



Gobierno Bolaños
¡Nueva Era!

República de Nicaragua



**Política Nacional
de Salud
2004-2015**

Managua, mayo 2004

PRÓLOGO

A finales del año 2003 presenté al pueblo de Nicaragua el Plan Nacional de Desarrollo, con la seguridad de que nuestro país necesita de metas ambiciosas que requieren acciones ambiciosas.

En esa oportunidad les manifesté que para mi Gobierno era fundamental la participación de toda la población, sin ningún tipo de distingos, ni discriminaciones de ninguna clase, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo, como en todos los procesos que contribuyen a determinar el futuro de nuestra nación.

Es por eso, que con gran satisfacción expongo ante ustedes la **Política Nacional de Salud 2004-2015**, que contiene el conjunto de lineamientos o directrices que guiarán las acciones de salud en dicho período. La misma, fue producto de un proceso amplio de consulta con los diversos sectores vinculados a la salud y es una respuesta a las demandas de la población nicaragüense, con relación a su situación de salud y a los retos del sector.

Quiero instarlos, en primer lugar, a que sigamos dando pasos firmes en este esfuerzo por mejorar la salud del pueblo nicaragüense, para que en el marco de esta nueva Política, formulemos el **Plan Nacional de Salud** como la expresión sectorial del **Plan Nacional de Desarrollo**, logrando un ordenamiento e integración de la inversión en salud, desde la perspectiva que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano. Esta inversión expresada en el **Plan Nacional de Salud** es la que conducirá todos los esfuerzos y recursos nacionales en el sector, así como de la cooperación externa en el corto, mediano y largo plazo.

En segundo lugar, los invito a que nos unamos todos en la construcción de un consenso social e institucional, con el fin de asegurar un proceso sostenido y sistemático de implementación de la **Política Nacional de Salud**, a través de las acciones estratégicas definidas en el **Plan Nacional de Salud**. Sólo de esta manera podremos alcanzar nuestro sueño “que la población nicaragüense aumente su esperanza y calidad de vida”, logrando de esta manera que las acciones del sector tengan un verdadero impacto en la situación de salud de la ciudadanía.

Deseo hacer un reconocimiento público al personal de dirección y técnico del Ministerio de Salud, bajo el liderazgo del Doctor José Antonio Alvarado, Ministro de de Salud.

Hago extensivo este reconocimiento a las organizaciones de la Sociedad Civil que acompañaron al Ministro en este proceso, como son el Comité Asesor del Plan Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Salud, la Mesa Sectorial de Salud y la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud, así como a la valiosa cooperación técnica de la OPS, quienes con su apoyo incondicional han hecho posible contar con una Política Nacional de Salud de estas dimensiones.

Ing. ENRIQUE BOLAÑOS GEYER
Presidente de la República

PRESENTACIÓN

Nuestra nación merece que hagamos todos los esfuerzos en beneficio de su desarrollo económico y social. ¡***Mañana es demasiado tarde!*** unámonos en esta importante tarea, a fin de que los sueños de hoy sean el futuro de mañana, transformando definitivamente la salud de nuestro pueblo, elevando los niveles y la calidad de vida que todos nos merecemos.

Esta ha sido la filosofía del **Señor Presidente de la República, Ingeniero Enrique Bolaños Geyer**, y es la que nos ha motivado como sector salud, para el diseño y formulación de la **Política y el Plan Nacional de Salud 2004-2015**.

Hemos desarrollado un proceso de planificación intenso y participativo, tomando como principales referentes el PLAN NACIONAL DE DESARROLLO y la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza. Realizamos un análisis de la situación del sector salud, con un enfoque integral que abarcó el reconocimiento de los determinantes y condicionantes de la salud de los y las nicaragüenses, así como las tendencias del perfil epidemiológico de la población y el desempeño de las instituciones y organizaciones que integran el sector salud.

Paralelamente, en conjunto con la Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia de la República (SECEP) se realizó una evaluación externa de las políticas de salud 1997-2002, con el fin de conocer con mayor detalle el impacto de dichas políticas en el enfrentamiento de los problemas y el desarrollo del sector salud. Adicionalmente, realizamos otros estudios que nos han mostrado las perspectivas del financiamiento del sector salud y los posibles escenarios demográficos y sociales que enfrentaremos en los próximos años.

Todo esto ha evidenciado, lo que en algún momento hemos compartido, que la situación actual respecto a la salud es muy compleja. Por un lado refleja una deuda sanitaria que no ha sido resuelta en muchos años, la cual se expresa en daños a la salud muy vinculados a la pobreza, así como la aparición de problemas epidemiológicos propios del desarrollo, como son los asociados a las enfermedades crónicas, los tumores, la discapacidad, la violencia, el VIH/SIDA, etc.

A pesar de los esfuerzos que se han venido realizando, todavía se tiene una limitada capacidad de respuesta del sector y del sistema de salud, para articular esfuerzos efectivos que nos permita atender las necesidades de la población, lo que se expresa en iniquidades en el acceso a las acciones y servicios de salud, afectando en mayor grado a los sectores más pobres y en especial a las mujeres.

De este análisis hemos identificado un conjunto de retos para el sector salud, que adquieren una mayor magnitud si tomamos en cuenta los compromisos que el país ha firmado en foros internacionales, como son las metas del milenio, expresadas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Como respuesta a esta situación, hemos diseñado la **Política Nacional de Salud**, que hoy presento ante ustedes, la que incluye los lineamientos generales, políticas específicas por área de intervención y estrategias dirigidas a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidades y su entorno ecológico y social, en total correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo.

En la Política se ha equilibrado los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, así como el trato respetuoso, cálido y humano que debe recibir la población en los servicios de salud, sobre todo en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención a la salud.

Además de lo anterior, también está orientada al fortalecimiento y transformación del Sistema Nacional de Salud, especialmente al desarrollo de un nuevo modelo de atención, que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud, respondiendo así a la complejidad de la situación epidemiológica de la población, acorde con sus aspectos culturales, políticos, étnicos, y geográficos.

Para garantizar su debida implementación, el cumplimiento de la misma debe ser monitoreado de modo permanente y evaluado formalmente de manera periódica, para determinar el grado de efectividad o de impacto que la **Política Nacional de Salud** que hoy presentamos a la sociedad nicaragüense, tenga en la situación de salud de la población


 MINISTERIO
DE SALUD
Dr. JOSÉ ANTONIO ALVARADO C.
Ministro de Salud

CRÉDITOS

Dr. José Antonio Alvarado Correa
Ministro de Salud

Lic. Margarita Gurdíán López
Viceministra de Salud

Dr. Enrique Alvarado Abaunza
Secretario General

Lic. Eliseo Aráuz Palacios
División General de Planificación y Desarrollo

Dr. Rodolfo Correa Oquel
Coordinador General del Programa de Modernización del Sector Salud

Equipo Técnico Conductor de la Política Nacional de Salud

Lic. Myrna Somarriba García
Lic. Marina Avilés Mairena
Dr. Mauricio Dinarte Mendoza
Lic. Miguel Medina Iglesias
Dra. Olga María Chávez (Primera Etapa)
Lic. Félix Ruiz Dávila
Dr. Jorge Orochena Santana
Dra. Teresa del Carmen López
Dr. Guillermo González González

Equipo Técnico Ampliado

Dr. Jaime Fuentes Pereira (INSS)	Lic. Violeta Barreto Arias
Lic. Rosario Hernández García	Lic. Eduardo Cuadra Ferrey
Dr. Carlos Cruz Lesage	Dra. Aurora Velásquez Pereira
Dra. Indiana Herrera Jerez	Dr. Pedro León Pérez
Lic. Luis Bolaños Prado	Dra. Alba Luz Solórzano Gaitán
Dr. Mario Ortiz Moreno	

Comisión de Enfoque de Género

Lic. Marisol Gutiérrez Serrano	Lic. Fátima Real Romero (INIM)
Dr. Wilmer Beteta	Lic. Jessica Martínez

Apoyo Técnico OPS/OMS

Dr. Patricio Rojas Lara, Representante	Dr. Eduardo Navas Jofre
Dr. Javier Uribe Echeverry	Dra. Marianella Corriols Molina
Lic. Silvia Narváez Flores	Dra. Alma Catarina Cuellar
Dr. Rubén Suárez	Dr. Oscar Feo Isturiz
Dr. Javier Torrez-Goitia Caballero	Ing. Antonio Hernández Hernández

Colaboradores

Lic. Matilde Neret (SECEP)

ÍNDICE

	Páginas
CAPÍTULO I: GENERALIDADES	1
A. Introducción y Metodología	3
B. Participación	4
CAPÍTULO II: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SECTOR SALUD	5
A. Determinantes de la salud de la población nicaragüense	7
B. Situación Epidemiológica	9
1. Mortalidad	9
2. Morbilidad	10
3. Discapacidad	10
4. Problemas de salud por ciclo de vida	11
a. Niñez	
b. Adolescentes (10 a 19 años)	
c. Adultos	
d. Adultos Mayores	
5. Daños específicos a la salud	14
6. Prioridades	15
C. Situación del sector salud	16
D. Evaluación de la Política Nacional de Salud 1997 – 2002	18
E. Retos del sector salud	19
CAPÍTULO III: POLÍTICA NACIONAL DE SALUD	23
A. Principios y Ejes Transversales	25
B. Visión y Misión del sector salud	26
C. Lineamientos Generales de la Política Nacional de Salud	26
1. Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	27
2. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	30
3. Promoción de la Gobernabilidad en el sector salud	34
4. Consolidación del Sistema Nacional de Salud	36
5. Fortalecimiento de la capacidad gerencial	41
6. Desarrollo de Recursos Humanos	44
7. Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos	46

CAPÍTULO IV: VIABILIDAD E IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD.....	47
A. Viabilidad e Implementación	49
B. Seguimiento y Evaluación.....	50
ANEXOS	51
Siglas	53
Glosario.....	55
Participantes	59

CAPITULO I

Generalidades

A. Introducción y Metodología

En el diseño de la presente Política Nacional de Salud, se tomaron en consideración distintos aspectos vinculados con el entorno inmediato del sector salud, así como un conjunto de referentes propios de la dinámica del sector, con el fin de asegurar su consistencia y coherencia externa e interna, de tal forma que su aplicación contribuya al desarrollo integral del país.

Como referencia se tomaron los mandatos legales establecidos en la Constitución Política de Nicaragua, la Ley General de Salud y su Reglamento, así como otras disposiciones jurídicas relacionadas con la salud. Otro referente importante es el Plan Nacional de Desarrollo, extrayendo del mismo, los elementos que lo vinculan con la Política Social Sectorial que el Gobierno desarrolla para los próximos años, en Educación, Protección Social, Agua y Saneamiento, Vivienda y en especial en el sector Salud.

Del Plan Nacional de Desarrollo también se retomaron los elementos que vinculan el quehacer de salud con las Metas del Milenio, las que representan los compromisos del país en el ámbito internacional. Dichas metas están íntimamente vinculadas con las metas de la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP), las que operativamente están relacionadas con la actuación de las instituciones de sector salud.

Desde el punto de vista metodológico, el diseño de la Política Nacional de Salud implicó en un primer momento un análisis detallado de las prioridades y retos del sector salud para los próximos años, los que se identificaron en el documento de Análisis de Situación, del cual se extrajo un resumen que se presenta en este documento. Adicionalmente se hizo un análisis de los resultados centrales de la evaluación de la Política de Salud 1997-2002, realizada por una firma internacional, así como de las tendencias, con el fin de conocer los escenarios probables para el período 2004-2015.

En un segundo momento, se establecieron las correlaciones necesarias entre, los retos del sector salud y los lineamientos de políticas establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en las Políticas Sectoriales (Política Nacional de Protección Social y Política de Educación Básica y Media) entre otras, con el fin de diseñar la Visión y Misión del sector salud para el período 2004-2015, las que constituyen el marco de referencia de los lineamientos generales de políticas para el sector salud desarrollados en el presente documento.

Posteriormente, se identificó para cada lineamiento general de política áreas de intervención específicas, permitiendo precisar determinados campos en los que se debe actuar para modificar la situación actual del sector salud; para cada una de estas áreas de intervención, se diseñaron políticas específicas, las que en su conjunto son formas concretas de dar salida a cada lineamiento general de política.

Finalmente, se identificaron estrategias que establecen el cómo concretar las políticas por cada área de intervención, con el fin de establecer las acciones que deberán seguirse en el sector salud. La pertinencia y consistencia de las mismas fueron revisadas desde el punto de vista técnico, así como el grado de suficiencia y complementariedad que en su conjunto deben brindar las estrategias seleccionadas.

El resultado de este proceso son los siete lineamientos generales de políticas, así como las veintidós políticas específicas identificadas por áreas de intervención y las ciento catorce estrategias que deberán desarrollarse, para en su conjunto modificar la situación del sector salud de Nicaragua en el período 2004-2015. Sin embargo, debe aclararse que la implementación de las estrategias debe seguir un orden en el tiempo, a corto, mediano y largo plazo.



B. Participación

El diseño preliminar de la Política Nacional de Salud, fue realizado por un equipo técnico multidisciplinario del MINSA y del INSS, bajo la conducción de la Dirección Superior del Ministerio de Salud, el que contó con el apoyo de consultores de Management Sciences for Health (MSH), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y del Programa de Modernización del Sector Salud (PMSS). Con esta versión se realizaron distintas sesiones de trabajo con un grupo ampliado de técnicos del Ministerio de Salud, en las que se logró perfeccionar la propuesta preliminar.

Se hicieron consultas con los Directores Generales y técnicos del MINSA, Directores de SILAIS y Hospitales, Comité Asesor del Plan Nacional de Salud, así como el Consejo Nacional de Salud donde están representados distintos sectores de la sociedad civil, instituciones de Gobierno (MECD, MIFAMILIA, MARENA, etc.) y la Mesa Sectorial (que incluye miembros de la Comunidad Internacional Cooperante), con el fin de obtener mayores aportes al documento preliminar, los que fueron incorporados al mismo.

La nueva versión fue presentada al Comité Asesor del Plan Nacional de Salud, así como al Consejo Nacional de Salud, Mesa Sectorial e instituciones de Gobierno, quienes hicieron aportes al documento, permitiendo su diseño definitivo, el que finalmente fue presentado al Gabinete Social y al Presidente de la República para su aprobación y ratificación final.

CAPITULO II

Resumen del Análisis de Situación del Sector Salud

A) Determinantes de la salud de la población nicaragüense

Nicaragua en la actualidad cuenta con 5,4 millones de habitantes, es una población predominantemente joven, ya que el 41,5 % es menor de quince años, el grupo de 15 a 60 años representa el 53,8% y el de mayores de 60 años representa el 4,6%. El 58,3 % de la población vive en las áreas urbanas y el 50,2 % pertenece al sexo femenino.

La tasa de crecimiento demográfico del país es en la actualidad de 2,6%, la que es considerada una de las más altas de América Latina. Esta tasa de crecimiento varía de 2,1 en Carazo y Rivas, hasta 2,8 en Managua y 2,9 en Masaya. Sin embargo, este crecimiento ha sido heterogéneo; de 1950 a la actualidad, la población rural se triplicó, en cambio la urbana se sextuplicó, tanto por el flujo permanente del campo a la ciudad, como por los conflictos bélicos en el país a finales de los setenta y en la década de los ochenta.

Este crecimiento de la población está asociado a una TGF¹ de 3.2, la que es diferenciada entre las zonas urbanas y rurales, así como entre el 20% más pobre y el 20% con mejores ingresos del país. De tal forma que el descenso de la tasa de fecundidad también ha sido diferenciado en los últimos años; las mujeres pobres y de las zonas rurales tienen una TGF de 4.4, en cambio las mujeres en las zonas urbanas y con mayor nivel educativo tienen una TGF de 2.6. Se prevé que para el quinquenio 2010-2015 la TGF se irá reduciendo y homogenizando alcanzando valores por debajo de tres.

