector Salud. MINSA, Marzo De 2000.
26. Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud. Serie SILAIS 5. Primer Informe de Progreso. MINSA/OPS, Marzo 1992.
27. Cuentas Nacionales en Salud. Informe 1997-1999. MINSA/OPS/OMS, Diciembre de 2001.
28. Documento de Política de Descentralización del Ministerio de Salud. MINSA/Pmss, Julio de 2001.
29. Memoria Institucional 1997 – 2001. Logros y Avances. MINSA
30. Ley creadora del Sistema Nacional para la Prevención Mitigación y Atención de Desastres. Reglamento y Funciones del MINSA. Noviembre del 2000.