Entre los determinantes de la salud de los y las nicaragüenses, la pobreza es el más importante; según la EMNV-2001², la pobreza representa el 45.8% de la población total, de ésta, el 15,1% vive en extrema pobreza. Al comparar datos relativos con la EMNV-1998 se nota que han habido pequeñas mejoras en la dimensión de la pobreza, sin embargo, el número absoluto de pobres se incrementó debido a la superioridad de la tasa de crecimiento de la población pobre. Aunque se han hecho inversiones para reducir la pobreza, éstas no tienen un ritmo de crecimiento adecuado.

La pobreza en Nicaragua se encuentra focalizada principalmente en la zona rural (cinco veces más alta que en la urbana) y existen evidencias que su distribución territorial tiene repercusiones muy serias en la situación de salud de la población. Por ejemplo, la RAAN y Jinotega, que tienen más del 50% de su población catalogada con un bajo consumo (primer quintil), muestran una magnitud mayor de problemas de salud al compararlas con poblaciones como las de Managua, Masaya y Carazo que tienen porcentajes bajos de población con muy bajo consumo.

Distintas fuentes identifican que en el año 2001 la ocupación plena era del orden del 76.8%, sin embargo, la tasa de desempleo abierto sigue siendo alta. Paralelamente a esta situación, existe el problema de los bajos salarios y el incremento de los costos de la canasta básica, lo que hace que las capacidades de satisfacción de las necesidades se vean muy limitadas. Cabe destacar, que en el empleo y el salario la mujer sigue siendo discriminada (menos oportunidades y menor paga), lo que tiene un impacto económico familiar cuando la mujer es la única fuente de ingreso.

De hecho, a pesar que se ha incrementado la producción de alimentos en el país, esto no ha favorecido su acceso a los sectores pobres; sino que son los sectores que tienen un empleo permanente y bien remunerado los que sí tienen asegurado su acceso. Esta situación es producto de la falta de aplicación de una política efectiva de seguridad alimentaria, lo que incide en que continúa existiendo un 20% de menores de cinco años con desnutrición crónica

¹ Tasa General de Fecundidad

² Encuesta de Medición del Nivel de Vida – 2001. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

(ENDESA-2001)³, y según datos del MINSA, en el 9% de los partos los recién nacidos son de bajo peso. También ENDESA-2001 muestra que un poco menos del 4% de las mujeres en edad fértil tienen problemas nutricionales, especialmente en el área rural de los municipios de extrema pobreza.

La tasa global de analfabetismo se redujo del 23.0% en 1993 al 18.7% en el 2001, sin embargo, entre la población rural extremadamente pobre, el analfabetismo alcanza el doble que el de la población rural no pobre. De acuerdo a los resultados de la EMNV-2001, el nivel de escolaridad de la población nicaragüense ha mejorado con relación a los resultados de la EMNV-93, ya que el porcentaje de población mayor de 10 años con cuarto grado de escolaridad aprobado, pasó de 58,5% en 1998 a 60,5% en el 2001.

Entre las mujeres, la tasa de analfabetismo es mayor con relación a los hombres, especialmente en las zonas rurales, lo que tiene una importancia capital en su salud y en las prácticas sanitarias que desarrolla cuando conforma su familia. La niñez de estratos pobres o extremadamente pobres que asiste a las escuelas, no tiene buen rendimiento académico, observándose un nivel máximo de 3,1 años de escolaridad. Más de la mitad de la niñez que abandona la escuela, lo hace por razones económicas.

En lo que respecta a la educación sanitaria de la población y sus prácticas, se reconoce que aún existe un déficit importante de conocimientos sobre cómo prevenir la mayor parte de los problemas de salud, lo que se traduce en hábitos y costumbres poco saludables; esta situación asociada a la pobreza y la incidencia de los factores ambientales y climatológicos, contribuyen a la aparición de problemas de salud prevenibles, frente a los cuales la población está más inclinada a su manejo curativo que preventivo. Esto conlleva a la búsqueda de servicios médicos, servicios alternativos existentes en las comunidades o por la vía de la automedicación.

En los últimos años, y como producto de la combinación de factores asociados a la pobreza, pérdida de valores éticos y sociales, problemas educativos, etc. se agrega un nuevo determinante: la violencia. Ésta es reconocida internacionalmente como un determinante de la salud; una de sus diversas formas es la violencia intrafamiliar y sexual, cuyo impacto en la salud es de grandes proporciones, convirtiendo los hogares, el espacio en el cual los seres humanos deberían desarrollarse en condiciones de ejercicio pleno de sus derechos humanos, en un factor de alto riesgo para la salud; siendo la mayoría de víctimas las mujeres y la niñez. Al mismo tiempo la violencia intrafamiliar se perfila como punto de origen de otros tipos de violencia, al extenderse a otras áreas y fusionarse con otros problemas, generando violencia social, económica e incluso política.

Entre los distintos tipos de violencia, están las asociadas a las agresiones físicas a las personas y las familias por parte de grupos de anti sociales, especialmente del sexo masculino, entre la que se destaca la violencia a la mujer, expresada como violencia sexual. Aunque no se dispone de datos que revelen la magnitud real del problema, algunas investigaciones sobre abuso sexual muestran que más del 80 % de las víctimas de Managua y Bluefields, y del 70 % de Estelí, fueron abusadas antes de cumplir los diecisiete años.

Otro estudio⁴ sobre explotación sexual comercial, indica que la misma, está vinculada al abuso sexual y que el 36% de los entrevistados fueron víctimas de abuso sexual antes de los doce años de edad, en la mayoría de los casos por un familiar hombre, siendo las más afectadas las niñas y las adolescentes.

³ Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud-2001. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

⁴ Estudio sobre Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Nicaragua. IPEC/OIT (2001). Realizado en Managua y Chinandega con 100 niños, niñas y adolescentes mujeres y varones víctimas de explotación sexual comercial en edades comprendidas entre los 12 y 17.

Finalmente, debe mencionarse la violencia por accidentes de tránsito, la que genera serios problemas de discapacidad y muerte. Todas estas expresiones de violencia dejan diversas secuelas de daño, discapacidad y muerte en la sociedad nicaragüense, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública, y que en muchas ocasiones podrían haberse evitado si se hubiesen tomados las medidas preventivas necesarias.

Con relación a las condiciones habitacionales de la población, se calcula que existe un déficit aproximado de medio millón de viviendas, conjugadas con las que deben sustituirse por viviendas dignas. Producto de esta situación existe un problema serio de hacinamiento, especialmente en estratos de la población de bajos ingresos, acentuándose más en las zonas urbanas.

Las limitaciones al acceso a los servicios básicos es otra característica de la población nicaragüense ya que sólo la tercera parte de la población tiene agua para beber dentro de la vivienda y otra tercera parte tiene este servicio fuera de la vivienda; este porcentaje se distribuye heterogéneamente entre los departamentos del país y por condición socio-económica de la población. Las estadísticas muestran una relación directa entre limitaciones en el acceso a los servicios de agua potable y los problemas de salud por transmisión hídrica.

Cabe mencionar que sólo la quinta parte de las viviendas del país descargan sus desechos a servicios de aguas negras y dos terceras partes de la población urbana no disponen del servicio de alcantarillado sanitario. El desarrollo de estos servicios ha sido muy limitado e iniquitativo ya que en general son las poblaciones más pobres las que carecen de estos servicios.

Las condiciones ambientales en las que vive la población nicaragüense muestran un fuerte deterioro en los últimos años. En las zonas rurales, el avance acelerado de la frontera agrícola muestra cambios importantes en las regiones del centro y norte del país, lo que tiene una alta incidencia en cambios climáticos que están permitiendo la aparición de problemas como el dengue y la malaria, los que tradicionalmente eran de las zonas de ambos litorales.

En las zonas urbanas, la basura es un serio problema de salud pública. Se producen unas 1793.5 toneladas por día en todo el país y sólo se tiene capacidad para recolectar un poco más de la mitad en las zonas urbanas; en general las ciudades adolecen de medios para tratarla y la mayor parte se deposita en lugares no autorizados comprometiendo aún mas el medio ambiente. En la mayoría de los municipios la disposición final es a cielo abierto.

B. Situación Epidemiológica

La situación epidemiológica de la población nicaragüense es una combinación de problemas de salud prevenibles y no prevenibles, cuyas dimensiones se presentan de forma heterogénea en la población, de acuerdo a sus condiciones socio-económicas.

1. Mortalidad

La tendencia de la tasa de mortalidad general ha sido a reducirse en los últimos quinquenios, pasando de 10,1 por mil habitantes en el quinquenio de 1980-1985 a 5,2 por mil habitantes en el quinquenio 2000-2005; la tasa de mortalidad masculina sigue siendo superior a la femenina especialmente en los departamentos de Managua, León, Chontales y Granada. Por grupos de edad, la mortalidad general muestra que es el grupo de mayores de cincuenta años los que tienen el mayor peso y en segundo lugar están las muertes de menores de un año. Los departamentos del pacífico tienen las proporciones más altas en los adultos mayores en comparación con el resto.

El descenso en la mortalidad general y las características de la mortalidad proporcional por grupos de edad, incide en la estructura de causas de muerte; existe un incremento paulatino de las causas de origen crónico y degenerativo (circulatorias, tumores); en el año 2000, la primera causa de muerte fue el infarto agudo del miocardio (16,7%), seguido de las cerebrovasculares (15,4%), perinatales (11,5%) y la diabetes mellitus (11,3%). Para el 2002, las muertes de origen crónico agrupadas representan el 37,0%, y las muertes por causas violentas relacionadas con los estilos de vida en las ciudades llegan a representar el 13,0% en promedio.

En cambio, las causas de muerte relacionadas con el rezago epidemiológico muestran un descenso a expensas de una reducción de las causas de origen infeccioso; por ejemplo, las Infecciosas tenían un peso del 14,5% en 1985, en cambio para el 2002 representan apenas un 5%. Las muertes perinatales y maternas, que están más vinculadas, además de la calidad de la atención de los servicios de salud, con los estilos de vida basados en la cultura y la educación, han tenido un comportamiento más estable en los últimos años. Las muertes por violencia tienen una importancia para el Sistema de Salud, tanto por la pérdida de capacidad productiva en el país, como por los altos costos que significan para los servicios de salud la atención de los problemas que se derivan de la violencia.

2. Morbilidad

La EMNV 2001 muestra que existe una alta prevalencia de enfermedades en la población: el 38.1% de la población encuestada se reportó enferma, cifra muy superior al 26.3% reportada en la encuesta de 1993. Según ENDESA-2001, el 2,6% de los que se sintieron enfermos en los últimos 30 días estuvieron internos en un hospital, el 44,3% consultó con un médico u otra persona.

De acuerdo a los resultados de ENDESA-2001, las enfermedades del sistema respiratorio son la principal causa reportada por las personas que se sintieron enfermas en los últimos 30 días (38,2%), le siguen en importancia “ciertas enfermedades infecciosas” (13,2%), enfermedades del sistema genitourinario (8%), otros síntomas (13,9%). La distribución por sexo de las causas por las que buscaron atención no tiene grandes diferencias, excepto que en las mujeres aparecen en mayor proporción los problemas del sistema genito-urinario (10,0%); algo similar ocurre si se comparan las causas por el origen de residencia de las personas (urbano y rural).

Con respecto a las afecciones de notificación obligatoria, el dengue clásico es la primera causa entre 1999 y el 2002; le sigue en importancia la varicela que viene reduciéndose. La mordedura de animal y sospecha de rabia sigue siendo un problema de vigilancia epidemiológica y la escabiasis ataca a todas las edades.

3. Discapacidad

La prevalencia de la discapacidad en Nicaragua⁵ es de 10,2% de la población mayor de seis años de edad, 10,5% en las zonas urbanas y 10 % en las zonas rurales. La proporción de personas con discapacidad se incrementa positivamente con la edad, especialmente al sobrepasar los cuarenta y cinco años de edad; la discapacidad afecta más al sexo femenino (11,3%) con respecto al masculino (9,1%).

Entre las causas de la discapacidad se señalan las siguientes: el 67% están relacionadas con las enfermedades crónicas y la vejez; el 9 % están relacionadas con el nacimiento; el 5,1%

⁵ Encuesta Nicaragüense para personas con Discapacidad 2003 INCE-MINSA-UCA, datos preliminares.

caídas y traumas, el 4,4% se deben a otros accidentes; el 4% están asociadas a enfermedades infecciosas; el 3,4% derivadas de enfermedad laboral; el 2,3% accidentes de vehículos, el 2,2% por acciones de guerra; 1,8% derivadas de agresiones de otras personas; el restante se debe a exposición a humo, envenenamiento, desastres naturales, minas antipersonales y otras causas. En la RAAN existen discapacitados como producto de la práctica del buceo con fines laborales (se estima que existen más de 1,000 personas con diversos grados de discapacidad permanente por este problema).

4. Problemas de salud por ciclo de vida

a. Niñez

Los menores de cinco años representan el 16% de la población total. El porcentaje de niños y niñas que nacen con un peso adecuado según las estadísticas del MINSA oscila en un rango del 91%. Según ENDESA-2001, se ha reducido el porcentaje de niños y niñas que han sido amamantados en la primera hora de recién nacidos comparando los datos de ENDESA-1998; sin embargo se ha incrementado el porcentaje de niños y niñas de tres meses que recibieron lactancia exclusiva.

Con relación a los problemas nutricionales, según ENDESA-2001, ha habido una reducción de la desnutrición crónica⁶ total en los y las menores de cinco años, pasando de 24,9% en 1998 a 20,2% en el 2001; también se ha reducido la desnutrición crónica severa en los y las menores de cinco años, pasando de 9,2% en 1998 a 6,3% en el 2001. Según ENDESA-2001, la desnutrición aguda⁷ total se encuentra en niveles similares a 1998 (alrededor del 2,2%); en cambio la desnutrición global⁸ total se ha reducido en tres puntos porcentuales. La encuesta Nacional de Micronutrientes realizada en el año 2000 muestra que el porcentaje de niños y niñas con deficiencia de Vitamina A es del orden del 8,8% en el grupo de niños/niñas comprendidos entre los 6 y los 59 meses de edad; con respecto a la anemia, la misma encuesta muestra que esta se presenta en 33,5% en los niños y niñas de 6 a 69 meses de edad.

Sobre la mortalidad infantil, ENDESA-2001 muestra que se ha reducido la mortalidad infantil de 79,8 por 1000 nacidos vivos en el quinquenio 1980-1985, a 35,5 por 1000 nacidos vivos en el quinquenio 2000-2005. Las ENDESAs de 1998 y 2001 identificaron algunos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de muerte en el menor de un año, entre estos se destacan: ser del sexo masculino, bajo peso al nacer, la baja escolaridad de la madre, intervalo ínter genésico menor de dos años, la madre no recibe cuidados prenatales o el parto es atendido sin ayuda profesional.

Según las estadísticas del MINSA de 2001, la mortalidad neonatal registrada representa la mitad de las muertes infantiles por comparación con la muerte post-neonatal, los que son similares a los resultados de ENDESA-2001. La comparación de los resultados de ENDESA-2001 con los de 1998 muestra que ha habido un descenso tanto de la mortalidad neonatal como la post neonatal. La distribución de la mortalidad infantil por causas muestra cambios importantes; los trastornos respiratorios y cardíacos específicos del período perinatal representan más de un tercio de las muertes infantiles, desplazando a la diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, las que en los años setenta eran la primera causa de muerte en este grupo.

⁶ La desnutrición crónica es una medida en nutrición que relaciona la Talla para la edad del niño.

⁷ La desnutrición aguda es una medida en nutrición que relaciona el Peso para Talla del niño

⁸ La desnutrición global es una medida en nutrición que relaciona el Peso para la Edad del niño.

La mortalidad de uno a cuatro años (post infantil) es de 10 por 1000 niños de esa edad de acuerdo a ENDESA-2001. La neumonía y la diarrea tienen un peso importante en la estructura de la mortalidad post neonatal. Un factor que ha contribuido a contrarrestar esta situación es la cobertura que alcanzada con las campañas de inmunización. Sin embargo, ENDESA-2001 muestra que las coberturas de inmunización tienen una distribución heterogénea en la población. Las zonas rurales del país tienen una menor cobertura del esquema completo de vacunación, por sexo es menor en las niñas que los niños. Entre las enfermedades prevalentes en los menores de cinco años están las diarreas, las enfermedades respiratorias (neumonía), meningitis y las inmunoprevenibles no cubiertas por los servicios públicos.

b. Adolescentes (10 a 19 años)

Los adolescentes y jóvenes representan el 25% de la población nicaragüense. Los adolescentes en Nicaragua se caracterizan desde el punto de vista reproductivo por sexualidad precoz y altas tasas de fecundidad. La fecundidad de las adolescentes rurales supera en más del 60% a la fecundidad de las adolescentes urbanas y representa el grupo con mayores tasas de mortalidad materna. A pesar de ello, casi la mitad de las adolescentes en las edades de 15 y 19 años que tienen vida sexual activa no usan métodos anticonceptivos. El embarazo en los adolescentes es un problema de salud y desarrollo, aunque se han reducido (hasta el 25%). El 3% de los embarazos en adolescentes ocurren en edades comprendidas entre los 10 y los 14 años.

En general, los adolescentes de ambos sexos están sometidos a un conjunto de riesgos producto de las condiciones sociales y la pobreza que vive el país, los que se expresan en el consumo de alcohol, drogas y situaciones de violencia en las que se ven envueltos; según datos de la Policía Nacional, las pandillas es la expresión más dramática de los riesgos que corren en esta edad. Las primeras causas de muerte en los adolescentes varones son intoxicaciones con plaguicidas, accidentes de tránsito y suicidios. El 28% de los suicidios ocurridos en el año 2001 se dieron en edades comprendidas de los 18 a los 25 años y la principal forma identificada fue la intoxicación. Más de la mitad de los suicidios se dieron en tres ciudades del país: Managua, León y Estelí.

Las causas de consulta más frecuentes por las que este grupo consulta en los servicios de salud (según estadísticas del Ministerio de Salud), son en orden descendente: nasofaringitis aguda, otras enfermedades infecciosas y parasitarias, amigdalitis agudas, asma bronquial, infección intestinal mal definida, cistitis y problemas de aparato urinario, atención del embarazo y artritis reumatoidea.

c. Adultos

Salud de las mujeres

La mortalidad materna va en descenso, pasó de una tasa de 125 por 100,000 nacidos vivos en 1996, a 96,6 por 100,000 nacidos vivos en el 2002. Más del 50% de las causas son de origen obstétrico, siendo la causa más importante la hemorragia post-parto. Según el MINSA para el 2001, la cobertura del control pre natal bajó al comparar los datos actuales con los de 1999 y el 2000. Según ENDESA-2001, el 67% de los controles pre natales fueron atendidos por un médico general (46,8%) o Ginecólogo (20,2%). El 18,5% fue atendido por una enfermera y el 1% por una partera o comadrona.

En la actualidad una tercera parte de los partos son atendidos por personal no calificado; se ha hecho esfuerzos comunitarios e institucionales para mejorar la calificación de las par-

teras. Sin embargo, en muchas ocasiones, éstas no cuentan con los medios necesarios para brindar una atención de calidad.

El 99,2% de las mujeres tienen un grado apropiado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. El uso de métodos anticonceptivos entre mujeres que tienen vida sexual activa, se ha incrementado de 49% en 1993, a 60% en 1998 y 69% en el 2001. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos seguros está asociado con: el nivel educativo, domicilio, situación socio-económica y nivel de consumo. Esto explica en parte que las mujeres más pobres y con bajo nivel educativo tienen tasas generales de fecundidad más altas.

Se ha incrementado la prevalencia del cáncer cérvico uterino llegando en el 2002 a 13,9 por 100,000 mujeres mayores de 15 años; en este año, el 6,8% de las mujeres con cáncer cérvico uterino tenían entre 15 y 34 años de edad; el 30% ocurrió entre los 35 y 49 años de edad y el 63,2% estaban por encima de los 50 años. El cáncer de mama en el año 2001 tuvo una tasa de 5,2 por 100,000 mujeres mayores de quince años, la que se elevó a 5,8 en el año 2002. El 55,4% de los casos diagnosticados ocurrió en mujeres mayores de cincuenta años de edad, el 41,3% estaban en las edades de 35 a 49 años de edad y el 3,2 estaban entre los 15 y los 34 años de edad.

Salud de los y las trabajadoras

La tasa general de accidentes en población económicamente activa fue de 83 por cada 1000 trabajadores en 1999, con una tasa de mortalidad de 6.4 por 1000, siendo los riesgos mecánicos y químicos los más involucrados. Las intoxicaciones por plaguicidas afectan cada año aproximadamente al 4% de los trabajadores. Se estima que ocurren anualmente cerca de 70,000 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas de las cuales solo el 2% son reportadas.

d. Adultos Mayores

La proporción de personas de la tercera edad se viene incrementando en los últimos años; para 1998 los motivos de consulta más importantes en este grupo etáreo en los servicios de atención de consulta externa del MINSa fueron: enfermedad hipertensiva, artritis reumatoide, cistitis e infección de vías urinarias, Infección renal, otras enfermedades de origen infecciosas y neumonía. En el año 2002 el primer motivo de consulta es la enfermedad hipertensiva, seguida por la artritis reumatoide.

En el año 2002, el 6,4 % del total de los egresos hospitalarios del MINSa tuvieron como diagnóstico una enfermedad crónica (17,804 egresos); la diabetes mellitus generó el 24% de estos egresos, la enfermedad crónica de vías respiratorias bajas produjo el 23,9%, otras enfermedades del corazón produjo el 12,8% y la enfermedad hipertensiva el 11,7%. La diabetes mellitus, en el año 2002, produjo en Managua el 32,6% de los egresos hospitalarios, León el 10,7%, Chinandega el 9,1%, Masaya el 6,8%, Granada 5,6%, Estelí el 5,1% y Carazo el 4,4%.

La mortalidad por enfermedades crónicas en el año 2002 representó el 32,4% de las causas de muertes en el país (4,884 muertes); entre las enfermedades crónicas, el 34,5% de las muertes se debió a enfermedad Isquémica del corazón, el 23,4% fue por enfermedades cerebrovasculares, el 17,8% tuvo como causa básica del diagnóstico la diabetes mellitus y el 9,2% se debieron a otras enfermedades del corazón.

Los tumores malignos afectan fundamentalmente a los mayores de cincuenta años de edad. Del total de tumores malignos el 71,2% se presentaron en personas con cincuenta años y más en el 2001 y el 70,95 % del total en el año 2002; entre los tumores que más destacan en los mayores de cincuenta años en el 2002 está el de estómago (80,75 %); el de hígado y

vías biliares 80,54 %; cáncer de pulmón (85,98 %), el cáncer de cuello uterino (63,18 %) y el de próstata (85,98 %).

5. Daños específicos a la salud

Salud Mental

La información sobre este problema es sumamente pobre, limitada a lo que llega a las unidades de salud; con algunos estudios se estima que existe un 27,9% de trastornos mentales en la población adulta. Los problemas más frecuentes son la neurosis y el alcoholismo. Estos problemas generan algunas formas de violencia intra familiar, lo que no significa que la violencia intra familiar se origine por problemas de salud mental. Frente a la problemática de salud mental aún no se cuenta con un programa sectorial estructurado y con recursos suficientes. Según especialistas sobre el tema, los grupos vulnerables a este tipo de problemas son en primer lugar las mujeres, niños/niñas y los adolescentes.

Malaria

La malaria muestra un descenso sostenido de la prevalencia en los últimos cinco años. Departamentos que tradicionalmente han sido de alta prevalencia como Chinandega en el Pacífico, Nueva Segovia en el interior norte del país, RAAN, RAAS y Río San Juan en las costas del caribe, muestran un descenso en la prevalencia; en cambio Matagalpa y Jinotega, que no han sido zonas endémicas, muestran un incremento de la prevalencia. Los grupos de edad más afectados son el 15 a 49 años, seguido del grupo de 5 a 14. En lo que respecta a la malaria por falciparum se ha mantenido estable en los últimos años.

Dengue

En el ámbito nacional se observa una reducción de la prevalencia del dengue clásico en los últimos tres años, al igual que el dengue hemorrágico. Sin embargo, la distribución del dengue está muy vinculada a las condiciones ambientales favorables para la cría y proliferación del vector *Aedes aegypti*, así como la exposición de grandes cantidades de personas a factores de riesgos, la inadecuada vigilancia epidemiológica y entomológica, y las insuficientes actividades de control del vector.

Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas no está incluida en el sistema de vigilancia epidemiológica nacional lo que dificulta la clasificación de casos. La incidencia reportada es muy baja, en un estudio serológico realizado con 150,000 donantes de sangre desde 1993 se encontró una prevalencia de 0.3% en Managua y hasta de 11% en la zona norte. Estos son coherentes con los resultados de la encuesta entomológica del vector realizada en 1998 la cual encontró que el 5% de las viviendas resultaron positivas al vector.

Tuberculosis

La tuberculosis es endémica en el país; sin embargo, durante los últimos diez años todas las formas de tuberculosis han mostrado una tendencia decreciente, con una disminución en la incidencia nacional de más del 50%. La enfermedad afecta más a hombres en edades productivas, representando el 26% del total de casos bacilíferos.

ITS y VIH/SIDA

Las infecciones de transmisión sexual siguen siendo un problema en Nicaragua; la gonorrea, aunque se ha reducido su tasa en el 2002 con relación a los años anteriores, sigue siendo la más importante, seguida de la condilomatosis y la sífilis. Este tipo de problema afecta principalmente al grupo etáreo de 15 a 24 años de edad y se presentan en una relación de uno a uno entre ambos sexos.

El primer caso de SIDA se dio en 1987, iniciándose desde ese momento un crecimiento de casos dividido en dos períodos, el primero hasta 1997, de forma lenta y paulatina, y de 1998 a la fecha un crecimiento acelerado, teniéndose a junio de 2003, una tasa de 3.72 por 100,000 habitantes. En los últimos 3 años ha crecido a razón de un 24%, a junio de 2003 se han acumulado 1099 VIH/portadores, con 469 casos de SIDA y 248 fallecidos.

Aunque en la actualidad la relación por sexo es de tres a uno entre hombre y mujer, se observa en el comportamiento de la epidemia una tendencia a la feminización y la aparición en amas de casa lo que está muy vinculado a las prácticas sexuales poco seguras de la población, debido a la poca información y educación sobre el peligro de esta enfermedad en este sector de la población, y la ausencia de acciones con enfoque de género sobre este tema.

6. Prioridades

En conclusión, el análisis de la situación de salud evidencia que algunos grupos de madres y de la niñez, siguen siendo los más vulnerables de la población nicaragüense, los que se asumen como prioridad para el sector salud en el corto y mediano plazo, especialmente en las poblaciones pobres o en extrema pobreza, principalmente de la RAAN, RAAS, Jinotega, Río San Juan, Chontales, Nueva Segovia, Madriz y Chinandega. De igual forma se consideran prioridad en estos departamentos las poblaciones de las zonas rurales, las que en general tienen mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

Desde esa perspectiva, el abordaje integral de la mortalidad materna, así como la mortalidad infantil y los problemas nutricionales, son el centro de las acciones a desarrollar desde el sector salud, incluyendo una amplia participación social que asegure cambios importantes en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, acompañados de los elementos de un análisis con enfoque de género.

En un segundo orden de prioridad están los problemas endémicos del país (Malaria, Dengue, Tuberculosis), los que a pesar de los esfuerzos que se han venido realizando siguen afectando a la población y en especial a los grupos en edad productiva del centro del país y las regiones del Atlántico. De la misma forma se considera una prioridad el VIH/SIDA, cuyo comportamiento epidémico se encuentra en los límites permisibles, afectando principalmente a los grupos en edades reproductivas de zonas de tránsito internacional y de la capital.

Otros problemas que son considerados como prioritarios son los referidos a la discapacidad en sus distintas manifestaciones, así como los asociados a la salud mental y la violencia en general y en especial la intra familiar. Dada la complejidad de estos problemas, además de las estrategias sectoriales, deberán ser complementadas con otras políticas públicas, con enfoque de género que permitan contribuir a reducir la probabilidad de su ocurrencia y la aparición de daños en salud, que potencialicen sus capacidades humanas y faciliten su integración en la sociedad. Sobre estos problemas son grupos vulnerables las mujeres y la niñez, los que son objeto de la atención inmediata del sector salud.

De la misma forma se consideran que existen grupos de adolescentes y jóvenes, considerados vulnerables por los riesgos a que están sometidos por problemas asociados con

el embarazo de las adolescentes (que tiene un peso importante en la mortalidad materna), así como por la violencia en todas sus manifestaciones, las drogas, el alcoholismo, el suicidio, el abuso sexual, el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, etc. Este grupo es el foco de la atención para la implementación de la estrategia de largo plazo de salud sexual y reproductiva que se desarrollará con enfoque de género, especialmente en las zonas rurales del país.

Aún con las limitaciones del sector salud, se incorporarán en los servicios de salud acciones preventivas dirigidas a reducir la aparición de las afecciones crónicas, como la Diabetes e Hipertensión, en los adultos y adultos mayores, los que en general demandan abundantes recursos para su atención en la fase curativa; se hará énfasis en la detección oportuna, tanto del Cáncer Cérvico Uterino como de Próstata, con el fin de incidir en la mortalidad por estas causas.

Se dará especial atención a la situación de las Regiones Autónomas del Atlántico donde además de las restricciones generales del sector salud, se conjuga un conjunto de factores propios de su desarrollo (étnicos, lingüísticos y culturales), con poblaciones pobres o en extrema pobreza que han permanecido en abandono y aisladas de los beneficios del desarrollo, lo que determina su situación de salud, así como las posibilidades de su desarrollo integral.

C. Situación del sector salud

La respuesta social a la situación epidemiológica de la población y sus determinantes través del sector salud, ha sido poco eficaz, eficiente y efectiva. Por un lado se cuenta con escasos recursos para atender las necesidades y demandas de la población y por otro, ha sido inadecuada la disposición de los recursos disponibles.

ENDESA-2001 evidenció que existen barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los servicios que brindan las instituciones del sector público, los que están siendo utilizados por los estratos con mayores recursos económicos; los pobres están recurriendo para atenderse en salud a otras opciones que conllevan a mayores riesgos financieros, lo que descapitaliza sus posibilidades de desarrollo y reproduce su condición de pobreza, incrementando de esa forma las desigualdades en el país.

A pesar de los esfuerzos por incrementar la cobertura en los servicios de salud (tanto en el sector público, como de la seguridad social), aún existe un porcentaje considerable de población que no tiene acceso a los servicios de salud, ya sea por razones geográficas, económicas, culturales e incluso de falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud. Al mismo tiempo no se ha desarrollado desde las instituciones del sector una cultura efectiva de promoción, prevención y previsión de los problemas de salud, de tal forma que motive a la población a ser un actor activo en el fomento a la salud.

Por otro lado, la limitada vinculación entre las instituciones del sector y las acciones que desarrollan las comunidades, tanto en forma directa a través de agentes comunitarios (brigadistas, parteras, etc.), como las que realizan organizaciones de la sociedad civil (grupos juveniles, clubes de madres, etc.), no canaliza este caudal de energía en intervenciones efectivas que transformen la realidad sanitaria del país.

El enfoque de atención que han utilizado las instituciones del sector ha estado más centrado en los daños, en la enfermedad, que en las determinantes y condicionantes de la salud; ha estado más dirigido a la atención de las patologías que a las poblaciones, sin hacer énfasis en la identificación de los grupos más vulnerables (pobres, étnicos, etc.), sin identificar las diferencias existentes de género, de condiciones socio-económicas, entre otras, de los distintos grupos de población y en especial, sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud, haciéndose esto más evidente en la Costa Caribeña. Se ha prestado atención a algunos

aspectos del medio ambiente físico, pero no se ha profundizado en la atención a los ambientes laborales, sociales y culturales.

En parte, esto se debe a que el modelo de atención vigente incluye únicamente los servicios del MINSA, no convoca a las distintas instituciones del sector salud en el desarrollo de intervenciones integrales, da más peso a los aspectos curativos que los preventivos; con muy limitadas acciones de promoción y aunque se realizan acciones de prevención específicas, éstas están dirigidas a los daños transmisibles, con muy poco énfasis en los no transmisibles, cuyo peso se viene incrementando paulatinamente, generando altos costos a los servicios de salud.

Hasta el momento ha habido limitaciones en el sector salud para desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud en toda su dimensión; tanto los servicios del Ministerio de Salud como los que compra la Seguridad Social, adolecen de acciones sistemáticas de fomento a la salud, de acciones que incidan en los hábitos y costumbres de la población, no contribuyen a la prevención de los problemas de salud y el control de los factores de riesgo que los generan. En parte esto es debido a la acción poco coordinada del sector y el tímido liderazgo del Ministerio de Salud.

Así mismo, existen evidencias de las limitaciones de recursos con que laboran los establecimientos de salud, especialmente los del sector público. Los establecimientos del primer nivel de atención en general tienen una baja capacidad resolutive en los aspectos de diagnóstico y tratamiento. La red hospitalaria, en general funciona con una infraestructura y equipamientos obsoletos, lo que crea desequilibrios entre los recursos humanos y la base técnico material, lo que incide en su baja productividad.

En general los servicios se ofertan sin un enfoque de calidad que tome en consideración las necesidades y expectativas de la población usuaria, lo que se expresa en la poca información que se le brinda a la población sobre la cartera de oferta de servicios; existen problemas en el trato que se le brinda a la ciudadanía y el diseño de los procesos y flujo con que funcionan los servicios en general no es el más adecuado; en el caso de la atención a los asegurados del INSS, se han hecho esfuerzos para introducir este enfoque, creándose mecanismos para su control institucional sobre las EMPs⁹.

La inversión en salud en la última década ha sido muy limitada, al compararla con la inversión que hace el resto de países centroamericanos, cuyo promedio de gastos per cápita por año es de cincuenta y nueve dólares tanto en el ámbito público como en el privado; la tendencia de la inversión pública ha sido a reducirse en comparación la inversión privada (actualmente representa el 29% de la inversión total), lo que se ha acompañado de una reducción del aporte internacional al sector salud. De acuerdo a los cálculos económicos presentados en el Plan Nacional de Desarrollo, esta situación va a variar mucho en los próximos años, lo que implicará la necesidad de encontrar nuevas formas de financiar el sector para evitar que los riesgos financieros de los cuidados esenciales en salud los asuma la población.

En el sector público se utilizan mecanismos tradicionales para asignar recursos, lo que contribuye a que los mismos se utilicen de forma ineficiente; en cambio, en la seguridad social, se ha establecido un mecanismo de compra de servicios que es eficiente para la institución, sin embargo, abre la posibilidad que el derecho-habiente no reciba servicios con calidad y que en el peor de los casos, las EMPs limiten aún más la canasta de servicios definida por el INSS.

La combinación de una visión curativa del sector y los limitados recursos tienen el efecto de inducir a la población a demandar más servicios curativos, lo que se expresa en la pobre utilización de los servicios del primer nivel de atención (especialmente de los puestos de salud),

⁹ Empresas Médicas Previsionales, son servicios privados ó públicos que se organizan para la atención de los asegurados.

y una mayor presión a los servicios hospitalarios, especialmente los de emergencia. En parte, esta situación es producto de no contar con un modelo de atención adecuado que priorice las acciones de fomento a la salud y que articule los servicios de salud de las distintas instituciones y organizaciones del sector salud.

D. Evaluación de la Política Nacional de Salud 1997-2002¹⁰

Sobre la implementación de las políticas de Salud

Se identificaron algunas deficiencias en torno a la implementación de las políticas 1997-2002. La primera, la inexistencia de una estrategia de divulgación de la Política entre los niveles operativos y directivos del sector salud. En segundo lugar, aunque los lineamientos de política estuvieron enfocados a enfrentar los temas realmente relevantes, es patente la inexistente capacidad en términos del recurso humano para hacerlo operativo y la gran desmotivación entre el personal que labora en el sector. En tercer lugar, el manejo de la información es crítico para una planificación adecuada e implementar sistemas eficientes de monitoreo y evaluación de los programas de salud a cargo del MINSA y otras instituciones. Finalmente, la calidad de los servicios de salud del sector público se ha visto deteriorada, fenómeno que es agudizado por los graves problemas de infraestructura y equipo que adolecen la mayoría de las instituciones del sector.

Uno de los propósitos fundamentales de la política de salud era lograr que los lineamientos establecieran prioridades de inversión en el sector salud. En este sentido tal y como se advierte en el análisis de las inversiones públicas del sector salud, las inversiones públicas han crecido durante el período 1997-2003 a un ritmo moderado del 5% y donde destaca la elevada participación del componente externo de financiamiento. Si bien las prioridades de inversión se dirigieron a solventar los problemas de infraestructura y promover los programas de apoyo a la salud, quedan aún grandes brechas pendientes de resolver. Una de las principales dificultades que enfrentó este proceso es el complicado tema de las licitaciones públicas, que son entrabadas frecuentemente por diversos medios. El vínculo entre políticas de salud y establecimiento de prioridades de inversión fue parcialmente cumplido, puesto que se careció de un plan de implementación propio para dar respuesta en términos presupuestarios a las principales prioridades encontradas en el sector.

Gracias al apoyo del Programa de Modernización del Sector Salud se logró vincular los lineamientos definidos en las políticas de salud y el establecimiento de programas de salud, tales como los del FONMAT¹¹, APS¹², Casas Maternas, etc. A su vez una serie de programas promovidos por medio de la cooperación externa, se han focalizado en las zonas prioritarias del territorio nacional. La coordinación entre la cooperación externa y el MINSA se ha efectuado eficazmente, aunque se carece de una estrategia que permita establecer vínculos más firmes entre dichos organismos y el MINSA.

Sobre el desempeño de las políticas de salud

En el campo de la modernización del Sector Salud se avanzó con la aprobación de la Ley General de Salud y su respectivo Reglamento. El PMSS promovió la elaboración de políticas específicas para el MINSA en las áreas de planificación, recursos humanos y descentralización

¹⁰ Tomado del Informe Borrador Final de Consultoría Evaluación de la Política Nacional de Salud en Nicaragua 1997-2002. Elaborado por SANIGEST.

¹¹ Fondo para la Maternidad e Infancia Segura.

¹² Atención Primaria en Salud.

financiera. En este último aspecto los avances de los últimos años han sido bastante prometedores.

Con relación al fortalecimiento del Ministerio de Salud, en el nivel nacional se avanzó el ordenamiento institucional de la gestión de los recursos humanos; en el financiamiento destacan las reformas acontecidas en la estructura programática presupuestaria y el establecimiento de presupuestos con base a la priorización de problemas de salud.

Las políticas de fortalecimiento en los SILAIS se enfocaron a la incorporación de acciones de promoción y prevención para garantizar un mejor estado de salud de la población, el fomento de la participación comunitaria a través de Consejos Departamentales y Municipales de Salud, la implementación de guías de monitoreo para la prestación de servicios, entre los logros más importantes.

En los municipios se inició la aplicación de protocolos de atención para las emergencias obstétricas y pediátricas, se implementaron 20 planes de promoción del FONMAT en zonas con alta vulnerabilidad y se ha dotado de autonomía en la gestión de los fondos a los Proveedores Gestores. Con relación al fortalecimiento de la atención Hospitalaria, se promovieron acciones para la reforma de la gestión hospitalaria, con el propósito de incrementar la autonomía hospitalaria. Se han firmado convenios de gestión entre los hospitales y el nivel central del MINSA así como en el ámbito interno, en cada una de las áreas o departamentos del hospital con la gerencia.

La política relacionada con las nuevas estrategias de salud pública presenta como principal logro la formulación de la propuesta de Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), así como el desarrollo de diversos programas innovadores como el FONMAT, APS, Casas Maternas y otros ejecutados por ONG's, lo que han permitido extender la cobertura de servicios básicos de salud. Para ejecutar la provisión de servicios se han diseñado estrategias novedosas como la compra de servicios a proveedores públicos y privados y el establecimiento de convenios de gestión.

Finalmente, la modernización de la Seguridad Social se expresó en la consolidación del modelo de salud previsional, aunque no se superó sus vacíos legales. En el año 2004 se iniciará un programa piloto para extender la cobertura a los trabajadores del sector informal, así como el nuevo sistema de pensiones. El INSS ha realizado las estimaciones correspondientes del impacto fiscal de dicha transición y está en estrecha comunicación con la Superintendencia de Pensiones para brindar colaboración en dicho proceso.

E. Retos del sector salud

Para que el sector salud pueda dar respuestas a los cambios previstos de la población en el largo plazo y tomando en cuenta las limitaciones actuales del sector salud, sus PRINCIPALES RETOS estarían en:

- **Dirigir las inversiones en salud en función de necesidades y prioridades de la población con el fin de contribuir al desarrollo socioeconómico del país**, de tal forma que se eliminen las barreras (geográficas, económicas, funcionales y culturales) que aún existen al acceso de los servicios básicos en general y de salud en particular. La distribución de las inversiones debe hacerse con enfoque de equidad, género y atención primaria, identificando con precisión territorios específicos vinculados a los conglomerados productivos y poblaciones vulnerables por otros condicionantes (zonas rurales alejadas, etnias, discapacitados y trabajadores del agro).
- **Incrementar la cobertura de atención, especialmente de aquellas acciones de prevención y protección que tengan alta incidencia en los principales problemas de salud de la población**, a través de reordenar los servicios y las modalidades de

atención que se han venido utilizando, así como las acciones y servicios que desarrollan otras instituciones del sector social (MECD, MIFAMILIA, etc.). Es un reto importante crear las condiciones para el acceso a medicamentos esenciales para atender los principales problemas de salud de la población, especialmente aquellos de orden endémico o que pueden afectar colectivamente a la población. Parte importante de este proceso será incrementar la cobertura de la atención a la población a través de la seguridad social y la ampliación de su canasta básica.

- **Transformar a corto plazo la actuación y la cultura vigente en el sector y la población, conduciéndola hacia una visión y actuación que se centre en un enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud** más que la atención a los aspectos curativos, sin descuidar la atención de aquellos problemas de salud que por su naturaleza, al tratarlos contribuye a la prevención de otros problemas, tomando en cuenta el perfil epidemiológico del país; el sector salud debe trabajar sobre la base de prioridades nacionales y locales; es necesario hacer énfasis en desarrollar actividades sistemáticas de información, educación y comunicación con enfoque de género hacia la población y los trabajadores del sector, que permita desarrollar prácticas que modifiquen los factores de riesgo de los problemas de salud.
- **Incorporar la participación activa y consciente de la ciudadanía en el que hacer del sector con el fin de asegurar su gobernabilidad**, de tal forma que se desarrollen en las comunidades las capacidades necesarias para producir prácticas y ambientes saludables, en consonancia con las actuaciones de las instituciones públicas. Al mismo tiempo, se debe estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia. La incorporación de la población debe basarse en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria en el país, que contribuyan al desarrollo de las acciones en salud, más allá del apoyo a determinadas actividades que se identifica como medidas de autoayuda.
- **Profundizar la reforma del sector salud** de tal forma que cree condiciones en las instituciones y organizaciones que lo integran, para poder atender las transformaciones demográficas y epidemiológicas previstas en la población nicaragüense. La Reforma del Sector Salud debe ser capaz de revertir los problemas de iniquidad, ineficiencia y limitada eficacia del Sector Salud. Por ello se debe intervenir en los siguientes ámbitos en el corto y medio plazo:
 - **Crear mecanismos efectivos que articulen las instituciones y organizaciones del sector salud** en el desarrollo de acciones efectivas sobre los problemas de salud bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud; será necesario instrumentar al MINSa para que pueda ejercer su rol Rector y Regulador sobre la base de lo establecido en la Ley General de Salud No. 423 y su Reglamento.
 - **Implementar un plan de descentralización**, sobre la base de una propuesta de separación de funciones en las instituciones del sector que se concrete en la transferencia de competencias y poder decisorio, así como la transferencia de los recursos requeridos por los servicios de salud, de acuerdo a lo establecido en el marco jurídico del sector salud. Será indispensable en el corto plazo contar con procesos de control que aseguren la transparencia del uso de los recursos en el sector.
 - **Mejorar la capacidad gerencial y el liderazgo de las instituciones del sector salud**, lo que implica fortalecer los conocimientos técnicos gerenciales de los recursos humanos involucrados en la gestión, tanto del MINSa como del INSS. Paralelamente se deberán crear los procesos, instrumentos y metodologías necesarias para el proceso gerencial.

- **La búsqueda de nuevas fuentes o mecanismos de financiación del sector salud** que viabilicen un funcionamiento sostenible en el largo plazo, así como la selección de criterios eficientes de asignación de recursos que respalden las acciones de salud. Será necesario incorporar rápidamente mecanismos de asignación y utilización de los recursos financieros disponibles que permitan optimizar su uso en la provisión de servicios a la par de alcanzar los mejores resultados desde el punto de vista de las metas en salud.
- **Implementar un nuevo modelo de provisión de servicios de salud** que sea coherente con el perfil epidemiológico y las necesidades de atención de la población; este modelo de provisión debe establecer con precisión: los cuidados que deben brindar las instituciones del sector a la población; las medidas de protección que se deben implementar para grupos vulnerables; las modalidades de atención en correspondencia con la actuación local del sector salud y las características del desarrollo político, demográfico, étnico y cultural, especialmente en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica; así como los recursos que deben disponerse para asegurar esos cuidados.
- **Articular el desarrollo de los recursos humanos para el sector** de tal forma que se puedan dirigir a la población de acuerdo a sus necesidades sanitarias. Será indispensable articular los esfuerzos institucionales con los interinstitucionales necesarios para establecer un proceso dirigido al desarrollo de los recursos humanos para el sector salud, haciendo énfasis en la modernización de su gestión en la provisión de servicios con equidad de género y eficiencia.

CAPITULO III

Política Nacional de Salud

A. Principios y Ejes Transversales

Los elementos que le darán direccionalidad a la Política y el Plan Nacional de salud para el período 2004 – 2020 se fundamentan en principios orientadores y ejes transversales que permitan mejorar la equidad y la calidad de los servicios integrales de salud, los cuales se presentan a continuación:

1. Principios

Los principios fundamentales que guiarán las acciones expresadas en el Plan Nacional de Salud, están basados en los artículos No. 59 de la Constitución Política de la República, en el artículo No. 5 de la Ley General de Salud y los establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo:

Universalidad

La Articulación de las acciones y servicios de salud deben tomar en cuenta a toda la población, independientemente de los distintos regímenes de financiamiento (contributivo, no contributivo y voluntario).

Equidad

Oportunidad que tiene la población de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores vulnerables (por razones de riesgos sociales y epidemiológicos), para el desarrollo de sus potencialidades y una vida digna.

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.

Continuidad

Las acciones en salud deben ser sostenibles en el tiempo, tomando en cuenta todos los ámbitos y etapas del ciclo de vida.

Calidad

Las acciones y servicios de salud deberán tener efectividad comprobada, que sean aceptadas y que generen satisfacción en la población, con el menor costo y riesgo posible.

Complementariedad

La salud al tener diversas dimensiones requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas, privadas y comunitarias, que deben coordinarse y articularse para lograr mayor eficiencia e impacto, sobre la población en general y sobre los grupos vulnerables en especial. Asimismo, el sector salud deberá articular los distintos actores e instituciones y las agencias de cooperación, para desarrollar e implementar las políticas de salud con responsabilidad social compartida.

Solidaridad

Se refiere a los mecanismos redistributivos de asignación de recursos financieros provenientes tanto de las cotizaciones de la seguridad social, como los de origen fiscal, mediante los cuales las personas con mayores recursos contribuyen al acceso a las prestaciones de aquellos con menores recursos.

2. Ejes Transversales

Equidad de género

Es parte esencial de la equidad social y significa enfatizar en la importancia de la igualdad, haciendo realidad lo establecido formalmente en las leyes sobre la igualdad. Establece trato justo y equitativo. Es el reconocimiento y valoración equilibrado del potencial de mujeres y hombres y la distribución del poder entre ellos y ellas.

Su aplicación, significa reconocimiento de diferentes realidades, intereses y necesidades de salud de mujeres y hombres para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente, reconociendo y trabajando las iniquidades sociales, más allá de las ya conocidas (sectores o grupos pobres, pobres/no-pobres, pacífico/centro, entre otras).

La evaluación de las políticas públicas implica medir su impacto por género y resume que la justicia social y la equidad son un derecho de todos y todas, como agentes, actores y consumidores de los resultados del desarrollo.

Participación social

Es la relación entre la población (líderes comunitarios, redes sociales, organizaciones, etc.) y las instituciones de salud, que debe darse en los espacios de derechos reconocidos, así como en las responsabilidades ciudadanas compartidas. Esta deberá consolidarse a través del fortalecimiento de instancias institucionales y formas organizacionales, que faciliten la participación responsable y sostenida de la sociedad, en la definición de las necesidades y prioridades de salud, planeación, desarrollo de acciones de autocuidados, provisión de los servicios de salud, así como el control y evaluación de los mismos.

B. Visión y Misión del sector salud

Visión

La población nicaragüense ha aumentado su esperanza y calidad de vida. Tiene garantizado el acceso a un conjunto de servicios básicos de salud, especialmente los grupos vulnerables.

La ciudadanía, la familia y la comunidad, fomentan prácticas que los convierten en los constructores de sus condiciones de salud y desarrollo.

La población usuaria se encuentra satisfecha por el respeto y la calidez hacia su persona, la prontitud de la atención, las condiciones y la seguridad de los servicios de salud brindados por el personal de salud.

Misión

Desarrollar y garantizar acciones y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud con el concurso de instituciones y organizaciones públicas y privadas, la comunidad, la familia y las personas para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.

C. Lineamientos Generales de la Política Nacional de Salud

Los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno ecológico y social, equilibrando los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, así como el trato respetuoso, cálido y humano que reciben en los servicios de salud, en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud. Igualmente se orientan al fortalecimiento y transformación del Sistema de Salud, especialmente el desarrollo de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud.

La Política Nacional de Salud parte del concepto que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano, que contribuye directamente al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza, como un factor fundamental y necesario para el crecimiento en el empleo, la inversión y la productividad del trabajo. Por otra parte, se considera que la inversión en salud no se limita a los esfuerzos y recursos que se utilizan en la provisión de servicios de salud, sino que implica las acciones, servicios y productos brindados a la población desde las distintas instituciones y organizaciones que integran el sector.

1. Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud

Las acciones, servicios y productos que se generan desde el sector salud se desarrollarán con criterios de equidad, género, calidad y sostenibilidad, con el fin de hacerlas accesibles a la población en general y en especial, a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como grupos de población que tienen mayor vulnerabilidad por su origen étnico, condiciones hereditarias y adquiridas, situaciones de emergencia, etc.

El sector salud focalizará sus mejores esfuerzos en los territorios, tanto en las poblaciones en extrema pobreza, como en aquellos con mayor potencial productivo, donde se puedan crear fuentes de trabajo a partir de la conformación de los conglomerados productivos, que se desarrollarán en los próximos años; los mejores esfuerzos se deben caracterizar por brindar cuidados en salud en correspondencia con la dimensión de las necesidades de las poblaciones en extrema pobreza, con el fin de lograr impactos de corto y mediano plazo.

La ampliación de la cobertura de los servicios se basará en la entrega de un conjunto de servicios esenciales o paquete básico, el que llegará a la población combinando distintas estrategias de actuación de las instituciones del sector, más allá de la clásica inversión en infraestructura que lleva tiempo y consume muchos recursos, que no siempre estarán disponibles. La combinación de público-privado debe contribuir a este esfuerzo, especialmente en lo que respecta a las organizaciones no gubernamentales que han desarrollado capacidades y experiencia en diversos campos, que se hacen necesarios en el combate a la pobreza.

Se ampliará la cobertura de la atención a los trabajadores y sus dependientes a través del INSS, especialmente la población del sector informal (independiente) de la economía a través de modalidades innovadoras de aseguramiento, en correspondencia con el proceso de consolidación de la economía y el desarrollo del país.

Un tema central del acceso a los servicios de salud será el acceso a los medicamentos. En general, las instituciones y organizaciones del sector trabajarán con medicamentos genéricos, de calidad y bajo costo, y se promoverá que los mismos estén disponibles en la red de farmacias privadas, públicas y comunitarias para que estén accesibles a la población en general.

<p>POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN</p>	<p>ESTRATEGIAS</p>
<p>COBERTURA</p> <p>Aumento de la cobertura para reducir la brecha de acceso existente entre la población pobre o en extrema pobreza, grupos vulnerables, en especial para mujeres en edad fértil, adolescentes y niñez de zonas rurales de difícil acceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="787 331 1421 1108">□ Implementar un conjunto de servicios esenciales o paquete básico de atención focalizado a grupos vulnerables, de zonas geográficas prioritarias y a grupos específicos según sus características epidemiológicas y necesidades particulares. El paquete básico consistirá en un conjunto de intervenciones o atención en salud a las personas, la familia y la comunidad que incluye acciones de salud pública, vigilancia, fomento y educación dirigidas a promover hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud, a través de los servicios de protección y prevención en salud encaminados a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población; y de atención oportuna al daño dirigidas a la recuperación y rehabilitación de salud que privilegie el primer nivel de atención en el ámbito comunitario, para eliminar el mayor número de barreras de acceso. <li data-bbox="787 1140 1421 1360">□ El MINSA se asociará con las redes sociales (organizaciones de mujeres, cooperativas, etc.) y gobiernos municipales, para optimizar la utilización de sus capacidades humanas y de infraestructura, facilitando el acceso de la población a sus servicios. <li data-bbox="787 1392 1421 1465">□ Se ampliará la red de casas maternas con el apoyo de las comunidades. <li data-bbox="787 1497 1421 1717">□ Conformación de Brigadas Móviles y contratación de proveedores privados, especialmente ONGs que hayan desarrollado capacidades y experiencia en la atención en salud y que previamente estén habilitados por el MINSA.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>Aumento de la cobertura del Seguro Social entre la población económicamente activa, tanto del sector formal como informal (independiente) de la economía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Ampliación de la cobertura del INSS a la población, tanto al sector formal e informal (independiente) de la economía a través de nuevas modalidades de aseguramiento. ☐ Ampliación de la canasta básica del INSS, de tal forma que se asegure la atención hospitalaria, incluyendo los accidentes de tránsito y las enfermedades propias de la tercera edad.
<p>El MINSA Mejorará el acceso de medicamentos esenciales y genéricos de calidad y bajo costo a la población en general, en especial la niñez menor de 5 años, las mujeres en edad fértil y los adultos menores. El MINSA coordinará con las empresas e instituciones la disponibilidad de los medicamentos genéricos más allá de los intereses particulares de cada quien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Se facilitará la implementación de la red de farmacias comunitarias y la disponibilidad de medicamentos genéricos de calidad tanto en las farmacias comunitarias como en las públicas y privadas. ☐ Desarrollo de un sistema de uso racional de los medicamentos en el sector para garantizar su acceso a la población.
<p>CALIDAD</p> <p>Mejoramiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud de modo que garanticen rápida atención, buen trato y seguridad de los servicios recibidos. Se hará énfasis en los servicios dirigidos a la mujer y niñez de primero y de segundo nivel de atención, priorizando los servicios de las zonas rurales del país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Implementación del sistema de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud de acuerdo a la ley 423, para garantizar que la red de establecimientos brinde servicios integrales de salud con calidad y calidez a la población. ☐ Establecimiento de estándares de calidad de la atención para los servicios, con énfasis en los servicios que se brindan a la mujer y niñez. ☐ Desarrollo e Implementación del uso de protocolos de atención de carácter integral. ☐ Capacitación del personal de salud asistencial en el manejo de las relaciones con la población usuaria, respetando los principios fundamentales de bioética, incluyendo relaciones respetuosas con calidez, ambientes agradables e información clara, oportuna y pertinente.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Completamiento del proceso de habilitación de servicios de salud, para los establecimientos tanto públicos como privados, especialmente los servicios de salud del MINSA. ☐ Consolidación del proceso de certificación de los prestadores de servicios del INSS. ☐ El MINSA apoyará técnicamente el desarrollo y funcionamiento de la Comisión Nacional de Acreditación.
<p>Inversión en el mejoramiento de la infraestructura de las unidades de salud, incluyendo el equipamiento apropiado en función de su capacidad resolutive, acorde con el Plan Nacional de Desarrollo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Implementación de un programa nacional de inversiones en la infraestructura sanitaria, que priorice los servicios de atención a la mujer y la niñez. La tecnología y equipamiento que se incorpore debe ser apropiada en función de la capacidad resolutive, seguridad y los aspectos culturales de la población.

2. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud

Las instituciones y organizaciones del sector salud priorizarán el desarrollo de acciones y servicios de **promoción y prevención**, en todos los niveles de atención, especialmente en el primer nivel, con calidad, equidad y enfoque de género. La atención en salud contará con una amplia participación comunitaria, con énfasis en salud sexual y reproductiva, que permitan fomentar hábitos y costumbres saludables en las personas, la familia y las comunidades, y al mismo tiempo, que sean capaces de incidir en la conservación de un medio ambiente físico, ecológico y social saludable.

Se centrarán los esfuerzos del sector en promover la atención de las necesidades básicas de la población, involucrando a las alcaldías, los comités de desarrollo municipal, consejos municipales de salud y especialmente el sector educativo. Crear condiciones para el desarrollo humano debe ser una prioridad de la actuación del sector para contribuir de esa forma al desarrollo del país.

Al mismo tiempo se involucrará creativamente en este proceso a la población, haciendo énfasis en acciones de información, educación y comunicación, que contribuyan a la transformación de sus prácticas sanitarias. Se fomentará el compromiso y participación activa y consciente en la creación de nuevos mecanismos de producir salud en sus hogares y la comunidad, incorporando las distintas prácticas alternativas de medicina tradicional, con el fin de promover el cambio de la cultura curativa vigente a una cultura preventiva, de tal forma que hagan sostenibles las inversiones que se puedan hacer con los escasos recursos disponibles.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p>Promoción de conocimientos, actitudes y prácticas de la población que fomenten el cambio de conducta con relación a la salud, pasando de una cultura curativa a una cultura preventiva, haciendo énfasis en los grupos con mayores limitaciones a fuentes de información y formación sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="816 321 1446 709">□ Implementación de una Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud, en la que participen las distintas instituciones y organizaciones del sector salud, para el desarrollo de una conciencia crítica en la población, la cual implica la apropiación de medios e instrumentos que le permitan ejercer, un mayor control sobre los determinantes de la salud y el ejercicio de sus derechos, mejorando así su estado de salud. <li data-bbox="816 730 1446 940">□ Fomento de ambientes y entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria y la construcción de una cultura en salud preventiva, priorizando su desarrollo en los espacios educativos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. <li data-bbox="816 961 1446 1098">□ Implementación de programas comunitarios de salud y nutrición en sus componentes materno e infantil con criterios de focalización. <li data-bbox="816 1119 1446 1329">□ Coordinación con el sistema educativo para formular e implementar programas obligatorios que fomenten prácticas saludables en los escolares con énfasis en higiene personal, salud bucal, nutrición, salud sexual y reproductiva. <li data-bbox="816 1350 1446 1486">□ Promoción de la actividad física, la práctica del deporte y la recreación, en toda la población con énfasis en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. <li data-bbox="816 1507 1446 1612">□ Fomento de la bioseguridad entre el personal de salud a través de capacitaciones en las unidades de salud. <li data-bbox="816 1633 1446 1801">□ Coordinación entre el MINSA, MITRAB y el INSS para el fomento, creación y funcionamiento de las comisiones de higiene y condiciones de trabajo en las empresas para la prevención de accidentes laborales. <li data-bbox="816 1822 1446 1927">□ Participación del MINSA en las campañas educativas de prevención de accidentes de tránsito.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> □ Participación del MINSA en las campañas educativas para la erradicación de todas forma de violencia en general y la intra familiar en particular.
<p>PREVENCIÓN DE LA SALUD</p> <p>Prevención de la aparición de daños de salud, complicaciones de los mismos, así como la discapacidad y muerte; así mismo el control de las principales endemias del país, especialmente los problemas emergentes o reemergentes que impactan en la población en general y en especial a los pobres o en extrema pobreza; de acuerdo a perfil epidemiológico se dará atención preventiva a problemas no transmisibles (diabetes mellitus, cardiovasculares, hipertensión, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Desarrollo y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud que incluya, riesgos importantes como la violencia intrafamiliar, daños (trasmisibles y no trasmisibles) y discapacidades. Además incluirá la investigación y control de la salud a través del fortalecimiento de salas situacionales en las instituciones del sector. □ Fortalecimiento de la planificación nacional, y local de las acciones dirigidas al control y prevención de la mortalidad materna e infantil y de evaluaciones periódicas de su ejecución. □ Prevención y control de daños trasmisibles y no trasmisibles, así como de las principales enfermedades reemergentes y las emergentes como el VIH/SIDA, con participación intra e intersectorialmente. □ Implementación de un plan integral de salud reproductiva que se ajuste a las necesidades y características de cada territorio, grupos de población por sexo y edades. □ Implementación de distintas modalidades de administración de biológicos desde los servicios de salud para garantizar la cobertura total y la calidad en la vacunación a la población infantil. □ Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo, atención prenatal, parto seguro y puerperio. □ Promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continua hasta los dos años de edad y una alimentación complementaria adecuada a la madre y el niño.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="816 268 1451 447">□ Aplicación de una política intersectorial de seguridad alimentaria, priorizando la educación en el uso adecuado de alimentos, así como vigilancia de la suplementación de los alimentos con micronutrientes. <li data-bbox="816 468 1451 611">□ Implementación de mecanismos eficaces en la vigilancia nutricional en todos los municipios del país, haciendo énfasis en el manejo de los alimentos. <li data-bbox="816 632 1451 915">□ Fortalecimiento de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la discapacidad, con enfoque de género, equidad con participación de la familia y la comunidad intra e intersectorialmente, tomando en cuenta las características de la discapacidad y la promoción del desarrollo de las personas. <li data-bbox="816 936 1451 1220">□ Desarrollo de servicios de consejería en los establecimientos públicos articulando las experiencias y recursos de instituciones como el MECD y MIFAMILIA. Se utilizará personal capacitado sobre equidad de género, que contribuyan a la atención de grupos susceptibles a problemas ligados a la violencia, salud mental, etc. <li data-bbox="816 1241 1451 1339">□ Fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y control de la calidad del agua de consumo humano. <li data-bbox="816 1360 1451 1503">□ Desarrollo de acciones de salud internacional en aeropuertos, puestos fronterizos y puertos lacustres y marítimos con personal debidamente capacitado. <li data-bbox="816 1524 1451 1623">□ Incremento en la cobertura y acceso de agua segura con calidad, en condiciones de equidad y sostenibilidad. <li data-bbox="816 1644 1451 1787">□ Incremento de cobertura y mantenimiento del alcantarillado pluvial y sanitario con la participación comunitaria, de las alcaldías, interinstitucional e intersectorial.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>SALUD AMBIENTAL Y DESASTRES</p> <p>Fomento de ambientes saludables, reduciendo el riesgo de enfermar o morir por situaciones relacionadas con el medio ambiente y los desastres naturales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="787 325 1412 430">☐ Vigilancia continua de la disposición final de los desechos líquidos y sólidos de los hogares en todos los municipios. <li data-bbox="787 462 1412 682">☐ Implementación y formulación de un plan de manejo integral de desechos sólidos y contaminantes industriales peligrosos en los ámbitos de atención físico y ecológico, con participación comunitaria, interinstitucional e intersectorial. <li data-bbox="787 714 1412 892">☐ Protección del recurso hídrico, control y prevención de la contaminación biológica, química y física, con la participación comunitaria, de las alcaldías, interinstitucional e intersectorial. <li data-bbox="787 924 1412 1176">☐ Desarrollo e Implementación permanente de un plan en salud de prevención, mitigación y atención a los desastres nacionales, con enfoque sectorial y de amplia participación comunitaria, municipal, interinstitucional e intersectorial, en el marco de la Ley 337 y su reglamento.

3. Promoción de la Gobernabilidad en el sector salud

Promoción y consolidación de la participación ciudadana con equidad de género en el acceso al poder decisorio sobre el desarrollo, control y transparencia del uso de los recursos en las acciones en salud, avanzando hacia el concepto de auditoría social, con el fin de incrementar la gobernabilidad sectorial, complementando los esfuerzos e inversiones que realizan las instituciones y organizaciones públicas y privadas del sector salud bajo la conducción y el liderazgo del MINSA.

Se debe superar la actuación aislada de las instituciones y organizaciones del sector, hacia un modelo de actuación centrada en el desarrollo de la población como objetivo común; para ello es indispensable desarrollar acciones concretas que permitan que el MINSA juegue su papel de líder en el sector, especialmente en cada uno de los departamentos del país con el fin de conducir las acciones sectoriales hacia los esfuerzos que se hagan en los otros sectores de la economía para concretar los programas y proyectos propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>RECTORÍA</p> <p>Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en su vinculación con el resto de instituciones públicas y privadas del sector salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Desarrollo y consolidación de la función rectora del Ministerio de salud¹³, como autoridad sanitaria nacional, haciendo énfasis en los procesos de regulación que garantizan la atención integral de la salud con mayor eficiencia y transparencia. □ Desarrollo del liderazgo en el personal en cargos directivos de las instituciones del sector salud a través de la capacitación en temas ligados a la conducción, capacidad de negociación, trabajo en equipo, etc. □ Consolidación de los mecanismos de vigilancia, control y rendición de cuentas en las instituciones del sector. □ Fortalecimiento de los mecanismos de comunicación social entre las instituciones y la población en general, haciendo que la comunicación sea de doble vía.
<p>PARTICIPACIÓN SOCIAL</p> <p>Fortalecimiento de la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos de salud en Nicaragua sobre la base de contar con el compromiso de los principales actores sociales e instituciones de los diferentes sectores que conforman el Estado sobre la implementación del Plan Nacional de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Implementación del Plan Nacional de Salud como agenda nacional, basada en un compromiso social, de tal forma que exista continuidad de la misma independiente de los gobiernos que se sucedan. □ Creación y fortalecimiento de instancias formales de coordinación Intersectorial para la implementación de acciones conjuntas de fomento a la salud. □ Ejecución de planes específicos intersectoriales que permitan incidir en los elementos que afectan la salud, tales como la educación, protección social, el acceso a alimentación, el empleo, la vivienda, el acceso a los servicios básicos, la protección del medio ambiente y la equidad de género.

¹³ Artículo No 4 de la Ley General de Salud: Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> □ Desarrollo de mecanismos de monitoreo y seguimiento de las acciones intersectoriales conjuntas.
<p>Fortalecimiento y desarrollo de las instancias de participación con equidad de género, en el ámbito nacional y local, de una manera consciente, corresponsable, activa e informada en todos los aspectos relacionados a la salud, para garantizar el empoderamiento de la sociedad civil de los mecanismos relacionados con el control social para mejorar la calidad, eficiencia, transparencia y efectividad de las acciones de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ El MINSA facilita la actuación de los Consejos de Salud, tanto en el ámbito nacional, regional, departamental y municipal, así como su organización e institucionalización en las Unidades de Salud, que faciliten la participación social con equidad de género y la de los consejos de desarrollo municipal. □ Reordenamiento y reglamentación de todas las instancias de participación social en áreas específicas en salud de acuerdo a lo establecido en la ley 243. □ Capacitación de los miembros de las comisiones y consejos de salud nacional, regional, departamental y local sobre temas ligados al control social sobre las instituciones públicas.

4. Consolidación del Sistema Nacional de Salud

La Reforma del sector salud se continuará desarrollando sobre la base de una Visión compartida entre los diversos actores, que impulsará la reorganización del Sistema Nacional de Salud, articulará funcionalmente las entidades públicas, privadas, y comunitarias con una meta común, así como las funciones de rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento, con equidad y eficiencia.

Implementación de un proceso continuo y sostenido de Reforma del sector salud, que garantizará nuevas formas de atención, financiación y gestión, a través de un modelo de atención integral a la población, flexible y descentralizado que articulará las instituciones y organizaciones del sector, incluyendo las redes sociales, que será equitativo, eficiente y efectivo, en correspondencia con los cambios demográficos, epidemiológicos, culturales y patrones de consumo que irán caracterizando a la población nicaragüense en el marco del Plan Nacional de Desarrollo.

Particularmente, el MINSA avanzará en el proceso de descentralización, incluyendo la autonomía hospitalaria, de tal forma que se acercarán los procesos de toma de decisiones y los recursos, a los territorios y sus poblaciones, para hacer más efectiva la actuación de las instituciones y organizaciones del sector. Se asegurará que este proceso cuente con el apoyo de las distintas representaciones de la sociedad civil que garanticen el control social.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>SISTEMA NACIONAL DE SALUD</p> <p>Reorganización del Sistema Nacional de Salud, mediante la separación y especialización de las funciones de rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento. Se establecerá una articulación funcional entre las entidades públicas, privadas y comunitarias del sector salud, sobre la base de una política y plan nacional de salud, respetando la autonomía y recursos de las instituciones que lo integran, para garantizar la atención de la salud a la población y el acceso universal equitativo y solidario a los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Creación de instancia de coordinación entre las instituciones del sistema nacional de salud que permita la articulación funcional entre ellas. □ Reestructuración organizativa y funcional del MINSA de acuerdo a la separación de funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios según lo establecido en la ley 243. □ Fortalecimiento de los SILAIS en su función conductora de los servicios de salud con énfasis en lo referente al monitoreo, asesoría y evaluación. □ Desarrollo de los procedimientos y normas para la función de compra de servicios en el MINSA y su fortalecimiento en el INSS. □ Implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación del proceso de reforma que permita valorar sus avances y alcances.
<p>Profundización del proceso de descentralización en el MINSA en el marco de la estrategia de descentralización del Estado, entendido como el proceso gradual de transferencia del poder decisorio y recursos a los proveedores de servicios de salud, en los aspectos relacionados con la organización de los servicios, gestión financiera, de recursos humanos y procesos de adquisición. Todo esto con el objetivo de lograr que el sistema de salud adquiriera una capacidad de respuesta más eficaz, oportuna y organizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Transferencia de recursos a las redes de servicios de salud sobre la base de un plan nacional de descentralización. □ Capacitación del personal de salud en cargos gerenciales (SILAIS, proveedores de servicios, consejos consultivos) en nuevos conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para actuar con competencia y responsabilidad en la toma de decisiones, el ejercicio del control social y el uso de tecnologías en salud.

<p>POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN</p>	<p>ESTRATEGIAS</p>
	<ul style="list-style-type: none"> □ Diseño e implementación de nuevos mecanismos de asignación financiera para las acciones de salud. □ Diseño e implementación de instrumentos (normas, procedimientos, controles, etc.) para las nuevas funciones en cada ámbito de gestión. □ Implementación de sistema de seguimiento y evaluación físico-financiero de la gestión descentralizada. □ Monitoreo sistemático del proceso de descentralización.
<p>PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS</p> <p>Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) estableciendo los vínculos necesarios con el resto de proveedores de servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Organización de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, mediante redes conformadas por un conjunto de establecimientos comunitarios, públicos y privados de diversa complejidad, niveles y modalidades de atención, que de manera articulada comparten objetivos comunes entre sí para responder mejor a la demanda de la población. □ La provisión de servicios se atenderá a través del paquete básico de servicios de salud dirigido a las personas y al ambiente, el cual considera la diferenciación de las prestaciones, según niveles de complejidad y regímenes de financiamiento. □ Diseño e implementación de un modelo de gestión clínica para las unidades de atención de la red de servicios. □ Fortalecimiento de las redes de atención, mediante la implementación del sistema de Referencia y Contrarreferencia en el cual se vincula a la población usuaria y servicios comunitarios con los establecimientos de salud con el fin de garantizar la continuidad, calidad, integralidad y complementariedad de la atención en los diferentes niveles de atención.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="816 279 1442 384">□ Diseño e implementación de un modelo de gestión clínica para las unidades de atención de la red de servicios. <li data-bbox="816 420 1442 735">□ Fortalecimiento de las redes de atención, mediante la implementación del sistema de Referencia y Contrarreferencia en el cual se vincula a la población usuaria y servicios comunitarios con los establecimientos de salud con el fin de garantizar la continuidad, calidad, integralidad y complementariedad de la atención en los diferentes niveles de atención. <li data-bbox="816 770 1442 951">□ Diseño e implementación de intervenciones diferenciadas (focalización) en las redes de servicios de salud para la atención de grupos vulnerables, con énfasis a la mujer, la niñez y la adolescencia. <li data-bbox="816 987 1442 1188">□ Diseño e implementación de formas concretas de atención a la salud para aquellos grupos y segmentos de la población que por razones culturales, de edad, sexo, etnia, costumbres o patología, requieran prácticas especiales. <li data-bbox="816 1224 1442 1329">□ Capacitación del personal asistencial en el desarrollo de intervenciones eficaces de acuerdo al nuevo modelo de atención. <li data-bbox="816 1365 1442 1470">□ Implementación de planes estratégicos por redes de servicios de salud en todos los SILAIS del país.
<p data-bbox="209 1547 774 1577">FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO</p> <p data-bbox="209 1614 774 1787">Mejora en la eficiencia del uso de los recursos financieros que están disponibles en el sector salud, concentrándolos en las intervenciones que aporten los mayores resultados en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="816 1614 1442 1892">□ El Gobierno en conjunto con el sector salud debe definir mecanismos de captación de fuentes alternas de financiamiento adicionales para la salud pública que permitan un aumento progresivo de la asignación para cubrir el paquete básico y racionalizar la inversión en el segundo y tercer nivel de atención.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="787 268 1412 598">□ Identificación de nuevas fuentes de financiación para la atención médica de la población adicionales a los impuestos generales tales como: seguros privados de salud, seguros de accidentes de tránsito, gasto privado de las familias con capacidad de pago demostrada, seguros a turistas, donaciones, préstamos concesionales, etc. <li data-bbox="787 640 1412 934">□ Concentración y reasignación presupuestaria en el Ministerio de Salud de todos aquellos recursos físicos y financieros que tienen que ver con acciones de salud, que son manejados por otras instituciones del sector público, así como los recursos financieros que se obtienen con la venta de servicios desde el sector público. <li data-bbox="787 976 1412 1228">□ Fortalecimiento de la gestión de la cooperación externa con enfoque sectorial tendiente a asegurar un flujo de recursos para las transformaciones del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo a hacer más efectivas las intervenciones sobre la situación de salud de la población. <li data-bbox="787 1270 1412 1501">□ Diseño e implementación de criterios de asignación de recursos financieros basados en los parámetros establecidos en la Ley General de Salud, especialmente las intervenciones incluidas en el paquete básico. <p data-bbox="836 1543 1412 1753">Implementación de un sistema de contabilidad de costos que contribuya a un manejo racional de los recursos financieros y permita decidir sobre ámbitos de reducción de costos burocráticos en instituciones del sector.</p>

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>Desarrollo e implementación en el mediano plazo de un modelo de aseguramiento universal para cubrir los riesgos de salud de la población, garantizando a través del presupuesto general de la República los fondos específicos para la protección sostenible de los daños por enfermedades a la población de menores recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="820 289 1451 436">□ Diseño e implementación en el mediano plazo de un modelo de seguro universal que asegure la participación de los distintos actores de la economía y el Estado. <li data-bbox="820 468 1451 615">□ Establecimiento de nuevas formas de pago a la prestación de servicios de salud de acuerdo a las nuevas modalidades de financiación del sector salud. <li data-bbox="820 646 1451 793">□ Realización de estudios que permitan evaluar la pertinencia que el sistema nacional de salud se financie desde una caja única de salud.

5. Fortalecimiento de la capacidad gerencial

Las instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del sector, fortalecerán su capacidad gerencial con el fin que sean más eficientes y eficaces en la asignación, uso y administración de sus recursos, maximizando los beneficios que deben proporcionar con sus acciones a la población en general, con base en la equidad, solidaridad, eficacia, calidad e integralidad, entre otros.

Se realizarán acciones en el corto plazo que tengan como resultado la transformación del capital humano de las instituciones y organizaciones del sector; esto implica su capacitación en distintos ámbitos de la gerencia de las redes de servicios de salud (primero y segundo nivel de atención), así como de la gestión clínica de la atención directa especialmente, en el ámbito hospitalario.

Paralelamente se crearán los procedimientos, normas e instrumentos que le den consistencia a los procesos de planificación, gestión de recursos del sector, evaluación, monitoreo y control. Un elemento urgente es el desarrollo del sistema integrado de información gerencial, el que facilitará a las instituciones y organizaciones del sector la base científica de los procesos de toma de decisiones, de tal forma que estos se basen en evidencias.

<p>POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN</p>	<p>ESTRATEGIAS</p>
<p>GESTIÓN</p> <p>Mejoramiento de la capacidad gerencial en las instituciones del sector salud que se exprese en una operación eficiente de los servicios de salud para atender a la población usuaria del sistema con calidad y calidez y mejorar la calidad de vida de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="781 331 1421 583">□ Desarrollo en el corto plazo de un modelo de gerencia participativa para el buen funcionamiento de los proveedores de Salud organizados en Redes de Atención, para que puedan responder eficiente y eficazmente a las necesidades de salud de la población. <li data-bbox="781 604 1421 783">□ Fortalecimiento e institucionalización de los convenios o contratos de gestión que definen las obligaciones del financiador y los compromisos de gestión adquiridos por el proveedor. <li data-bbox="781 804 1421 982">□ Implementación y consolidación de los Comité de Gestión y Consejos Consultivos de los diferentes niveles del MINSA a fin de incorporar la participación de la población usuaria en apoyo a la gestión de los recursos. <li data-bbox="781 1003 1421 1245">□ Fortalecimiento y desarrollo de la capacidad de planificación nacional a través de la planificación local y la creación de procedimientos, normas e instrumentos que le den consistencia a los procesos de gestión de recursos del sector, evaluación, monitoreo y control. <li data-bbox="781 1266 1421 1518">□ Desarrollo y consolidación de un sistema de información gerencial integrado (que incluya el enfoque de género) que facilite a las instituciones y organizaciones del sector la base científica de los procesos de toma de decisiones, de tal forma que estos se basen en evidencias. <li data-bbox="781 1539 1421 1927">□ Desarrollo e incorporación de los conocimientos e investigaciones sobre los avances científicos y tecnológicos de forma apropiada conforme las necesidades del país y la transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad local, en correspondencia con las modalidades de provisión de las acciones y los servicios de salud, así como el desarrollo de los recursos humanos y las capacidades de gestión y financiación del sector.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="816 268 1451 447">□ Racionalización con criterio nacional del uso de los recursos tecnológicos, promover su evaluación y el intercambio científico-técnico entre las instituciones del sector. <li data-bbox="816 468 1451 604">□ Fortalecimiento de un sistema de evaluación del desempeño, con énfasis en la productividad individual y de los equipos de trabajo.
<p data-bbox="207 642 399 674">HOSPITALES</p> <p data-bbox="207 699 779 800">Modernizar procesos de gestión de los hospitales transformándolos en empresa con función social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="816 699 1451 915">□ Promoción de la gestión descentralizada de los hospitales a través del desarrollo de las instancias de gobierno, los convenios de gestión y evaluación del desempeño, como un elemento fundamental para mejorar la eficiencia y eficacia de su gestión. <li data-bbox="816 951 1451 1167">□ Mejoramiento de la eficiencia en la asignación de recursos de los hospitales, cambiando gradualmente del modelo de financiación a través del presupuesto tradicional, hacia un modelo de financiación a través de contrato-programa. <li data-bbox="816 1203 1451 1314">□ Desarrollo de servicios ambulatorios en los hospitales que permitan optimizar el recurso cama (cirugías, diagnóstico, tratamiento). <li data-bbox="816 1350 1451 1566">□ Implementación de nuevas modalidades de atención alternativas al internamiento, tales como Hospital de Día y Cirugía Ambulatoria; para lograr una mayor eficiencia en la utilización de los recursos y mejorar la satisfacción de la población usuaria. <li data-bbox="816 1602 1451 1818">□ Desarrollar planes de mejoramiento continuo de la calidad, en los servicios clínicos y de apoyo en el ámbito hospitalario, con énfasis en el cumplimiento de estándares y basados en las necesidades de la población usuaria y la comunidad.

6. Desarrollo de Recursos Humanos

Se articulan de forma coherente los procesos de formación y capacitación de los recursos humanos del sector salud, con el fin de contar en cantidad y calidad, con la disponibilidad de recursos que permita atender las necesidades y posibilidades económicas de los servicios de salud, tomando en cuenta sus funciones, distribución a lo largo y ancho del territorio nacional.

Se desarrollarán mecanismos de estímulos que permitan incrementar el desempeño de los recursos humanos en los servicios de salud, fomentando en el personal de salud su desarrollo científico técnico, una cultura de calidad, humanismo y calidez en la atención, el fortalecimiento de sus capacidades para gerenciar los principios de la presente Política Nacional de Salud, que se exprese en una mayor satisfacción por parte de la población usuaria de los servicios de salud.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>DESARROLLO HUMANO</p> <p>Desarrollo integral de los recursos humanos para el sector salud que incluya los valores éticos en el sistema de salud y el verdadero ejercicio de los principios y ejes transversales consignados en la presente Política.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="784 804 1414 1230">□ La formación, distribución, calidad y cantidad de los Recursos Humanos del sector salud se realiza sobre la base de un Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos consensuado entre las distintas instituciones del sector, tanto formadoras como de provisión de servicios de salud, en función de las necesidades nacionales en salud, del modelo de atención y el desarrollo científico y tecnológico, para el adecuado funcionamiento del sistema de salud. <li data-bbox="784 1266 1414 1482">□ Promoción de un sistema de evaluación y acreditación de las instituciones y programas de formación de personal de salud, en conjunto con las instituciones de los sub-sistemas de Educación técnica y Superior. <li data-bbox="784 1518 1414 1692">□ Fomento de la capacitación permanente que permita el perfeccionamiento y actualización del personal en servicio, considerando el enfoque de género como enfoque transversal. <li data-bbox="784 1728 1414 1902">□ Fortalecimiento del marco jurídico que regule la carrera administrativa sanitaria, a través de los mecanismos legales necesarios para regular el empleo y el salario del personal de salud del sector.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="812 268 1453 556">□ Desarrollo del Observatorio de los recursos humanos del sector salud en el Ministerio de Salud, que permita contar con mayor información sobre la dinámica de los Recursos Humanos con el fin de fortalecer los procesos de planificación de su desarrollo entre los distintos sub-sistemas de atención que integran el sector salud. <li data-bbox="812 583 1453 766">□ Fortalecimiento de los mecanismos de registros del MINSA con el fin de contribuir al fortalecimiento de los procesos de regulación de las prácticas profesionales de la salud. <li data-bbox="812 793 1453 1008">□ Mejoramiento de la eficiencia de los recursos humanos en los servicios de salud del MINSA que se exprese en incremento de la productividad, calidad y el compromiso social de los trabajadores y que refuerce la defensa de los derechos ciudadanos. <li data-bbox="812 1035 1453 1176">□ Consolidación y adecuación del sistema de provisión de cargos en correspondencia con el reordenamiento del Sistema Nacional de Salud. <li data-bbox="812 1203 1453 1312">□ Desarrollo de un sistema de reclutamiento y selección de recursos humanos en salud acorde con los nuevos perfiles y cargos. <li data-bbox="812 1339 1453 1554">□ Desarrollo de un sistema de pago al personal de salud que considere como parte del salario la asignación de incentivos de acuerdo a su competencia técnica y profesional, así como su ubicación geográfica y nivel de desempeño. <li data-bbox="812 1581 1453 1911">□ Establecimiento de mecanismos orientados a lograr la satisfacción, motivación y compromiso del personal de salud y que contribuyan al fomento en el personal de salud de una cultura de calidad, humanismo y calidez en la atención, y además favorezcan su participación en las decisiones, velando por las condiciones de bio-seguridad del trabajo.

7. Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos

Fortalecimiento del desarrollo de modelos de atención innovadores en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y los municipios fronterizos con el fin de establecer la máxima correspondencia posible entre la actuación local del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico y cultural de sus poblaciones. En el caso de los municipios fronterizos del país se debe asegurar los recursos necesarios para la implementación de programas de salud internacional, para controlar la mayor parte de los factores de riesgo a la salud que puedan identificarse en cada uno de ellos.

POLÍTICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS
<p>REGIONES AUTÓNOMAS</p> <p>Priorización de la población de la Costa Atlántica a través del fortalecimiento de los modelos de atención desarrollados en las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur, para asegurar una oferta de servicios básicos de salud, acordes con sus aspectos culturales, políticos, étnicos, y geográficos, tomando en consideración el desarrollo de su capital humano y de su infraestructura y tecnología, acordes con su realidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adecuación de la aplicación de las normas y programas de salud a las características culturales de las poblaciones de la RAAN y la RAAS. <input type="checkbox"/> Consolidación del modelo de atención de la RAAN y desarrollo de la RAAS. <input type="checkbox"/> Fortalecimiento del proceso de descentralización en regiones del Atlántico en el contexto de su autonomía. <input type="checkbox"/> Formación de recursos humanos para las regiones autónomas del Atlántico, incorporando la cosmovisión de las comunidades a los servicios de salud en los diferentes niveles y modalidades de atención. Así como las prácticas de la medicina tradicional y otras prácticas alternativas y complementarias. <input type="checkbox"/> Aprovechamiento del caudal de experiencias de las instituciones y organizaciones que laboran en la Costa Atlántica para intercambiarlo con el resto del país.
<p>MUNICIPIOS FRONTERIZOS</p> <p>Desarrollo de modelos de atención basados en el enfoque de salud internacional en los municipios fronterizos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adecuación e implementación del modelo de atención nacional en los municipios fronterizos con los requerimientos de salud internacional. <input type="checkbox"/> Establecimiento de convenios con países vecinos en apoyo al desarrollo de modelos de atención internacional. <input type="checkbox"/> Vigilancia a la salud y de los problemas de salud ligados a la movilización de la población e intercambio de bienes y servicios.

CAPITULO IV

*Viabilidad e Implementación,
Seguimiento y Evaluación
de la Política Nacional
de Salud*

A. Viabilidad e Implementación

Para asegurar el alcance de la Política Nacional de Salud 2004-2015, el Ministerio de Salud, sobre la base de las competencias que le asigna la Ley General de Salud creará las condiciones básicas para su implementación. Para ello:

- En primer lugar, la implementación de la Política Nacional de Salud requiere de un ordenamiento e integración de la inversión en salud, desde la perspectiva que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano. Esta inversión se viabiliza en el Plan Nacional de Salud, el que conducirá todos los esfuerzos y recursos nacionales, así como de la cooperación externa en el corto, mediano y largo plazo.
- En segundo lugar, establecimiento de un consenso social e institucional, con el fin de asegurar un proceso sostenido y sistemático de implementación de la Política Nacional de Salud, a través de las acciones definidas en el Plan Nacional de Salud.
- En tercer lugar, implementación de un proceso sistemático de seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud, que permita ajustarlas periódicamente, de acuerdo a su impacto en la situación de salud de la población, las modificaciones del desempeño del sector salud y su contribución al desarrollo del país de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo.

La Política Nacional de Salud se dará a conocer a todos y cada uno de los actores involucrados en su implementación, tanto en el ámbito Intersectorial, como el sectorial e institucional, lo que se hará a través de una campaña de divulgación masiva que permita su conocimiento y apropiación en todos sus contenidos. Dicha campaña comprenderá las instancias de coordinación de éstos tres ámbitos y se hará a nivel nacional, departamental, regional y municipal, la que estará dirigida por las autoridades del Ministerio de Salud como ente rector de la Salud en Nicaragua.

La divulgación se desarrollará paralelamente con el proceso de consulta del Plan Nacional de Salud, el que deberá expresar los objetivos, estrategias e intervenciones que se esperan alcanzar en el corto, mediano y largo plazo, tanto en lo relativo a la situación de salud de la población como de las transformaciones que se esperan en el sistema de salud. Tanto la divulgación de la Política Nacional de Salud, como la consulta del Plan Nacional de Salud, permitirá establecer con mayor precisión la lógica de actuación del sector salud y un mayor nivel de compromiso por parte de todos los actores involucrados en el quehacer de salud.

Desde esa perspectiva, la implementación efectiva de la Política Nacional de Salud estará asociada a la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud, a través de su expresión quinquenal “Plan Estratégico del Sector Salud 2005-2009”, el que será de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones y organizaciones que integran el sector salud. Anualmente se elaborará un plan operativo para cada una de las instituciones y organizaciones del sector salud, de tal forma que se pueda establecer las vinculaciones necesarias, tanto con los recursos nacionales, como con los de la cooperación externa.

El éxito de la implementación de la Política Nacional de Salud depende del empeño y liderazgo de las instituciones y organizaciones del sector salud para asegurar el desarrollo de alianzas estratégicas intra e intersectoriales para el cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan Nacional de Salud en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo, así como dirigir los recursos, de tal forma que se alcancen los resultados previstos en el mediano y largo plazo.

B. Seguimiento y Evaluación

La Política Nacional de Salud, es el conjunto de lineamientos o directrices elaboradas como repuesta a las demandas de la población nicaragüense con relación a su situación de salud y a los retos del sector, y por lo tanto su cumplimiento debe ser monitoreado de manera permanente y evaluado formalmente de forma periódica, para determinar el grado de efectividad o de impacto alcanzado con su implementación.

Esta Política Nacional de Salud se formula para un período 2004-2015, en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo y las Metas del Milenio, pero como el proceso de producción social de la salud es muy dinámico, se podrá requerir en dicho período, la incorporación de nuevas políticas o de ajustes a las mismas, en repuesta al carácter dinámico de las necesidades en salud y a la pertinencia entre lo planeado y las acciones desarrolladas en la realidad, situaciones que deben ser evidenciadas en una evaluación formal de la misma.

Es por ello que en función de los resultados de la evaluación, el Ministro o Ministra de Salud de su respectivo período de Gobierno, en el ejercicio de la rectoría del sector salud y de las facultadas que le otorga la ley, podrá adecuar dichas políticas, con la participación de las diferentes instancias institucionales o de participación intra e intersectoriales, municipales y comunitarias, tomando en consideración “participación social” como eje transversal.

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

El seguimiento de la implementación de la Política Nacional de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud deberá estar a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Planificación y Desarrollo, la que operativamente establecerá los nexos necesarios entre las instituciones y organizaciones del sector con el fin recolectar, procesar y analizar la información necesaria, transfiriéndola a las instancias de conducción del sector salud.

Es recomendable que al concluir el actual período de Gobierno se realice la primera evaluación formal de la Política Nacional de Salud, y de ahí en adelante en el primer año de cada Gobierno Constitucional. Esta evaluación debe ser ejecutada por una consultoría externa a las instituciones y organizaciones del sector salud, con el fin de valorar la eficacia y efectividad de las acciones desarrolladas y así como el impacto alcanzado, tanto en la situación de salud como en las transformaciones previstas en el sistema nacional de salud.

ANEXOS

SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
CPN	Control Pre Natal
EMNV	Encuesta de Medición del Nivel de Vida
EMP	Empresa Médica Previsional
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ERCERP	Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
FONMAT	Fondo para la Maternidad e Infancia Segura.
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
INEC	Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
MARENA	Ministerio de Recursos Naturales y del Ambiente
MECD	Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
MIFAMILIA	Ministerio de la Familia
MINSA	Ministerio de Salud
PMSS	Programa de Modernización de Servicios de Salud
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
TGF	Tasa Global de Fecundidad

GLOSARIO

Acreditación: Es un proceso voluntario de evaluación, válido por un período de tres años, por medio del cual se valora y reconoce que un establecimiento de salud cumple con los estándares elaborados. (Art. 144, Reglamento Ley 423).

Análisis de Situación del Sector Salud: Es un proceso de revisión riguroso de la situación del sector salud para un período específico del desarrollo, el que en síntesis permite identificar: los factores que determinan la salud de la población, la incidencia que estos factores tienen en el perfil epidemiológico de los grupos de población que la integran, así como la capacidad de respuesta de las instituciones y organizaciones del sector, su contribución al fomento de la salud en condiciones de equidad y satisfacción de la población por los servicios recibidos.

Atención Primaria en Salud: Es el conjunto de cuidados básicos de promoción, prevención y protección que se brindan a las personas, la familia y la comunidad con el fin de fomentar su salud. Un eje central de esta estrategia es la participación de los miembros de la comunidad como actores activos, conscientes y solidarios del fomento a la salud (Alma Ata, 1978).

Descentralización: Es la transferencia de poder decisorio sobre competencias y utilización de los recursos para la operación del nivel local o la ejecución de determinadas funciones en salud pública, con el fin de acercar la prestación de los servicios a las necesidades de la población.

Ente rector: Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en correspondencia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales. (Artículo 4, Ley 423).

Funciones esenciales de salud pública: De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2002), las funciones esenciales de salud pública están referidas a once prácticas de los sistemas de salud que tienen por objetivo construir ambientes saludables y reducir, controlar o eliminar riesgos para la salud, así como desarrollar y fortalecer una cultura de vida y salud, construir ciudadanía y participación social y que los sistemas de salud puedan hacer frente a las emergencias y demandas en salud.

Gestión descentralizada: Es el nivel de competencias relacionadas con la toma de decisiones y la administración de recursos que se han transferido a una estructura organizativa a lo interno del sector salud, por ejemplo, los hospitales.

Habilitación: Es un proceso de evaluación único por medio del cual, el MINSA, autoriza la apertura de un establecimiento de salud para iniciar o continuar operaciones, una vez cumplidos los requerimientos establecidos en los estándares de habilitación y demás requisitos exigidos (Art. 125, Reglamento Ley 423).

Modelo de atención integral de salud: Es el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en las personas, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados de forma sinérgica; a fin de contribuir afectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense. (Art. 38, Ley 423).

Niveles de Gestión: Se refiere a los ámbitos de actuación establecidos en la estructura organizacional del Sistema de Salud, donde se ejerce la autoridad institucionalizada de acuerdo a las leyes y reglamentos.

Ordenamiento de redes: Es un proceso que precisa los recursos comunitarios, así como establecimientos públicos y privados que deberán funcionar de forma articulada bajo el concepto de redes de proveedores de servicios, en los espacios poblacionales que se definan en los SILAIS del país.

Paquete básico: Es la definición del conjunto de beneficios que se entregan a grupos poblacionales de acuerdo a sus necesidades específicas y disponibilidad financiera. Corresponde al Ministerio de Salud la precisión de sus contenidos y el diseño de los criterios de su administración (Artículo 49, Reglamento de la Ley 423).

Plan Estratégico del Sector Salud: Es un plan de mediano plazo derivado del Plan Nacional de Salud en el que especifica la actuación de las instituciones y organizaciones del sector salud, a través de programas, proyectos y actividades, con énfasis en los procesos y modalidades de prestación servicios de salud y la introducción de mejoras en su gestión.

Plan Nacional de Salud: Son los lineamientos de largo plazo que orientan la actuación de las instituciones y organizaciones integrantes del sector, así como de la participación social, para el cumplimiento de la visión y el desarrollo institucional en materia de salud.

Plan Operativo Anual: Consiste en la definición de las acciones que deben desarrollar las instituciones y organizaciones del sector salud en el período de un año, así como los recursos que le serán asignados para alcanzar determinados resultados previamente establecidos.

Prevención en salud: es un conjunto de intervenciones generales y específicas que ejecutan las instituciones y organizaciones de salud, las que están dirigidas a reducir los riesgos y evitar los daños en salud, así como reducir las secuelas de discapacidad o reducir sus complicaciones.

Promoción de la salud: es el proceso de acción social y educativa que procura estimular la conciencia pública sobre el valor de la salud, promueve el desarrollo de estilos de vida saludables y fomenta la participación organizada de la comunidad.

Provisión de servicios de salud: es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brinda a la población y su ambiente, a través de una red de servicios articulados.

Red de proveedores de servicios: Es el conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, los que se integran con el fin de atender las necesidades y demandas de la población de un determinado territorio, la que se gestiona sobre la base de objetivos comunes.

Reforma del sector salud: es un proceso de cambio institucional y estructural del ejercicio de las funciones del Sistema Nacional de Salud, caracterizado por ser sistemático, sostenido y profundo, dirigido por el gobierno, que busca conseguir una serie de objetivos políticos.

Reorganización institucional: Es un proceso de cambios necesarios en la organización para el cumplimiento de sus roles y funciones establecidos en la Ley General de Salud.

Retos del Sector Salud: Representan fragilidades del sector salud que deben superarse en el corto y mediano plazo, para mejorar su capacidad de respuesta y en mejores condiciones, pueda alcanzar los objetivos y metas propuestas en los planes y programas de salud.

Rol de los SILAIS: Es la definición de competencias y atribuciones de los equipos gerenciales que actúan en los territorios, tanto en el ámbito de la unidad coordinadora como en las unidades de provisión y gestión de las redes de servicios de salud, de acuerdo a lo establecido en el Modelo de Atención Integral en Salud

Salud: Es el nivel de bienestar bio-físico, psíquico y social de las personas, la familia y la comunidad, al que aspiran alcanzar y participan en su construcción los miembros de una sociedad (OMS). Es parte de un proceso continuo de salud y enfermedad que emerge en un momento de ese proceso como expresión o consecuencia de la situación relacional entre las personas, la familia y la comunidad con su medio ecológico y social.

Sector salud: Se entiende por sector salud la totalidad de elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población, sin que necesariamente las acciones que producen sean específicas para los cuidados en salud.

Separación de funciones: Se entenderá por la delimitación de las funciones de: rectoría, financiamiento, gestión de recursos y provisión de servicios, en distintos ámbitos de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

Sistema Nacional de Salud: Se entiende por Sistema Nacional de Salud al conjunto de instituciones, organizaciones, personas, establecimientos públicos y privados, actores, programas y actividades, cuyo objetivo principal, frente a las personas, la familia y la comunidad, es la atención en salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.

Sistema de Garantía de la Calidad: Está integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario al menor costo y menor riesgo. (Art. 119, Reglamento Ley 423).

PARTICIPANTES

Ministerio de Salud - Nivel Central

Alvarado, Marielo	Ministerio de Salud
Arostegui, Martha Pastora	Ministerio de Salud
Avilés Mairena, Marina	Ministerio de Salud
Barrero Arias, Violeta	Ministerio de Salud
Barreto, Wilfredo	Ministerio de Salud
Bermúdez, Juan José	Ministerio de Salud
Beteta, Wilmer	Ministerio de Salud
Bolaños Prado, Luis	Management Sciences for Health
Castillo, Reyna	Ministerio de Salud
Chamorro, Verónica	Ministerio de Salud
Collado, Héctor	Ministerio de Salud
Corea, Dinorah	Ministerio de Salud
Cruz Lesage, Carlos	Ministerio de Salud
Cuadra Ferrey, Eduardo	Ministerio de Salud
Darce, Juan	Ministerio de Salud
Díaz, Oswaldo José	Ministerio de Salud
Dinarte Mendoza, Mauricio	Ministerio de Salud
Echegoyen Vásquez, Magally	Ministerio de Salud
Figueroa, Ernestina	Ministerio de Salud
Fletes, Carlos	Ministerio de Salud
Gadea, Fátima	Ministerio de Salud
Galo, Martha	Ministerio de Salud
Gallegos, Jeannine	Ministerio de Salud
García, Carmen María	Ministerio de Salud
García, Marlon	Ministerio de Salud
González Mairena, Alcides	Ministerio de Salud
Gutiérrez, Dayra	Ministerio de Salud
Gutiérrez Serrano, Marisol	Ministerio de Salud
Hernández García, Rosario	Ministerio de Salud
Herrera Jeréz, Indiana	Ministerio de Salud
Icaza, Nidia	Ministerio de Salud
Jarquín, Oscar	Ministerio de Salud
Jiménez, Donald	Ministerio de Salud
Juárez, Ligia	Ministerio de Salud
Lanzas Montalván, Patricia	Ministerio de Salud
Largaespada, Antonio	Ministerio de Salud
León Pérez, Pedro	Ministerio de Salud

Loaisiga, David	Ministerio de Salud
López Fernández, Douglas	Ministerio de Salud
López, Teresa del Carmen	Ministerio de Salud
Marenco, Luisa	Ministerio de Salud
Martínez, Yesica	Ministerio de Salud
Mayorga, Fátima	Ministerio de Salud
Medina Iglesias, Miguel	Ministerio de Salud
Mendieta, Jaime	Ministerio de Salud
Morales Guillén, Enrique	Ministerio de Salud
Murillo, Lucia	Ministerio de Salud
Narváez Flores, Maritza	Ministerio de Salud
Narváez, Alejandra	Ministerio de Salud
Oporta, Alfonso	Ministerio de Salud
Orochena Santana, Jorge	Ministerio de Salud
Orozco, Maribel	Ministerio de Salud
Ortíz, Manuel Salvador	Ministerio de Salud
Ortíz Moreno, Mario	Ministerio de Salud
Osorno, Sergio	Ministerio de Salud
Palacios, Sergio	Ministerio de Salud
Parajón, Armando	Ministerio de Salud
Pérez, Carlos	Ministerio de Salud
Pérez, Edgard	Ministerio de Salud
Prado Rocha, Federico	Ministerio de Salud
Ramírez Krüger, Karen	Ministerio de Salud
Reyes, Fernando	Ministerio de Salud
Román, Matilde	Ministerio de Salud
Ruiz Dávila, Felix	Ministerio de Salud
Salinas Figueroa, Ligia	Ministerio de Salud
Solórzano, Armando	Ministerio de Salud
Solórzano Gaitán, Alba Luz	Management Sciences for Health
Solórzano, María Martha	Ministerio de Salud
Varela, Rosamelia	Ministerio de Salud
Vega, Alexander	Ministerio de Salud
Vega, Consuelo	Ministerio de Salud
Vega, Marcia	Ministerio de Salud
Vega, Mario	Ministerio de Salud
Velásquez Pereira, Aurora	Ministerio de Salud
Vidaurre, Benjamín	Ministerio de Salud
Yescas Obando, Danilo	Ministerio de Salud
Zeledón, Alma Nubia	Ministerio de Salud

Directores de SILAIS

Alemán Mendoza, Iván
 Alonso Medrano, Carlos
 Bermúdez Corrales, Dagoberto
 Calvo Vega, Diego
 Cuadra Flores, Luis
 Granados Vilchez, Ramón
 Incer Toledo, Armando
 Jarquín Juárez, Donald
 Kontorovsky Artola, Israel
 Levy Wilson, Florence
 Martínez Urcuyo, Silvio
 Novoa Saavedra, Pedro
 Ruiz Alvarez, Fredy
 Sánchez, Juan Carlos
 Sequeira, Yelmira
 Valencia, Mario
 Valencia, Miguel

SILAIS Masaya
 SILAIS Chinandega
 SILAIS Madriz
 SILAIS Chontales
 SILAIS Granada
 SILAIS Nueva Segovia
 SILAIS Boaco
 SILAIS RAAS
 SILAIS Estelí
 SILAIS RAAN
 SILAIS Rivas
 SILAIS Carazo
 SILAIS Río San Juan
 SILAIS Matagalpa
 SILAIS Managua
 SILAIS Jinotega
 SILAIS León

Directores de Hospitales

Abarca, Conrado
 Alvarez Garcia, Miriam
 Bellanguer Durietz, Miriam
 Blandón Burgalin, Victor
 Blandón García, Noel
 Calero González, Dania
 Castillo Fernández, Claudia
 Chávez Medina, Mario
 Díaz Salazar, Rafael
 Espinoza Mendiola, Eugenio
 Flores Martínez, Julio Cesar
 Huete Maltéz, Ulises
 Jarquín, Raúl

Jirón Castro, Roberto
 Juárez Meza, Leonel
 López Rivas, Ramiro
 Lugo Vado, Yelba
 Martínez, Aura Regina
 Mendieta Parrales, Erick
 Molina Blandón, Mayra
 Montiel, José Ángel
 Morales, Fabio José
 Neyra Cuadra, Jorge Isaac

Centro Nacional Oftalmológico, Managua
 Hospital Regional Santiago, Carazo
 Asunción, Chontales
 Hospital La trinidad, Estelí
 Hospital Victoria Motta, Jinotega
 Hospital Juan Antonio Brenes, Madriz
 Hospital San José, Diriamba
 Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa
 Hospital Roberto Calderón, Managua
 Hospital Rosario Lacayo, León
 Hospital Fernando Vélez Paiz, Managua
 Hospital Humberto Alvarado, Masaya
 Centro Nacional de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua
 Hospital La Mascota, Managua
 Hospital Mauricio Abdalah, Chinandega
 Hospital Antonio Lenín Fonseca, Managua
 Hospital Amistad Japón, Granada
 Hospital Psiquiátrico, Managua
 Hospital El Maestro, Diriamba
 Hospital Alfonso Moncada, Nueva Segovia
 Centro Cardiológico, Managua
 Centro Nacional de Radioterapia, Managua
 Centro Dermatológico, Managua

Olivas Montiel, Randall
Paguaga Torres, Alejandro
Pentzke Torres, Manfredo
Peralta González, Rubén
Pérez Rocha, Marcelino
Pulido Castro, Humberto
Sánchez, Pedro Joaquín
Taylor, Ernesto
Velásquez Guerra, Zacarías
Villanueva, Abraham

Hospital Luis Felipe Moncada, Río San Juan
Hospital España, Chinandega
Hospital Oscar Danilo Rosales, León
Hospital San Juan de Dios, Estelí
Hospital Bertha Calderón, Managua
Hospital Ernesto Sequeira, Bluefields
Hospital José Niebrorowsky, Boaco
Hospital Nueva Amanecer, Puerto Cabezas
Hospital Gaspar García Laviana, Rivas
Hospital Alemán Nicaragüense, Managua

Consejo Nacional de Salud

Alemán Neyra, Luis
Alvarado Correa, José Antonio
Alvarado, Nancy
Aranda Palacios, Luis
Barberena, Ángeles
Bautista Lara, Francisco
Bendaña, Julio Cesar
Bermúdez, Esperancita
Bravo, Alejandro
Cabrera Artola, Rafael
Callejas, Edda
Castillo, Azucena
Castillo, Ricardo José
Correa Oquel, Rodolfo
Cuadra, Aurita
Cunningham, Mirna
Chávez, Migadalia
Darce Rivera, René
Detrinidad, Cecilia
Flores Mejía, Oscar
Fresch de Alemán, Amalia
Gómez Lacayo, Mauricio
González, Juan
Gosebruchm, Guillermo
Guerrero Blandford, Tatiana
Harding, Arturo
Hruska J., Allan
Jirón, Oscar
Largaespada, Antonio
Leal, Sodelba
Leclair, Guillermo
López, Carlos Emilio

Asociación de Psiquiatría
MINSA
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
CONAPRO
INEC
Policía Nacional
MIFIC
Cruz Roja Nicaragüense
AMUNIC
Asociación Médica Nicaragüense
INSS
FISE
Central de Trabajadores de Nicaragua CTN
MINSA
Asociación de Padres de Familia con Diabetes
Sociedad Civil
Asociación Enfermeras
Hospital Militar
FUMEDNIC
Sociedad de Ginecología
CONAPINA
Ministerio de Relaciones Exteriores
Consejo Regional de la RAAN
Consejo Nacional de Personas con Discapacidad
Consejo Regional de la RAAS
MARENA
NICASALUD
Hospital Carlos Roberto Huembes - MINSA
MINSA
Asociación de Ginecología
ENACAL
Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia

Martínez, Luis Enrique	Ministerio del Trabajo
Martínez, Orlando	CONGETRAS
Mayorga, Patricia	FUNDEMOS
Medina, Enrique	Fundación Nicaragüense para la Diabetes
Monjarrez, Lindolfo	Secretaría de la Juventud
Montenegro, Guillermo	Asamblea Nacional
Neret, Matilde	SECEP
Orozco, Miguel	CIES
Payán, Efraín	Asociación de Periodistas de Nicaragua
Picado, Enrique	Movimiento Comunal
Porras, Guillermo	CONISIDA
Prado, Erick	MECD
Quiroz, Ana	CISAS
Reyes, Cristina	COTSALUD
Rivas Alvarado, William	PROFAMILIA
Rivera Solís, Ivania	FITS
Rojas de Somarriba, Esmeralda	AMQUEM
Saavedra, Dilia	PLANATONIC
Salgado, Carlos	UPN
Sánchez, Félix	Asociación de Pediatría
Toruño, Ivania	INIM
Ulmos, Blanca	MIFAMILIA
Umaña, Evile	FETSALUD
Valladares, Larry	Cámara Empresas Médicas Provisionales
Valle, María del Rosario	JCOP

Comité Asesor Plan Nacional de Salud

Alvarado Abaunza, Enrique	MINSA
Alvarez Montalván, Emilio	Médico
Amador, Juan José	MINSA
Araúz Palacios, Eliseo	MINSA
Atha, Stanley	MINSA
Espinoza, Argentina	IXCHEN
Fuentes Pereira, Jaime	INSS
Gurdián López, Margarita	MINSA
Jiménez, Roberto	MINSA
Jirón, Carlos	Médico
Jirón, Norman	MINSA
Largaespada, María Jesús	Embajada del Reino de los Países Bajos
López Baldizón, Miguel	Asamblea Nacional
Medina, Ernesto	UNAN-León
Muñoz, Federico	Médico
Rojas Lara, Patricio	OPS/OMS
Rocha, Crisanta	Hospital La Mascota - MINSA

Sánchez -Monim, Emma	BID
Somarriba, Anastasio	COSEP
Somarriba García, Myrna	MINSA
Suárez García, Xanthys	Centro Mujer y Familia

Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS)

Balcárcel, Eduardo	BID
Balladares, Félix	ACDI
Ballivian, Amparo	Banco Mundial
Chavarría, Janet	UNICEF
Chavalier, Cristhian	Luxemburgo
Chediek, Jorge	PNUD
Davies, Penny	DIFID
Encinas, Miguel Angel	Agencia de Cooperación Española
Espinoza, Carola	NORAD
Fernández, Jesús María	Banco Mundial
González, Hugo	FNUAP
Hernández, Elizabeth	JICA
Jiménez, Tomas	FNUAP
Largaespada, Anee Christian	DIFID
Largaespada, María Jesús	Embajada del Reino de los Países Bajos
Madueño, Enrique	ACDI
Mäenpää, Sirpa	Embajada de Finlandia
Mamberto, Giorgio	Comisión Europea
Ommen, Alexander van	Embajada del Reino de los Países Bajos
Otero, Violeta	CIG-GTZ
Piechulek, Helga	PROSIM GTZ
Porras, Silva	Embajada del Reino de los Países Bajos
Roald, Reidun	Embajada de Noruega
Rojas, Patricio	OPS/OMS
Sánchez -Monin, Emma	BID
Smith, Barry	MSH
Sthal, Gary	UNICEF
Tegborg, María	Embajada de Suecia
Tercero, Iván	USAID Nicaragua
Vega, Rosemary	Embajada de Finlandia
Vermillion, James	USAID – Nicaragua
Watanabe, Naohito	Embajada de Japón
Wind, Alonso	USAID - Nicaragua
Wolters, Mathijs	Embajada del Reino de los Países Bajos

Impreso en Litografía Nicaragüense
(LITONIC)
con un tiraje de 2000 ejemplares
Mayo, 2004
Managua, Nicaragua.

PMSS
Programa Modernización
del Sector Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud