PLAN NACIONAL DE SALUD

"UN RETO DE NACIÓN"

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SECTOR SALUD

Segundo Documento Borrador para Consulta:
MINSA, Comité Asesor PNS, CNS y Mesa Sectorial

Managua, Diciembre del 2003

Gobierno Bolaños
¡Nueva Era!

INDICE

		PAGINAS
1	**INTRODUCCIÓN**	**1-2**
2.	**EL CONTEXTO POLITICO INSTITUCONAL Y LA EVOLUCION ECONOMICA Y SOCIAL DE NICARAGUA EN 1990-2002**	**3-6**
3.	**MARCO LEGAL**	
3.1	Aspectos Jurídicos Generales que tienen incidencia en el Sector Salud	**7**
3.2	La Ley General de Salud y las condiciones institucionales para su aplicación en el sector salud.....	**7-8**
4.	**ANALISIS DE SITUACION DE SALUD DE NICARAGUA 1997-2002**	
4.1.	**DETERMINANTES DE LA SALUD**	
4.1.1	Dinámica demográfica	**9-12**
4.1.2	Pobreza y Salud	**15-16**
4.1.3	Desempleo, Salario y Alimentación	**16**
4.1.4	Cultura y educación	**16-17**
4.1.5	Vivienda y acceso a los servicios públicos	**17-18**
4.1.6	Género y salud.	**18**
4.1.7	Estilos de vida	**19**
4.1.8	Seguridad ciudadana y Violencia intrafamiliar.....	**19-21**
4.1.9	Etnicidad y salud	**22**
4.1.10	Medio ambiente	**23**
4.1.11	Emergencias y desastres	**24**
4.1.12	Accesibilidad a los Servicios de Salud	**24-26**

4.2	**PERFIL DE SALUD DE LA POBLACION**	**25**
4.2.1	Mortalidad.....	**25-29**
4.2.2	Morbilidad General.....	**29**
4.2.3	Salud de la Niñez.....	**30-31**
4.2.4	Salud de los Jóvenes y Adolescentes (10 a 19 años).....	**31-32**
4.2.5	Salud del Adulto	**32**
a)	Salud de las Mujeres	**32-34**
b)	Salud de lo y las Trabajadoras.....	**34-35**
4.2.6	Salud del Adulto Mayor.....	**35-36**
4.2.7	Problemas de Salud Mental.....	**36-37**
4.2.8	La Discapacidad.....	**37-38**
4.2.9	Daños Específicos de Salud/ Enfermedades Emergentes y Re emergentes	
a)	ITS y VIH/SIDA	**38-39**
b)	Malaria	**39-40**
c)	Dengue	**40**
d)	Enfermedad de Chagas	**40-41**
e)	Tuberculosis	**41**
f)	Infecciones Nosocomiales	**41**
4.3	**EL SECTOR SALUD .....**	**41-42**
4.3.1.	**LOS RECURSOS DEL SECTOR**	
a)	Recursos Humanos	**42-45**
b)	Infraestructura	**45**
c)	Desarrollo Tecnológico y Científico: Investigación	**46-47**
d)	Suministro de Medicamentos y otros Insumos Médicos y No Médicos	**47**

4.3.2 PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

a) Ministerio de Salud **48**

b) Instituto Nicaragüense de Seguridad Social **49**

c) Sub-Sector privado **50**

4.3.3 NIVELES DE ATENCIÓN

a) Primer Nivel de atención: Centros y puestos de Salud **51-52**

b) Segundo Nivel de atención: Hospitales **53**

4.3.4 MODALIDADES DE ATENCIÓN.

a) Promoción de la Salud **54**

b) Prevención **54**

c) Recuperación **54**

d) Rehabilitación **54**

4.3.5 CAPACIDAD RESOLUTIVA..... **55**

4.3.6 GESTION DEL SECTOR

a) Competencias en el Sector **56-58**

b) Sistemas de Soporte para la Gestión **59-60**

c) Participación ciudadana y control Social **60-61**

4.3.7 FINANCIAMIENTO

a) Fuentes de financiamiento **62-64**

b) Gasto en Salud **64-65**

5. REFORMA DEL SECTOR **65-69**

6. PRIORIDADES DE ATENCION PARA EL SECTOR SALUD **70-72**

7 CONDICIONANTES DE FUTURO Y RETOS DEL SECTOR SALUD **73-75**

ANEXOS **76-79**

1 INTRODUCCIÓN.

La elaboración del Plan Nacional de Salud requiere contar un análisis preliminar de la Situación del Sector Salud , así como la identificación de los problemas y prioridades de atención en salud que permitan establecer las primeras pautas de la direccionalidad del plan, los que van a ser un punto de referencia ineludible en la construcción de la Misión, Visión y los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud.

Desde esa perspectiva, en el presente documento se sintetiza una primera aproximación de Situación del Sector Salud, el que parte de identificar el contexto Económico, Político y Social en el que se encuentra inmersa la situación sanitaria del país que es el objeto central del Plan Nacional de Salud. Con la presentación de este contexto se pretende tener una panorámica de los macro determinantes de la situación del país con el fin de identificar los factores que pueden restringir o facilitar la modificación de la situación sanitaria en los próximos años.

Aunque es un proceso muy complejo, es necesario establecer los puentes entre Economía y Salud, Políticas Públicas y Salud, así como Situación Social y Salud con el fin de avanzar hacia una visión de la problemática sanitaria más allá del enfoque médico y epidemiológico tradicional, con el fin de contar con los elementos necesarios para el diseño de intervenciones costo-efectivas que permitan enfrentar los problemas de la iniquidad en salud, especialmente porque se pretende que el Plan Nacional de Salud sea coherente con la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza Estrategia de Crecimiento Económico y el Plan Nacional de Desarrollo.

El documento presenta algunas de estas vinculaciones sin pretender agotar el tema dado que se espera enriquecerlo con los resultados de la Evaluación de la Política de Salud, así como de los Programas y Proyectos que se han venido implementando en los últimos años. Se ha partido de entender que este análisis se irá construyendo en distintos momentos de tal forma, que la información que hoy se presenta pueda mañana enriquecerse con los aportes que se recogerán en la consulta.

Se ha abierto un capítulo de descripción del Marco Legal del Sector Salud con el fin de establecer su peso específico en las Políticas y Planes de Salud, de tal forma que todas las decisiones que llegue a estructurarse en el Plan Nacional de Salud sean coherentes con la leyes del país en el ámbito sanitario, al mismo tiempo que se definan acciones que permitan terminar de completar este marco legal, tan necesario para el futuro del buen funcionamiento del Sector Salud.

En la parte más específica de la situación del Sector Salud se parte de la identificación de los determinantes de salud, así como vinculación con el perfil de salud (por ejemplo, la relación entre pobreza y algunos indicadores de salud, demografía y pobreza, etnicidad y pobreza, situación laboral y salud, etc.) , hasta hacer una descripción del perfil de salud, en la que se va rescatando la explicación de su situación actual, tanto desde la perspectiva epidemiológica como social.

Así mismo se hace una descripción de la situación del Sector Salud (en la medida de la de la información disponible), la que incluye sus recursos más importantes, destacando la situación con los recursos humanos, tecnológicos, insumos y de infraestructura, con el fin de establecer sus disponibilidades en la actualidad. Algunos de estos acápites están

incompletos desde la perspectiva de Sector Salud, ya que algunas informaciones aún no están disponibles (aunque se está trabajando para contar con ella) y en otros casos aún se identifica la posible fuente de información.

Posteriormente se describen la situación de la Provisión de Servicios de Salud, la Gestión en el plano sectorial, la Financiación en el Sector Salud y Finalmente una primera aproximación del Proceso de Reforma, sus avances y limitaciones. Cada uno de estos capítulos aportan los elementos mínimos necesarios para el análisis integral del sector desde la perspectiva de la oferta. Aunque cada capítulo es independiente uno del otro, se ha intentado que entre ellos se conserven los nexos necesarios para no perder la visión de conjunto. Finalmente se presenta una primera aproximación de prioridades para el Sector Salud que el Equipo Técnico identificó en esta etapa del desarrollo de la elaboración del Plan Nacional de Salud, así como una identificación de las condiciones de futuro en la que se moverá la situación sanitarias del país, lo que da pie a una primera aproximación de lo que son los retos para el Sector Salud en ese contexto.

2. EL CONTEXTO POLITICO INSTITUCONAL Y LA EVOLUCION ECONOMICA Y SOCIAL DE NICARAGUA EN 1990-2002

Nicaragua es una república democrática, participativa y representativa tal como establece la Constitución de 1987, reformada en 1995. Los órganos del Estado son los poderes Ejecutivo, Legislativo, Judicial y Electoral. Administrativamente el país organizado en 15 Departamentos, 2 Regiones Autónomas y 151 municipios. La Autoridad administrativa nacional está a cargo del presidente de la República. Existen doce Ministerios de Estado.

La vinculación entre la administración pública y la participación ciudadana se concreta en el Consejo Nacional de Planificación Económica y Social, que es el órgano de apoyo al Presidente de la República para dirigir la política económica y social del país. El municipio es la unidad base de la organización político - administrativa del país, gozando de autonomía política, administrativa y financiera. Las autoridades municipales son elegidas mediante sufragio universal, igual, directo, libre y secreto.

En Atlántico Caribeño existen dos regiones jurídicamente autónomas lo que permite una mayor atención a las características étnicas y culturales de su población. En estas regiones existe un potencial de experiencias en lo relativo a los procesos de descentralización participativa, así como el desarrollo de múltiples iniciativas locales que han permitido avanzar en el desarrollo del capital social, especialmente a partir de la creación de instituciones formadoras de ámbito universitario con programas de estudios con enfoque multicultural y multiétnico.

En los últimos quince años el país vive un proceso de transformación de su economía. En abril de 1990, la economía se caracterizaba por un amplio sector público, un sector privado pequeño y sobre regulado, y una infraestructura física deteriorada y obsoleta que reflejaba una inversión mal dirigida y una falta de mantenimiento de la infraestructura económica y social. En el mismo año, el valor de las exportaciones FOB era de US$ 330.5 millones y representó la mitad del promedio exportado en los años setenta. La deuda externa del país era equivalente a 6.8 veces el valor de su producción anual; las reservas internacionales ascendían a US$108.8 millones y el saldo de los depósitos de ahorro en la banca representaba apenas el 6.4% del PIB.

En marzo de 1991 se implementó un programa de estabilización que incluyó restricciones fiscales, rígidas políticas crediticias, el congelamiento de los salarios, una devaluación de la moneda local de 1 dólar por C$ 5, un programa de liberalización financiera que dio paso a la banca privada, la Superintendencia de Bancos y la transformación del Banco Central. La economía se estabilizó, al caer la tasa de inflación anual de 13,490% en 1990 a 4.5% en 1991 y a 3.5% durante 1992. Sin embargo, la producción permaneció estancada en el período de 1990-1993.

Las condiciones económicas del país mejoraron desde 1994. El PIB Real creció a un ritmo de 4.3% promedio anual en período 1993-2002. Este crecimiento se debió a la inversión interna, especialmente del sector público, y crecientes flujos de capital privado provenientes del exterior, contribuyendo a la reducción de la tasa de inflación anual, que bajó de 19.5% en 1993 a 4.0% en 2002, pero que se elevó a 18.5% en 1998 por efectos de una sequía y el Huracán «Mitch».

Paralelamente al esfuerzo estabilizador, se implementó un programa de ajuste estructural con los propósitos de eliminar las distorsiones y reducir la intervención estatal. Se concluyó el proceso de privatización de 352 empresas de propiedad estatal administradas por la Corporación Nacional de Administración Pública (CORNAP), y se inició el de las empresas de servicios públicos (transporte, telecomunicaciones, energía eléctrica, agua potable y bancos), para lo cual la Asamblea Nacional reforma el marco legal de dichas empresas.

Al mismo tiempo se hizo una reforma estructural del sistema financiero incluyó: el cierre del Banco Nacional de Desarrollo (BANADES); el cierre y privatización del Banco Nicaragüense de Industria y Comercio (BANIC); está previsto la venta del capital de la Financiera Nicaragüense de Inversiones (FNI); la banca privada adoptó la adecuación de capital de acuerdo a las normas prudenciales de Basilea en diciembre de 2000 y ha sufrido una reforma estructural, después de las quiebras bancarias que cuestan aproximadamente USA 530 millones y que, en principio, deben cancelarse en 2004.

Desde inicios de la década de los noventa, se mejoraron sustancialmente las finanzas del sector público. De un desahorro de 18.1% del PIB en 1990, el sector público registró un ahorro de 10.0% del PIB en 1998, pero disminuyó a 0.5% del PIB 2001 y se elevó a 3.4% en 2002. En el ámbito fiscal, se elevó la carga tributaria del Gobierno Central y de los gobiernos municipales, se mejoró la administración tributaria y un incremento del superávit de algunas empresas públicas. En 1997 se llevó a cabo una reforma tributaria que trató de eliminar las discrecionalidades de los funcionarios y aumentar la base tributaria. En el 2002, se ejecuta la primera fase de la reforma tributaria, conocida como "Ley de Ampliación de la Base Tributaria".

En general, los presupuestos de gastos reflejan las Políticas Públicas de estos años: congelamiento de los salarios, racionamiento de la compra de bienes y servicios, eliminación de transferencias y subsidios, reducción del empleo en el sector público y del gasto militar. Los programas de Conversión Ocupacional (PCO) y de Movilidad Laboral (PML), redujeron las plazas en el sector público, el que pasó de 218,703 en 1990 a 61,828 en 2002, contribuyendo a reducir el déficit del sector público, que pasó de 20.3% del PIB en 1990 a 9.0% del PIB en 2002.

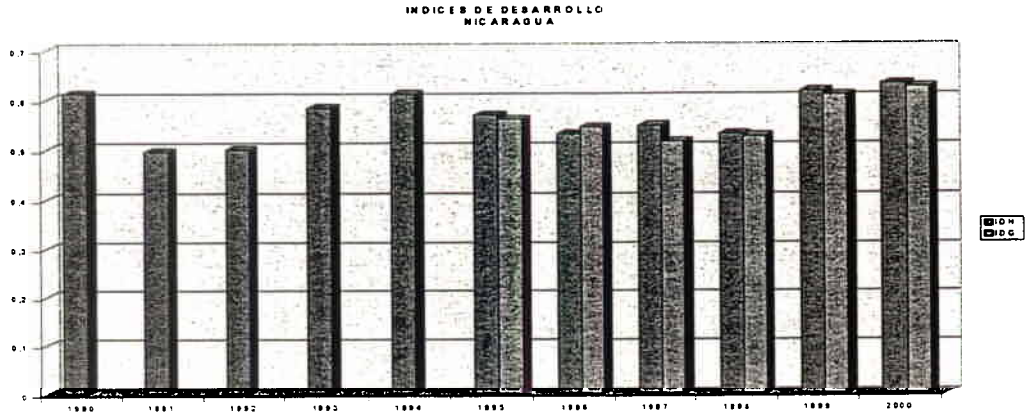
Ahora, en la primera década del Siglo XXI, Nicaragua enfrenta el problema de una pesada carga de deuda pública interna. Se debe un total de US$ 4,122 millones a finales de 2002, de los cuales US$ 1,470 millones corresponden al sector privado y el remanente, US$ 2,652 millones, se adeudan al sector público, principalmente al Banco Central de Nicaragua. Nicaragua es uno de los 41 países más pobres y endeudados del mundo, con un Producto Interno Bruto Per Cápita de US$ 481 y una deuda de US$ 1,191 por habitante en 2002. La actividad económica más importante es la agropecuaria (27.1% en la formación del PIB), absorbe el 42.1% de la PEA y genera el 62.2% del valor anual del total de las exportaciones.

En el período 1990-2002, Nicaragua alcanzó la reestructuración y acuerdos de reducción de deuda con sus acreedores oficiales, multilaterales y privados, que condonaron su deuda en un monto de US$ 8,190 millones, producto de cuatro rondas de negociaciones con los países miembros del Club de París y condonaciones recibidas de varios países, así como de una operación de recompra de la deuda con la banca comercial internacional.

Sin Iniciativa para Países Pobres Muy Endeudados (HIPC por sus siglas en inglés), la Comunidad Internacional perdonó US$ 6,640 millones en el período 1990-1996. Luego, con la Iniciativa HIPC, entre 1997 y 2002, Nicaragua recibió una condonación de US$ 1,550 millones. La reducción de la deuda externa, la contratación y desembolso de una nueva deuda concesional, condujo a un saldo de la deuda externa de Nicaragua de USA 6,362.6 millones a finales de 2002, equivalentes a 2.5 veces el PIB de ese año.

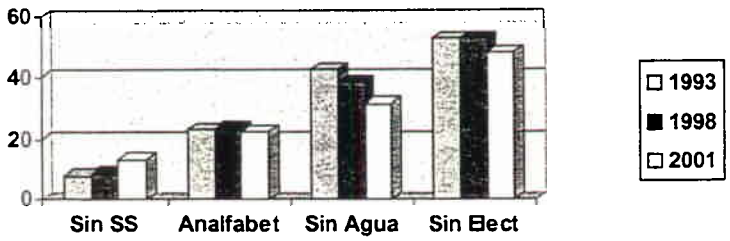
Dicho acuerdo, sobre la base de los "Términos de Colonia" establece que el Club de París condonará el 90% de la deuda comercial "pre-cut-off-date" de Nicaragua que se vence después del 30 de septiembre de 2002; el restante 10% será reestructurado a 23 años, con 6 años de gracia, a tasa de interés del mercado. Los préstamos ODA (Official Development Assistance), que suman US$19 millones, serán reestructurados a 40 años incluyendo 16 años de gracia.

Derivado este proceso se tiene un contexto social el que se caracteriza por un pobre desarrollo humano y peso importante de pobreza humana. Sin embargo, el índice de desarrollo humano en Nicaragua muestra un crecimiento de 3.0% promedio anual entre 1993 y 2001, de tal forma que en este último año el nivel del índice de Desarrollo Humano es de 0.635, sin embargo. A pesar de ello, es el segundo más bajo del istmo centroamericano, incluyendo a Panamá, sólo antecedido por Guatemala.



El comportamiento del índice de desarrollo humano y el nivel de pobreza humana del país está asociado con el costo social del ajuste económico que se tradujo principalmente en (a) el alto nivel de desempleo; (b) los ajustes sistemáticos en las tarifas de servicios públicos, que han elevado los costos de producción y reducido el poder adquisitivo de los salarios; (c) la eliminación de los subsidios para la producción de los bienes de consumo básico, así como la eliminación del control de precios de dichos productos; (d) el cierre de pequeñas y medianas empresas no competitivas, ante el proceso de apertura comercial promovida por la desgravación arancelaria y (e) las limitaciones que se ha tenido para las inversiones en el sector social.

INDICADORES DE POBREZA HUMANA
En porcentajes de la población total.



La tasa de analfabetismo es de la población mayor de 15 años.

De hecho, los ajustes económicos y las reformas estructurales durante el primer Programa "ESAF" no estuvieron acompañados de un "colchón" que amortiguara sus efectos, especialmente entre la población más vulnerable. La Comunidad Internacional ha reconocido que la reducción de la pobreza debe vincularse con la reducción de la deuda externa, en el marco de la Iniciativa para "Países Pobres Muy Endeudados". Para lograr este fin, se ha propuesto mejorar el diseño de los programas de ajuste económico y de reforma estructural para permitir el aumento del gasto en las áreas sociales, ya que de lo contrario, será menor el impacto que se logre con las acciones que se desarrollen desde el sector salud.

El alivio interino de la Iniciativa HIPC conducirá a la cancelación inmediata de aproximadamente US$405 millones de la deuda externa de Nicaragua. También se prevé la reducción del servicio de la deuda (o del pago de intereses y amortizaciones) a los acreedores del Club de París entre el 1 de octubre de 2002 y el 30 de septiembre de 2005, pasando de US$ 657 millones a un aproximado de US$90 millones anuales. Por su parte, Nicaragua, por su parte, se ha comprometido a destinar los recursos liberados a las áreas priorizadas en la estrategia de reducción de la pobreza del país. Se espera que Nicaragua alcance el Punto de Culminación de la Iniciativa HIPC en diciembre de 2003.

3. MARCO LEGAL.

3.1 Aspectos Jurídicos Generales que tienen incidencia en el Sector Salud.

Los principios generales que orientan la intervención social sobre la problemática sanitaria se derivan del artículo 59 de la actual CONSTITUCIÓN POLÍTICA; dicho articulo señala que: "los nicaragüenses tienen derecho, por igual a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen".

Antes de ser aprobada la Ley No 423, Ley General de Salud, cuyo objeto es tutelar el derecho de las personas a disfrutar, conservar y recuperar su salud, se contó con un marco legal integrado por leyes especiales y decretos presidenciales sobre distintos campos de la salud, algunas de las cuales se encuentran vigente y se describen en el Anexo No 1, en el orden cronológico de su publicación.

Con este marco legal se crean las distintas comisiones e instancias que facilitan las relaciones interinstitucionales, intersectoriales y de participación social, que se necesitan para consensuar las políticas, planes y programas con los que se enfrenta los distintos problemas de salud.

Complementando lo anterior, existe otra legislación donde el Ministerio de Salud tiene un grado de responsabilidad sobre la aplicación y seguimiento de las mismas, tales como: control sobre disposición de aguas residuales, domésticas e industriales; calidad del agua potable para consumo humano; medidas sanitarias y fitosanitarias a aplicarse en el ámbito centroamericano; ley de marca y patente; sobre derecho de autor; ley de obtenciones vegetales; resoluciones ministeriales sobre higiene y seguridad industrial.

3.2 La Ley General de Salud y las condiciones institucionales para su aplicación en el sector salud.

La Ley General de Salud, Ley No 423 fue aprobada el catorce de Marzo del 2002, publicada el 17 de Mayo y entró en vigencia en Septiembre del mismo año. La Ley ya fue reglamentada y sancionada por el Presidente de la República el diez de enero del 2003. La ley está integrada por ocho títulos, veintiocho capítulos y ochenta y nueve artículos.

Entre los elementos centrales de la Ley No 423, cabe mencionar que se establecen las disposiciones fundamentales alrededor del derecho a la salud y los mecanismos de hacerlo efectivo, las competencias, derechos y obligaciones de las instituciones y los ciudadanos, las acciones en salud, las características generales de los mecanismos de provisión de servicios de salud, del control sanitario de productos y servicios, lo relacionado al medio ambiente y la salud, así como relación a sanciones administrativas y disposiciones finales que definieron su puesta en vigencia.

La Ley General de Salud norma de acuerdo a los contenidos anteriormente descritos una gama importante de campos de acción en el que hacer en salud, lo que ligado al marco jurídico previamente existente, da un marco de referencia importante para la actuación de

las instituciones del Sector Salud. Sin embargo, dada la reciente formulación y reglamentación de la Ley General de Salud, aún no cuenta con el instrumental institucional necesario para que el Ministerio de Salud pueda ejercer su función reguladora, de tal forma que el resto de instituciones del sector se enmarquen en prácticas más eficientes y efectivas, de tal forma que consigan el impacto esperado en la situación sanitaria de la población.

Por otra parte y asumiendo lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud, en su artículo 186, en el que se define el Plan Nacional de Salud como "el conjunto de propósitos, objetivos, actividades, metas y recursos sectoriales organizados para satisfacer las necesidades de cuidados de salud de la población con el fin de contribuir al desarrollo humano sostenible de los nicaragüenses", el Ministerio de Salud debe avanzar en este campo en los próximos años, sobre la base a lo establecido en el artículo 7, numeral 16 de la Ley General de Salud, en el que se señala que es competencia y atribución del Ministerio de Salud el coordinar la formulación y ejecución del PLAN NACIONAL DE SALUD que deban adoptar las instituciones, organismos públicos y privados.

4. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD DE NICARAGUA 1997-2002

El análisis de la situación del Sector Salud de Nicaragua debe contribuir al diseño de intervenciones costo-efectivas sobre los problemas de salud de la población que puedan contribuir a fortalecer los esfuerzos que se vienen realizando desde el Gobierno para lograr un crecimiento económico y reducción de la pobreza (Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza), de tal forma que se pueda construir un puente de esfuerzos y resultados que se articulen coherentemente con la propuesta del Plan Nacional de Desarrollo que se viene discutiendo entre el Gobierno y la Sociedad Nicaragüense.

Desde esa perspectiva es necesario tratar de identificar en el análisis, el conjunto de factores que determinan y condicionan el perfil de salud de la población en general y de grupos específicos en particular, más allá de la descripción de los daños o su distribución en los territorios. Metodológicamente se considera necesario valorar el impacto que tiene para la población los determinantes de salud, al mismo tiempo el peso que tiene la salud de la población en el desarrollo del país con el fin de encontrar los nexos de ambos procesos de tal forma de poder contribuir desde el sector con la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza.

Con ese enfoque se identifica el impacto que tienen las condiciones de vida de la población y sus mecanismos de reproducción, dado que es en este campo donde los grupos de población menos beneficiados por el desarrollo presentan su lado más vulnerable y es donde con mayor frecuencia se identifican los factores que contribuyen a la reproducción de la pobreza, factores que a su vez constituyen los mayores riesgos de enfermar y morir.

Al mismo tiempo se identifica el peso específico que tienen las condiciones laborales para la población trabajadora que está inmersa en el mercado formal (ingreso, ambiente laboral, riesgos de accidentes, etc.), así como sus posibilidades de acceder al consumo de bienes y servicios, no sólo para conservar su estado de salud, sino para mantenerse saludable para desarrollar una actividad altamente productiva, que les permita contribuir a mejorar cada vez más las condiciones de vida de sus dependientes.

Se trata de particularizar los análisis de tal forma que se puedan valorar las intervenciones sanitarias que se están realizando, en la búsqueda de aquellas de mayor efectividad para mejorar su situación de salud, lo que a la postre va a contribuir al incremento de la producción y la productividad necesaria para el desarrollo del país. De lo que se trata en ambos casos es establecer un enfoque sectorial e institucional eficiente y efectivo que contribuya a mejorar la salud de la población en su conjunto y crear las condiciones para el desarrollo. En otras palabras, es valorar la salud en su verdadera dimensión como elemento constructor del desarrollo y no como un gasto, es pensar en salud como la mejor inversión para hacer sostenible los procesos de transformación social.

Por ello, la Situación del Sector Salud del período 1997 - 2002 se presenta desde tres perspectivas: el análisis de los determinantes de la salud, el análisis del perfil de salud de la población y el análisis de sector salud propiamente dicho. Se ha tomado en cuenta múltiples fuentes de información para este trabajo, sin embargo se quiere destacar tres de suma importancia: el sistema de información y estadísticas del MINSA, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA-2001) y la Encuesta de Medición del Nivel de Vida (EMNV-2001).

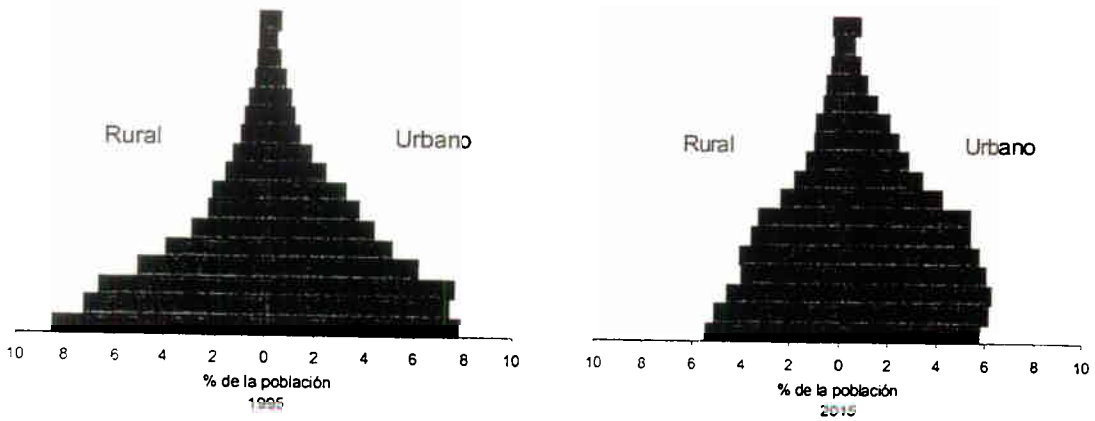
4.1. DETERMINANTES DE LA SALUD.

4.1.1 Dinámica demográfica.

Nicaragua cuenta en la actualidad con 5,4 millones de habitantes y es la segunda nación centroamericana, después de Panamá, con menor densidad poblacional (44.5 hab/km2). Esta baja densidad adquiere mayores dimensiones en la costa caribeña, donde la densidad desciende a 7,6 hab/Km2 en la RAAN, 13,2 hab/km2 en la RAAS y 12,3 hab/km2 en Río San Juan. En el Centro del país la densidad oscila entre 27,3 hab/km2 en Chontales a 93,5 hab/Km2 en Estelí; en cambio en el pacífico la densidad poblacional oscila entre 71,1 hab/km2 en León, hasta 502 hab/km2 en Masaya.

La distribución territorial de la población se ha modificado en las últimas décadas debido a las altas tasas de crecimiento y la migración rural para las ciudades; esto explica que la población rural se triplicó, en cambio la población urbana se sextuplicó entre 1950 y el 2000; para el año 2001 la población urbana representa el 58.3% del total de la población. Para el 2015, se calcula que la población urbana será superior al 65 % y cambiará su estructura por grupos de edades con relación a 1995 tal como se muestra en el siguiente gráfico[1]:

Distribución de la población por grupos de edad, Urbano/Rural
Nicaragua, 1995 y 2015



Fuente: Proyecciones de Población y Pobreza para Nicaragua, 1995-2015

De acuerdo a estas proyecciones, habrá modificaciones significativas en la dimensión de la población económicamente activa (pasará de 29,7% en 1995 a 38,7% en el 2015) y se tornará principalmente urbana; este cambio tendrá incidencia en el índice de dependencia (pasará de 0,95 en 1995 a 0,61 en el 2015), dado que paralelamente se acompañará de una reducción de la población menor de 15 años. Sin embargo, si el incremento de la PEA no se acompaña de un incremento de las oportunidades laborales se incrementará la tasa de dependencia económica real de los hogares en el país y se agravan las condiciones de pobreza. Se calcula que el reto consiste en abrir unos 79.000 puestos de trabajo anuales

La pirámide poblacional por grupos de edad y sexo muestra que la población de Nicaragua es predominantemente joven con un pequeño ensanchamiento de la cúspide. Esta característica se debe a la tasa de crecimiento demográfico que es de 2,6%, considerada entre las más altas de América, acompañada de una tasa global de

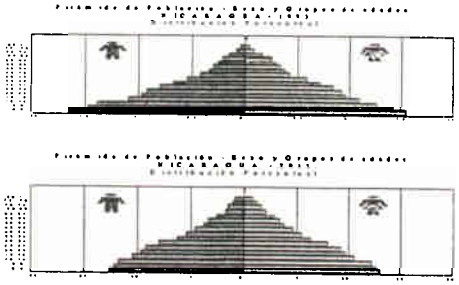
[1] Consultoría para el equipo de Asistencia Técnica del UNFPA para América Latina y el Caribe. Noviembre del 2003.

fecundidad de 3,2. Sin embargo, la tasa de crecimiento de la población varía de 2,1 en Carazo y Rivas, hasta 2,8 en Managua y 2,9 en Masaya.

La tasa global de fecundidad ha venido en descenso, sin embargo, este ha sido heterogéneo, ya que prevalece en la zona rural y entre las mujeres más desfavorecidas, una tasa global de fecundidad de 4.4, a diferencia de las mujeres en la zona urbana y más instruidas en las cuales es de 2.6. Sin duda este comportamiento está relacionado con los niveles de pobreza de la población lo que se abordará más adelante. De tal forma que en el futuro es de prever que exista también un descenso diferenciado de la tasa de fecundidad, especialmente si se toma en consideración que las mujeres en edad fértil (MEF), representan el 49% en el total de las mujeres del país y dentro de estas, el grupo de población con mayor porcentaje es el de 10-19 años con 54.5% (ENDESA-2001).

El efecto de esta situación es que el país seguirá creciendo a tasas relativamente altas debido al creciente número de mujeres en edad fértil, consecuencia de las altas fecundidades del pasado, lo que junto con tasas de fecundidad todavía altas, conduce a un número elevado de nacimientos. Se prevé que en el 2015, la población de Nicaragua se incremente en 2.3 millones de habitantes, de los cuales, 400 mil serán menores de 15 años y en 124 mil personas de 65 años y más. El siguiente gráfico muestra estos cambios con relación a 1995.

Dinámica Demográfica

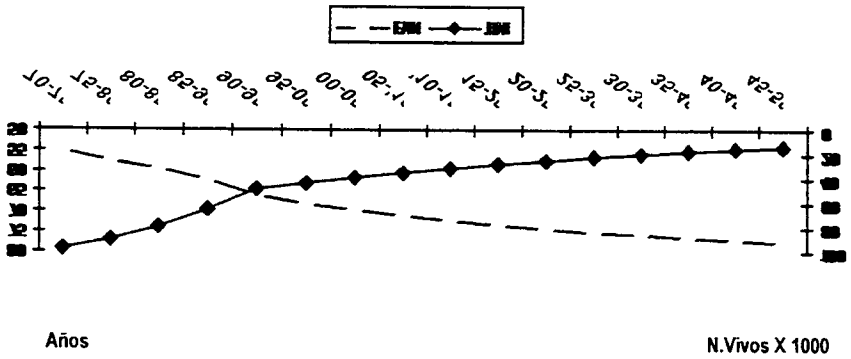


- Reducción de la TGF
- Reducción de la tasa de natalidad.
- Reducción de la tasa bruta de mortalidad.
- Incrementa Esperanza de vida.

Con relación a la esperanza de vida, la población ha ganado 26 años de vida en los últimos treinta años, tanto por el sostenimiento de las tasas de crecimiento como por las modificaciones en las defunciones, tanto en los menores de 15 años, las que han pasado del 32% en 1985 a 27% en 1995, como la de los mayores de 60 años que pasaron de 32% a 41%. De tal forma que para el 2015 se prevé que la esperanza de vida supere los setenta años, beneficiando principalmente a las mujeres.

Todos los cambios antes señalados evidencian que el país se encuentra en la transición demográfica; la importancia de este hecho es que los cambios en la estructura por edades, sexo y distribución geográfica, tendrán una alta incidencia en las características de las demandas sociales y económicas de la población; desde los servicios de salud es de prever que habrá una doble demanda en los próximos años: la de los jóvenes y las personas de la tercera edad.

PROYECCIONES DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y
MORTALIDAD INFANTIL 1970-2050



Años N.Vivos X 1000

En los últimos años, se ha venido profundizando el fenómeno de la migración externa (pasó de 3,1% del total de la población a inicios de los 80s a 12,4% a inicios del 2,000), principalmente hacia USA y Costa Rica. Se estima que los recursos más calificados viajan a Estados Unidos y los menos calificados a Costa Rica. En ambos casos, implica para el país una perdida importante del capital humano.

4.1.2 Pobreza y Salud.

Según la última encuesta de nivel de vida (EMNV-2001), la población que vive en pobreza representa el 45.8% de la población, de los cuales la población en extrema pobreza es el 15.1%. Existe una reducción porcentual de la pobreza extrema en comparación con las encuestas de 1998 y 1993; sin embargo, el número absoluto de pobres se ha incrementado debido a la superioridad de la tasa de crecimiento de la población en general y de pobres en particular con relación a la tasa de crecimiento económico y la tasa de inversión para la reducir la pobreza. De hecho, en el 2001 hubo una reducción de los proyectos sociales en comparación a 1998, tanto en lo que respecta a construcción de escuelas, centros de salud y servicios básicos para la población (EMNV-2001).

La pobreza es cinco veces más alta en la zona rural que en la urbana (aunque se redujo de 76,1% en 1993 a 67,8 en el 2001); de la misma forma la extrema pobreza supera en más de cuatro veces a la extrema pobreza de las zonas urbanas, aunque pasó de 36,6% en las zonas rurales en 1993 a 27,4 % en 2001. Con relación al consumo, la EMNV-2001 muestra que el 20% más pobre del país consume el 5,6% del total nacional, en cambio el 20% más rico consume el 49,2%. Existen diferencias en el consumo urbano y rural:

mientras el 20% más rico de las zonas urbanas consume ocho veces más que el 20% más pobres, en las zonas rurales esta relación es de seis.

Un factor económico que tiene alta incidencia en la reproducción de la pobreza es la falta de oportunidad de empleo, especialmente en las zonas rurales. De hecho, a pesar que estadísticamente se identificó en el año 2001 que la ocupación plena era del orden del 76.8%, (lo cual se atribuye al crecimiento del Producto Interno Bruto Real durante el período 1993-2001 cuyo promedio anual registrado fue de 4.3%), la tasa de desempleo abierto sigue siendo alta.

Por otra parte, los bajos salarios y el incremento de los costos de la canasta básica hacen que las capacidades de satisfacción de las necesidades básicas 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 que es la única fuente de ingreso.

De acuerdo a los resultados de la EMNV-2001, la población en extrema pobreza presenta una serie de características que los distinguen de los no pobres, las que en parte explican las dificultades que enfrentan estas poblaciones, las que no se han modificado desde 1993: tienen un mayor número de personas por hogar (7,4 en promedio, los no pobres 4,6), personas por cuarto para dormir (6,1 en promedio, los no pobres 3), número de hijos en el hogar (6,1 en promedio, los no pobres 2,5), grado de educación del jefe del hogar (1,4 en promedio, los no pobres 5,8), grado de educación del cónyuge (1,3 en promedio, los no pobres 6).

En relación a salud ENDESA-2001 muestra que existen las siguientes diferencias al comparar el 20% de la población más pobre con el 20% de la población más rica; la probabilidad que ocurra la mortalidad infantil es tres veces mayor en el primer grupo; la tasa de fecundidad global es tres veces más alta en el primer grupo; la desnutrición crónica es siete veces mayor en el 20% más pobre; el porcentaje de mujeres desnutridas es cuatro veces más alto en el 20% más pobres; el 20% más pobre usa tres veces menos servicios públicos de salud para la atención del parto; los hijos de mujeres del 20% más pobres tienen un diez por ciento menos de esquemas completos de vacunación infantil; la prevalencia de EDA e IRA es dos veces mayor y el uso de métodos modernos de anticonceptivos es un tercio menor en el 20% más pobre de población.

Desde el punto de vista de la distribución territorial de la pobreza y sus repercusiones en salud son evidentes, tal como lo muestra el siguiente cuadro. Por ejemplo, la RAAN y Jinotega, que tienen más del 50% de su población clasificada como muy pobre muestran una magnitud mayor de problemas de salud al compararlos con Managua, Masaya y Carazo que tienen porcentajes de población clasificada como muy pobres, por debajo del 9%.

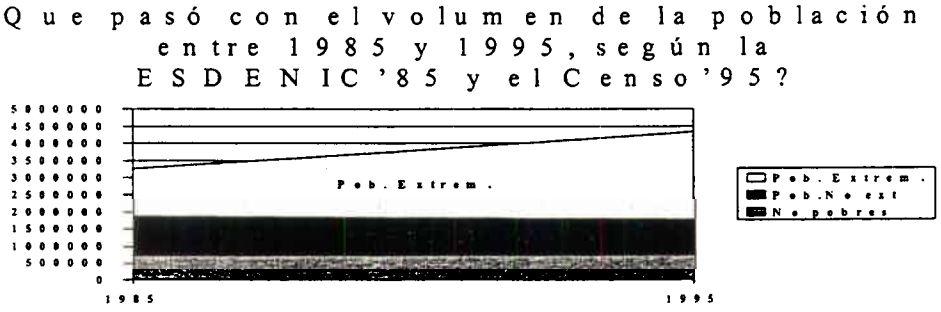
Nivel de pobreza e indicadores de salud por departamento

Departamento	% de población en el quintil inferior de bienestar (2001)	Mortalidad Materna (100,000 nvr, 2001)	Mortalidad Infantil por1,000 nvr (2001)	% menores de 5 años con talla inferior a 2DE (2001)	Morbilidad EDA Por 10,000 (2001)	Morbilidad IRA Por 10,000 (2001)	Morbilidad Malaria por 10,000 (2001)

NACIONAL	20.0	115	35.0	20.2	431.40	2628.42	19.63
Boaco	41.7	29	20.0	23.0	570.98	2868.78	12.34
Carazo	9.1	0	47.0*	15.3	383.65	2784.56	8.1
Chinandega	22.6	33	49.0*	20.1	345.44	3085.42	36.17
Chontales	28.8	109	44.0	14.9	333.42	2035.14	2.78
Estela	21.8	0	24.0	13.1	409.80	2038.87	2.49
Granada	8.7	154	29	13.5	275.47	2564.34	11.59
Jinotega	61.7	194	40	36.7	470.66	2695.53	45.65
Leon	16.0	42	19	13.1	200.39	3167.41	14.45
Madriz	41.0	0	39*	35.2	655.59	3954.51	1.58
Managua	1.3	50	22	8.2	379.31	2104.46	4.14
Masaya	3.3	109	31	18.2	253.15	1624.56	0.41
Matagalpa	30.4	153	42	28.9	616.60	3418.18	30.80
N. Segovia	26.0	87	47*	21.3	554.35	2968.49	47.14
RAAN	53.4	348	47	34.8*	1037.12	2790.04	100.42
RAAS	34.0	388	50*	22.7	742.17	4025.27	38.37
R. San Juan	43.3	516	45*	17.1	529.97	2887.50	27.0
Rivas	17.0	66	24	14.4	254.14	2555.01	11.95

Fuente: Indicadores de Salud 2001. MINSA/OPS, 2001. ENDESA 2001 (* aumentaron en comparación con ENDESA 1998)

Un factor a tomar en consideración de futuro es el ritmo de reproducción de la pobreza. EL análisis del comportamiento de la pobreza entre 1985 y 1995 demuestra que los no-pobres prácticamente no crecieron, los pobres no extremos disminuyeron y los pobres extremos casi se duplicaron debido a que crecieron a un ritmo del 6 % anual (ver el siguiente gráfico). Esto implica que la población extremadamente pobre es la que se reproduce más y que si sigue ese ritmo de crecimiento se creará mayor demanda por atenciones en el campo de salud.

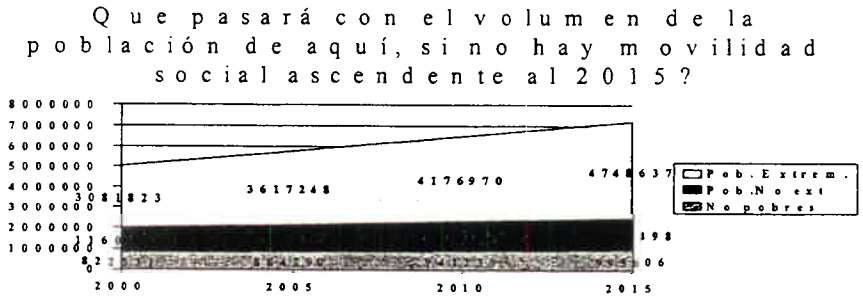


En parte, la explicación de este comportamiento se debe a que la extrema pobreza en 1995 implicaba que: 1) Que la mujer, que vivía en extrema pobreza, que era 1 de cada dos del país, tenía 2 de cada 3 hijos que se procreaban en el país. 2) Que mientras la mujer no pobre era reemplazada por una hija, la extremadamente pobre, lo era por 3.

Sobre la base de estos hechos y tomando en cuenta los esfuerzos que se vienen realizando para concretar las acciones de la ERCEP, se pueden identificar al menos tres escenarios de futuro (al 2015) en relación a la dinámica de la población con relación a la pobreza:

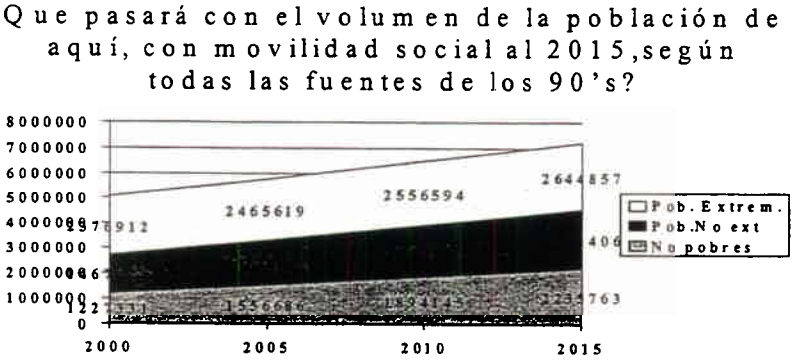
a) Un escenario pesimista en el que no se logre movilidad social ascendente.

En este caso se puede prever que los no pobres crecerán mínimamente, los pobres no extremos en un poco más y los pobres extremos crecen en un 50%, lo que implicaría una fuerte demanda sobre los servicios de salud. (Ver el siguiente gráfico)



b) Un escenario positivo en el que se logre una movilidad social ascendente.

En este escenario se espera crecimiento de los no pobres, habrá pobres extremos que pasarán a ser simplemente pobres, lo que implicará una reducción de los pobres extremos; en este escenario se esperan mejores condiciones de salud de la población, cambios mayores en el perfil epidemiológico y modificaciones cualitativas de la demanda de servicios de salud. (Ver el siguiente gráfico).



b) Un escenario intermedio en el que se logra parcialmente la movilidad social ascendente.

En este escenario se prevé que los no pobres crecerán un poco menos que en segundo escenario, los pobres no extremos recibirán menos pobres extremos, lo que implica que la reducción de la pobreza extrema sería menor; esto que implicaría mejores condiciones de salud de la población, sin embargo, habría siempre una presión importante por servicios de salud, como consecuencia de problemas muy relacionados con las pobres condiciones de vida de la población y los problemas del desarrollo que presentarán los no pobres.

4.1.3 Desempleo, Salario y Alimentación

Los indicadores del mercado laboral y de alimentación y nutrición también reflejan ciertos avances. En 2001, el 36.5% de la población total del país es económicamente activa y refleja una tasa de ocupación plena de 76.8%, al haberse registrado un crecimiento de 4.3% promedio anual del Producto Interno Bruto Real durante el período 1993-2001. Lo anterior ha implicado la disminución de la tasa de desempleo abierto (de 17.8% 1993 a

13.8% en 2001), a la cual se debe sumar la tasa de desempleo asociada con el subempleo (se ha mantenido en un nivel del 13% de la PEA).

El crecimiento de la producción antes mencionado, ha permitido un aumento promedio anual de 2.8% del poder adquisitivo del salario nacional promedio, elevando su relación con el costo de la canasta de 53 productos de consumo básico el que se incrementó de 119.1% en 1993 a 134.7% en 2001. Sin embargo, aún se está lejos de exista una mejor relación entre ambas variables.

De hecho, a pesar que se ha incrementado la producción de alimentos 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 si tienen asegurado su acceso. De tal forma que el incremento en el consumo diario per cápita de 1,729 kilocalorías en 1993 a 1,895 kilocalorías en 2003 (lo que sigue siendo deficitario, ya que el nivel recomendado por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) es de 2,200 kilocalorías), ha sido a expensas de los sectores con mejores ingresos, lo que se evidencia al comparar el consumo de alimentos en las zonas rurales con las ciudades y en ambas zonas, el consumo de los grupos que viven en condición de pobreza.

Derivado de esta situación, el problema de la desnutrición de la población infantil continúa siendo severo, al observarse que el 20 % de los niños menores de 5 años tienen desnutrición crónica (ENDESA-2001), el 9% de los partos producen recién nacidos con bajo peso y un poco menos del 4% de las mujeres en edad fértil tienen problemas nutricionales que van a repercutir en las condiciones del nacimiento de sus hijos.

4.1.4 Cultura y educación.

La tasa de analfabetismo de 23.0 por ciento en 1993 muestra una reducción promedio anual del 0.4 por ciento en el período 1993–2001, que se explica por el leve aumento de la tasa bruta de matrícula de 0.3% promedio anual en la educación primaria, y con la matrícula de sólo el 81.1% de la población en edad correspondiente a la educación primaria en 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 las prácticas sanitarias que desarrolla cuando conforma su familia.

De acuerdo con 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; 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. Sin embargo, entre la población rural extremadamente pobre, el analfabetismo alcanza el doble que entre la población rural no pobre. Los niños de estratos pobres o extremadamente pobres que asisten a las escuelas, no tienen buen rendimiento académico, lo que incide en que incide que en estos grupos se observe un nivel de 2,3 y 3,1 años de escolaridad. Más de la mitad de los niños que abandonan la escuela lo hacen por razones económicas.

En parte esta situación es producto a que el gasto en educación pública como porcentaje del PIB ha descendido de 5.4% en el período 1985-1987 hasta 3.9% en el período 1995-97. Igualmente, como proporción del gasto público total, también se ha reducido de 12% a 8.8% en períodos similares (PNUD, 2002). Esta situación limita el acceso de amplios sectores de la población a la educación básica (se calcula que este año el acceso se

limitó a más de 800,000 personas) y los que logran asistir no consiguen coronar el nivel primario.

Sin embargo, lo más importante de la situación actual, es que las limitaciones del sistema educativo se dan en un contexto en que existe un déficit importante de educación sanitaria para la población, tanto al interior del sistema educativo como al conjunto de la sociedad nicaragüense. De tal forma que no se cuenta con un proceso sistemático y continuo en el ámbito nacional que sea capaz de crear una cultura sanitaria que se sustente en la formación de hábitos y costumbres sanas, tanto en lo que respecta a los aspectos individuales, familiares y comunitarios.

Desde el sistema sanitario no se está contribuyendo a desarrollar una visión preventiva en la población con relación a las situaciones de riesgos en salud, ni se les está informando sobre los beneficios de utilizar adecuadamente los servicios de salud, lo que al final tiene un impacto diferenciado en la población de acuerdo a su nivel educativo. Por el contrario, una buena parte de la información disponible en los medios de comunicación social contribuye a malos hábitos alimentarios, de uso de los servicios en general y de salud en particular, algunos estimulan la ingesta de alcohol, tabaco, el consumo de drogas, etc.

4.1.5 Vivienda y acceso a los servicios básicos.

El país tenía según el censo de 1995 la cantidad de 751, 837 viviendas en las que vivían en promedio 5,4 personas. Aproximadamente un 10% de dichas viviendas eran chozas o consideradas inapropiadas. En la actualidad se calcula que el país tiene un déficit aproximado de medio millón de viviendas entre las que faltan y la que habría que sustituirle a aquellos que viven en viviendas inapropiadas; producto de esta situación existe un problema serio de hacinamiento, especialmente en estratos de población de bajos ingresos, el que afecta al 43.7% de la población total del país en 2001, siendo más grave en las zonas urbanas con el 44.2%.

Las limitaciones al acceso a los servicios básicos es otra característica de la población nicaragüense. Sólo la tercera parte de la población (31,5%) 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. En las zonas rurales sólo el 26% de la población recibe agua por cañería, el 36% utiliza posos privados o públicos y el 24% aún toma agua de ríos, manantiales o quebradas. Las estadísticas sanitarias muestran que existe una relación directa entre esta situación y los problemas salud por trasmisión hídrica.

Por otra parte, el contar con las redes de servicios de agua no asegura exista un servicio continuo ya que existen problemas de abastecimiento del preciado líquido debido al agotamiento han venido sufriendo las principales fuentes de agua como producto del deterioro del medio ambiente. Con respecto a la calidad del agua de consumo humano, no todos los sistemas de abastecimiento de agua cuentan con los medios necesarios para tratar el agua proveniente de diversas fuentes y brindar agua de calidad a las poblaciones.

A nivel nacional, el 14,1% de viviendas no cuentan con servicios sanitarios (EMNV-2001), lo que implica una alta probabilidad de fecalismo al aire libre por parte de las personas que viven en estas viviendas; así mismo, el 63% de la población utiliza excusado o letrina (llegando el porcentaje a 70% en las zonas rurales) lo que tiene sus implicaciones a largo plazo sobre el manto friático cuando se construyen sin estudios previos y solamente el

22,6% utiliza inodoros. Los departamentos con mayores problemas con respecto a disponer adecuadamente los desechos líquidos y sólidos son: Jinotega, Boaco, RAAN, RAAS, Río San Juan, Matagalpa y Chontales. Coincidentemente son los departamentos donde la prevalencia de enfermedades de trasmisión hídrica tiene una magnitud importante en comparación con el promedio nacional.

Con relación a la descarga de los servicios sanitarios de las viviendas a sistemas de aguas negras, según ENDESA-2001, sólo el 18,4 % del total de viviendas tienen posibilidades de drenarlo hacia un sistema público, lo que implica un problema serio de contaminación permanente del medio ambiente y un elevado riesgo para las personas en los núcleos urbanos, ya que solamente seis ciudades del país tienen un porcentaje mayor del diez por ciento de viviendas que drenan sus servicios sanitarios a sistemas de aguas negras.

El manejo de la basura es un serio problema de salud pública. Se calcula que se producen unas 1793.5 toneladas por día en todo el país, el 25% corresponden al área rural. La cobertura promedio de recolección es cercana al 62 %. De los sitios empleados para la disposición final: 87% no cuentan con ninguna autorización, 80% se encuentran en perímetros urbanos y 64% con insuficiente capacidad. En la mayoría de los municipios la disposición final es a cielo abierto. Algunas comunidades cuentan con rellenos sanitarios manuales. En síntesis: sólo el 84% de la población dispone de servicios de saneamiento adecuados, 79% con fuentes de agua mejoradas.

En lo que respecta al acceso a la energía eléctrica, la EMNV-2001 muestra que sólo el 71% de la población del país tiene acceso a este servicio, siendo que en las zonas rurales este porcentaje se reduce al 40%. Lo típico en las zonas rurales es que se utilice iluminación con gas, kerosene o candil (53% de la población rural). Esta situación no ha variado desde la EMNV-1993 a pesar de las inversiones que se han realizado en el sector energético en los últimos años.

Con respecto al combustible utilizado para cocinar, el 64,1% de la población utiliza leña y el 32,2% gas butano; en las zonas rurales la leña es usada en el 93% de los hogares, lo que asociado a los problemas en cuanto el tamaño de las viviendas y el hacinamiento en que vive la población, es un factor de riesgo permanente para las afecciones respiratorias, especialmente en los niños.

4.1.6 Género y salud.

Hace más de dos décadas se viene discutiendo los enfoques de género en los programas y proyectos sociales en general y de salud en particular. Sin embargo, la práctica demuestra que los mismos continúan ejecutándose de forma tradicional, lo que implica la identificación de roles especializados en hombres y mujeres con relación a su rol en la producción de salud como bien social, lo que limita su eficacia y efectividad. Por ejemplo, distintas evaluaciones de programas de salud reproductiva y control de las ITS muestran que la mujer sigue siendo el objeto central de sus intervenciones, obviando el rol que

debería jugar en esta dinámica el hombre para que los programas sean realmente eficaces y efectivos.

De la misma forma, evaluaciones de proyectos de supervivencia infantil han mostrado que no se está involucrando a los hombres en la solución de los problemas, tanto los que están relacionados con la seguridad alimentaria, como en el manejo de problemas de salud de sus hijos (episodios diarreicos, respiratorios, etc.), lo que resta accesibilidad y oportunidad en las intervenciones requeridas para proteger a los niños, y por tanto se pierde efectividad en los procesos de restauración de las condiciones de salud infantil e incluso maternas en situaciones muy específicas.

4.1.7 Estilos de vida

Existen muchos factores determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida de los diferentes grupos poblaciones, que afectan significativamente el estado de salud de la población, manifestándose en altas tasas de morbi-mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas, accidentes y violencia. Entre ellos mencionamos: las adicciones al alcohol, tabaco y drogas, violencia intra familiar y social, alimentación inadecuada, sedentarismo, poco desarrollo cultural, recreación sana y deportes, faltan de prevención y protección de la salud para riesgos laborales.

Las ciudades y su ritmo de vida han traído nuevas condiciones para la salud: por un lado la transportación colectiva y la individual en vehículos, están generando riesgos que se traducen en una alta tasa de accidentalidad que genera discapacidad temporal, permanente o muerte. El escenario de esta situación es principalmente en Managua y las carreteras aledañas a sus accesos donde se produce un poco más de la tercera parte de los accidentes del país; por otra parte, la generación de nuevas modalidades de empleo, con alta exigencia en cuanto horarios y responsabilidad, está generando situaciones de estrés en sectores medios de la población.

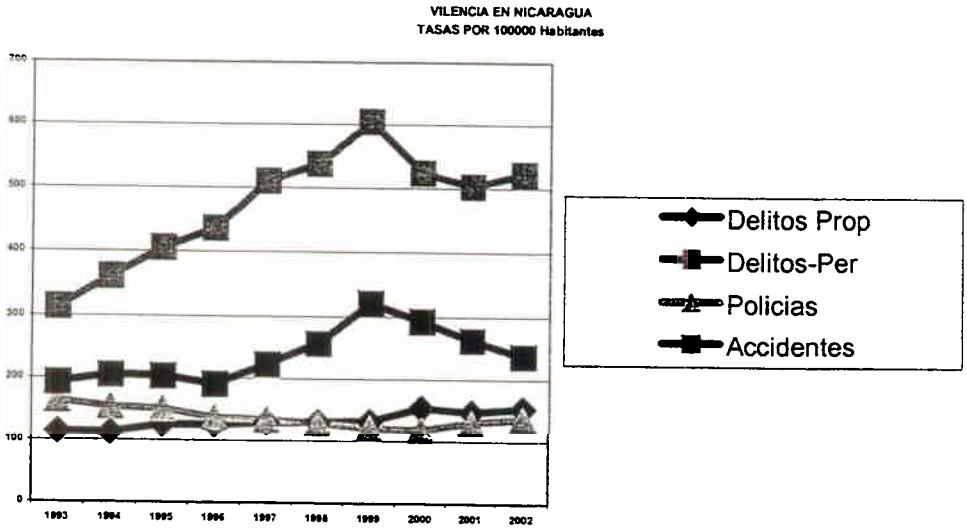
4.1.8 Seguridad ciudadana y Violencia intra familiar.

Nicaragua es considerada el país con mayor seguridad ciudadana en Centroamérica según diversas encuestas realizadas por el INTUR entre turistas de diversas nacionalidades. A pesar de ello, los delitos en general se incrementaron en 44% en el período 1997–2001, pasando de 62,628 a 90,145. Los delitos contra las personas han tenido una mayor tasa de crecimiento que los delitos contra la propiedad, al mismo tiempo que se han incrementado los delitos contra la salud. La tasa comparada 2001/1997 de los primeros es 34%, en tanto los segundos es 30%.

Las lesiones contra las personas, experimentaron un crecimiento del 38%% en los mismos años, lo que sugiere el mantenimiento de la tendencia de los y las nicaragüenses a resolver los conflictos por medios violentos. Lo más llamativo es que el 40% del total de lesiones, 17% de los homicidios, 23% de asesinatos y 56% de violaciones, fueron cometidas en el seno del hogar. Y si ese panorama lo inscribimos dentro de lo que muchos adolescentes y jóvenes manifiestan sobre la casa de habitación como lugar donde reciben maltrato y discriminación, tenemos que la violencia en el hogar está adquiriendo ribetes preocupantes.

De igual manera, si incluimos la violencia generada en las casas por extraños, tenemos que del total de delitos contra las personas, el 42% se consuman dentro de las casas. En

otras palabras, la violencia cada día inunda más el hogar. De tal forma que el delito más frecuente en el 2002 son las lesiones (23 mil 446 casos). Estos Delitos afectaron principalmente a las mujeres (12 mil 500), entre las que figuran primordialmente cinco mil 584 amas de casa. Del total de Lesionadas, la mayor parte (5 mil 604), estaban comprendidas entre las edades de 26 a 45 años. Sin embargo, otro problema de violencia que está causando estragos desde el punto de vista de salud pública son los accidentes de tránsito, tanto por el peso que tienen en la mortalidad y discapacidad de las personas afectadas, como por el costo para el sistema público de servicios. En el siguiente gráfico se muestra su tendencia y su relación con el número de policías por 100000 habitantes.

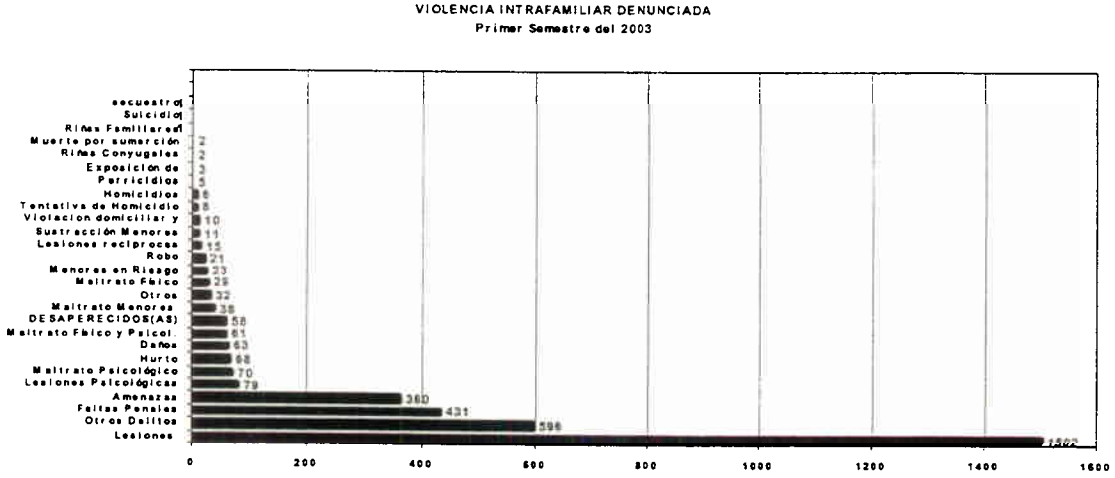


Entre las víctimas del delito en Nicaragua sobresale la violencia contra la mujer. Las cifras conocidas revelan que el total de victimas crecieron 43% de 1997 (61631) al año 2001 (87996) y, si bien es cierto que el sexo masculino muestra más víctimas en cantidades absolutas, es llamativo y preocupante el 64% de crecimiento de las víctimas de sexo femenino, en tanto la de hombres fue 29%. Las adultas jóvenes (18 a 25 años) muestran una tasa de aumento del 57%, bastante más altas que la de hombres de las mismas edades. La mayoría de las víctimas fueron por lesiones, amenazas y hurtos, entretanto las violaciones también tienen un peso importante y, más tomando en cuenta que la violencia sexual presenta uno de los mayores rangos en la cifra negra.

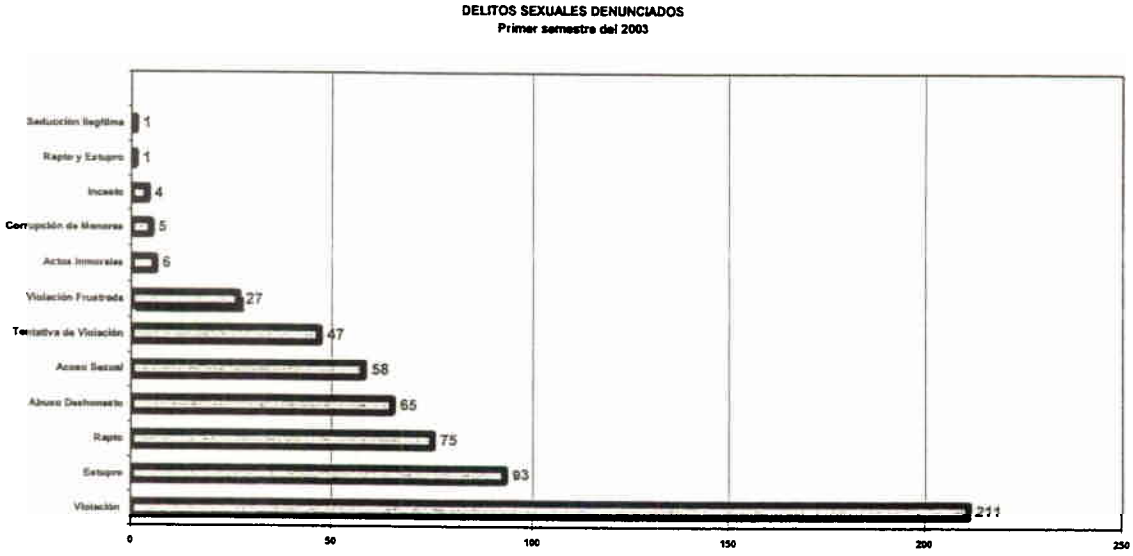
Para atender los problemas de la violencia intra familiar creó las Comisarías de la Mujer, Niñez y Adolescencia el 25 de Noviembre de 1993, como instancia adscrita a la Dirección de Investigaciones Criminales, con el auspicio de algunos ONG's con el cometido no solo de enfrentar el delito ocurrido, sino también desarrollar campañas y políticas destinadas a prevenir delitos, evitar la reincidencia y brindar atención policial.

En la actualidad hay Comisarías en los Departamentos de Managua (Tipitapa, Distrito V y Ciudad Sandino); León, Chinandega, Masaya, Matagalpa, Estelí, Nueva Segovia, Jinotepe, Chontales, Boaco y Bluefields. Los resultados concretos de esta labor, han despertado confianza y motivación en muchas mujeres a denunciar estos atropellos. Así lo demuestran las Estadísticas con relación al año anterior. A continuación se presenta un

resumen de los hechos denunciados como violencia intra familiar en las Comisarías de la mujer en el primer semestre del 2003:



Sobre la violencia intra familiar no se debe simplificar asumiendo que la violencia machista es un instinto natural del hombre, sino producto de una cultura que se necesita cambiar y reemplazar por nuevos valores que se deberían inculcar en los niños y adolescentes desde el colegio y en el seno de la familia con esfuerzos sustantivos del Estado y la Sociedad Civil Organizada, que los lleve a una etapa de adultez inspirados en una cultura de género que propicie hogares en armonía, regidos por el respeto mutuo y el entendimiento. A continuación se presenta un resumen de las denuncias más recientes sobre delitos sexuales los que en general tienen relación con la violencia intra familiar:



En el 2002 la Policía tuvo un reporte de 3 mil 568 delitos sexuales, entre los que sobresalen mil 229 violaciones, 748 estupros y 36 incestos. El 96.5% (1,187) de las víctimas de violaciones resultaron ser mujeres, divididas en dos principales grupos de edades: entre los 15 a 17 años (319) y de 13 a 14 años (275). Las estudiantes (459) resultaron ser las mas afectadas por las violaciones, seguidas de las amas de casa (256); Del total de víctimas de violaciones 52 eran niños y adolescentes. Los índices de Abusos Deshonestos crecieron en un 29.7% con relación al año anterior, los estupros en un 10%

y las violaciones en un 4%. Los registros policiales indican que los agresores son hombres principalmente, comprendidos en dos grupos de edades, entre 18 y 25 años (3,343) y de 26 a 45 años (3,298), con la particularidad que la mayoría son desempleados.

En general los adolescentes de ambos sexos están sometidos a un conjunto de riesgos producto de las condiciones sociales y económicas que vive el país los que expresan en el consumo de alcohol, drogas y situaciones de violencia en las que se ven envueltos; según datos de la Policía Nacional, para el año 2001 se contabilizaban en el país 172 pandillas y 88 grupos juveniles en condiciones de riesgo a los que se les da seguimiento. En estas agrupaciones existían alrededor de 3,616 adolescentes y jóvenes involucrados en situaciones de riesgo, especialmente si se toma en consideración que para el mismo año un 42 % de los victimarios de distintos delitos oscilaban entre 18 y 25 años.

4.1.9 Etnicidad y salud.

La población nicaragüense es predominantemente mestiza (97,5%) si se consideran los mayores de cinco años según datos del Censo de 1995; entre los grupos étnicos más importantes se encuentran los miskitos que representan 1,6 % de la población total, en segundo lugar se ubican los afro descendientes (0,6%), en tercero los mayagnas (0,2%) y el resto se agrupan en un poco menos del 0,1%.

Geográficamente la mayoría de estos grupos radican en las Regiones Autónomas del Atlántico y demográficamente no muestran grandes diferencias en lo que respecta a su pirámide poblacional, a excepción de los afrodescendientes que tienen una mayor proporción de personas de más de 65 años. Sin embargo, existen otros pueblos de origen indohispanos que habitan en el pacífico, centro y norte del país (Rivas, Masaya, León, Chinandega, Matagalpa, Jinotega y Madriz).

Objetivamente existe una relación entre el nivel de pobreza y la pertenencia a determinados grupos étnicos, tal como lo evidenció en la última encuesta de nivel de vida de Nicaragua (LSMS-2001), y cuyos resultados se presentan en la siguiente tabla.

POBREZA SEGUN AL GRUPO ETNICO.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL - 2001

GRUPO AL QUE PERTENCE	POBREZA 2001 DISTRIBUCION			TOTAL
	Pobre extremo	Pobre no extremo	No Pobre	
Meztizo del	14,17	29,21	56,22	100
Pacífico	17,77	28,96	53,27	100
Mestizo	9,36	29,51	61,13	100
Costeño	27,84	32,09	40,07	100
Blanco		35,24	64,76	100
Criollo	22,05	54,27	23,69	100
Cróele/Negro	14,72	36,36	48,92	100
Miskito		62,05	37,95	100
Mayagna		39,35	60,05	100
Rama	20,86	44,77	34,38	100
Otro, cualquiera	15,05	30,78	54,17	100
No Sabe				
TOTAL				

Fuente: Encuesta de Medición de Nivel de Vida

A las condiciones de vida de estos grupos étnicos, se agregan factores derivados de sus patrones culturales e ideológicos, los que se manifiestan en su cosmovisión de la realidad y las prácticas sanitarias que desarrollan; por ejemplo, en los miskitos se observa un fuerte contenido místico y de espiritualidad en su cosmovisión, lo que incide en sus prácticas sociales que se vinculan a sus cuidados en salud, lo que debe tenerse en cuenta en la solución de sus problemas individuales y comunitarios.
Al asilamiento a que han estado sometidas estas poblaciones se suman las dificultades que han existido para asegurarles una oferta de servicios básicos y de salud, lo que se manifiesta en el deterioro de sus indicadores de desarrollo humano y de salud; los pocos servicios que se han dispuestos a estas poblaciones no siempre han tomado en cuenta las barreras que generan desde el punto de vista cultural o geográfico lo que termina reproduciendo el problema de accesibilidad de estos grupos a los beneficios del desarrollo.

Por ello se han hecho esfuerzos por definir modelos de atención para estas poblaciones que tomen en cuenta estos factores de tal forma que puedan beneficiarse sin ninguna restricción; los mismos han sido diseñados en el marco de la ley de autonomía de las regiones del caribe nicaragüense, en especial en la RAAN donde se ha conjugado esta iniciativa con otros esfuerzos locales que se han articulado para desarrollar los Recursos Humanos bajo los auspicios de URACAN (Universidad de las Regiones del Atlántico Caribeño Nicaragüense). Sin embargo, aún faltan muchas acciones y recursos que permitan concretar estas propuestas.

4.1.10 Medio ambiente

A la situación de pobreza, se suma el deterioro creciente del ambiente, de las condiciones de producción y del hábitat de la población. En distintas zonas del país, el talaje indiscriminado de los bosques, tanto como producto de la ampliación de la frontera agrícola, como para la explotación de maderas preciosas, ha modificado sustancialmente las fuentes de agua y han creado condiciones para convertirlas en zonas vulnerables para inundaciones con el consecuente deterioro de los suelos y las posibilidades de una producción sostenible. Producto de esta situación el 21% de la población no dispone de acceso a fuentes de agua mejoradas (PNUD, 2002).

Por otra parte, el abuso de agroquímicos ha tenido repercusiones en el balance biológico de zonas importantes del país (en especial la zona del pacífico y del centro del país) lo que ha repercutido en la diseminación de problemas como la malaria y el dengue, al mismo tiempo que se ha detectado contaminación crónica de sectores de la población que han estado en contacto con estas prácticas culturales.

4.1.11 Emergencias y desastres.

Somos un país propenso a las emergencias por desastres naturales, lo cual implica estar, de forma permanente, en función de prevenir, mitigar y atender los desastres a fin de disminuir la vulnerabilidad de la población ante los mismos. La experiencia más reciente de este tipo: el Huracán Mitch (1998), mostró la fragilidad del sistema de defensa nacional ante desastres naturales, especialmente en lo que respecta a la valoración oportuna del fenómeno y la organización de los actores que debían involucrarse en la atención de la situación de emergencia.

En el caso de los servicios sanitarios, el no contar con una preparación adecuada desde el punto de vista organizativo, ni con recursos humanos especializados para el manejo de este tipo de situación, ni con los recursos materiales y logísticos que les permitieran atender la emergencia, hicieron que su rol fuera tardío y poco efectivo, especialmente en las zonas donde la problemática alcanzó las mayores dimensiones. Se requirieron varios días para que el sistema lograra articularse nuevamente para dar atención a la emergencia y sus secuelas.

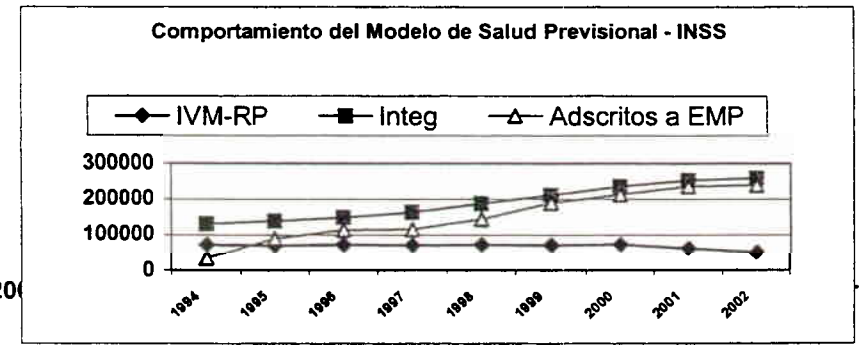
La situación mostró la importancia de contar con capacidades técnicas, logísticas y de decisión en el ámbito local para dar una buena respuesta desde la perspectiva sanitaria. Sin embargo, las mismas serían poco efectivas en el futuro si no se es capaz de contar un reconocimiento en cada territorio de los factores de riesgo en los que está envuelta la población, así como de un análisis de las formas más efectivas de actuación, de tal forma que se pueda prever diversas formas de intervención ante diversos escenarios que en la mayoría de los casos serán impredecibles en toda su magnitud.

Por ello en la actualidad, los municipios del país que son vulnerables a distintos desastres naturales, cuentan con una estructura de defensa civil en la que participan distintos actores de la sociedad civil y del estado (incluyendo todas las organizaciones e instituciones del sector salud), las que han elaborado planes para atender las situaciones de emergencia, los que son puestos en práctica con relativa frecuencia para asegurarse de su efectividad, al mismo tiempo que se incorpora a la población en general.

4.1.12 Accesibilidad a los Servicios de Salud.

El 18% de la población económicamente activa está actualmente adscrita al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y junto a sus beneficiarios representan aproximadamente el 7,7% de la población total del país, los que son identificados como derechohabientes del INSS (427,139 personas). Sin embargo, como muestra el siguiente gráfico, no todos los asegurados al INSS están cubiertos por el Régimen integral que incluye Enfermedad y Maternidad, sino que para el año 2002, existe un 16,4% de asegurados al INSS que únicamente tienen beneficios en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

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



En la población no asegurada, existen diversos factores que influyen en su accesibilidad a los servicios del MINSA. Por un lado, existe una desigual distribución de la oferta de servicios del MINSA, lo que influye en la accesibilidad geográfica de la población, especialmente para los sectores más pobres que no tienen capacidad económica para pagar los costos de transporte en zonas dispersas, así como los costos de alojamiento en las cabeceras departamentales.

Esta situación se refleja en la utilización de los servicios de salud del MINSA, lo que está muy relacionado con los grados de bienestar de la población identificados por ENDESA-2001; de acuerdo a esta encuesta, sólo el 61% de los niños más pobres tienen esquema completo de vacunación (en general estos se encuentran en las zonas rurales), frente al 71% de los más ricos que tienen esquemas completos de vacunación. Con respecto a la consulta médica, el 13% de los más pobres asistieron al puesto de salud y el 68% a los centros de salud, sólo asistieron a sector privado; en cambio el sector más rico asiste en un 23% al centro de salud, un 2% al puesto de salud y el 22% al sector privado. Esto confirma que el factor económico es la principal barrera para los pobres para hacer uso de los servicios de salud.

Por otra parte, la poca capacidad operativa y resolutiva de las unidades de primer nivel de atención hace que la cobertura de servicios básicos a la población más vulnerable, sobre todo en el área rural, haya disminuido hasta un 65% por ciento de la población total. La perdida de la operatividad de las unidades prestadoras de servicios se explica en parte por la competencia por recursos existente con las estructuras administrativas de los SILAIS, quienes toman decisiones y disponen de los fondos de los centros de salud y puestos de los servicios municipales de salud, estableciendo los gastos de la burocracia administrativa.

De tal forma que se puede concluir señalando que los cobros por la provisión de algunos servicios identificados en ENDESA-2001, así como los mecanismos organizativos existentes en los servicios del primer nivel de atención para que los usuarios accedan a la atención, las distancias a los servicios en algunas zonas del país, los horarios establecidas en las unidades de salud y las situaciones relacionadas con la calidez de la atención, son factores que contribuyen a que existan problemas de accesibilidad de la población no asegurada a los servicios del Ministerio de Salud.

4.2 PERFIL DE SALUD DE LA POBLACIÓN:

El perfil epidemiológico se encuentra vinculado al desarrollo socio económico y pobreza, manifestándose en una combinación de enfermedades características de países en vías de desarrollo como de países desarrollados. El análisis epidemiológico se ve limitado por la cobertura y calidad del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, que para el período 1995-1999 refleja un subregistro de 36% en natalidad y 46% en defunciones.

4.2.1 Mortalidad.

La tasa de mortalidad general pasó de 10,1 por mil habitantes en el quinquenio de 1980-85 a 8,2 por 1000 habitantes en el quinquenio 1985-90, 6,3 por 1000 habitantes en el quinquenio 1990-95, 5,6 por 1000 habitantes en el quinquenio 1995-2000 y se espera que para el quinquenio 2000-2005 sea en media de 5,2 por 1000 habitantes. Esta tendencia sostenida a la reducción, está acompañada de cambios cualitativos en su

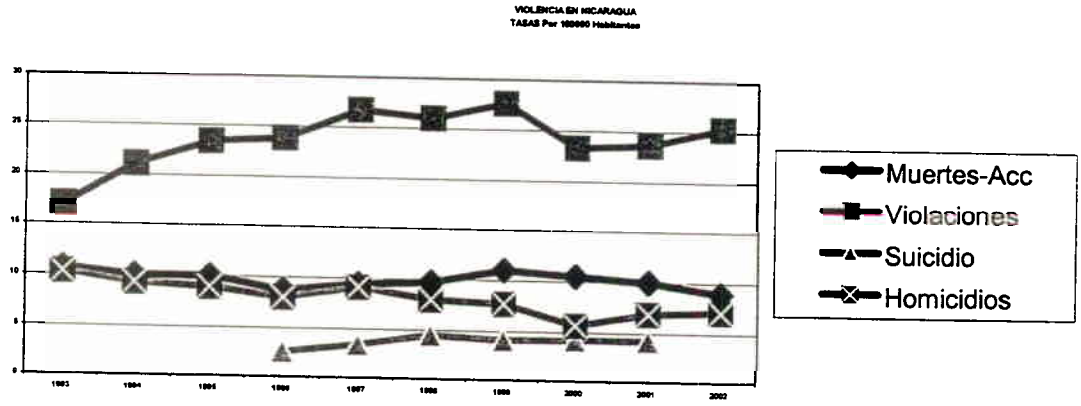
estructura de causas, la que paulatinamente viene mostrando un incremento de las causas vinculadas con los problemas del desarrollo, los estilos de vida y las condiciones de la vida urbana, al mismo tiempo que existiendo las causas relacionadas con los problemas del ambiente y las condiciones de pobreza en que vive la mayor parte de la población, tienen una tendencia al descenso.

MORTALIDAD GENERALPOR GRUPO DE CAUSAS
DISTRIBUCION PORCENTUAL

GRUPO DE CAUSAS	Año 1975	Año 1985	Año 1995	Año 2000	Año 2001	Año 2002
Circulatorias	17,24	18,92	22,37	24,94	25,22	25,35
Infecciosas	23,10	14,51	10,88	5,62	5,44	4,93
Tumores	3,80	5,96	9,03	11,64	12,03	11,73
Violentas	12,90	18,07	13,51	13,94	14,55	13,31
Perinatales	1,16	8,65	8,66	8,27	7,76	8,32
Maternas	0,78	0,46	0,72	0,71	0,87	0,76
Mal definidas	22,76	6,54	5,03	3,90	3,45	3,32
Otras	18,26	26,89	29,80	30,98	30,68	32,48

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA

En el período 1997-2002, al agrupar las principales causas de muerte encontramos que las causas crónicas (principalmente enfermedades del corazón, cerebro vasculares, tumores, etc.) representan el 60.9% de los registros por defunciones, las relacionadas con la calidad de atención (perinatales) representan el 13.5%, en cambio las relacionadas con la violencia el 9.5% y las infecciosas (EDA y ERA) el 7.9%. A continuación se presenta un gráfico en el que se detalla el comportamiento de las causas violentas de acuerdo a datos de la Policía Nacional.



Tanto el descenso de la mortalidad por causas infecciosas como el incremento de las causas no infecciosas, así como la aparición de causas por violencia, se corresponden con los cambios demográficos antes señalados y están vinculados a los nuevos estilos de vida en las concentraciones urbanas; sin embargo, se debe recalcar que persisten causas de muerte propias de las condiciones de pobreza y el subdesarrollo, lo que implica un cuadro que combina viejos y nuevos problemas que el sector deberá enfrentar en los próximos, especialmente si no se enfrentan los problemas de la pobreza de la población.

La mortalidad materna e infantil también muestran una reducción sostenida en los últimos años; en el caso de la mortalidad materna pasó de una tasa de 125 por 100,000 nacidos vivos registrados en 1996, a 106 en 1998, 87 en el año 2000, aunque se tuvo un repunte en el 2001, llegando a 115 por 100,000 nacidos vivos registrados. Más del cincuenta por ciento de las causas son obstétricas como muestra en siguiente cuadro, siendo la causa más importante la hemorragia post-parto. De hecho, las muertes maternas siguen estando vinculadas condiciones de analfabetismo, pobreza el que se expresa en déficit nutricional de las mujeres, o embarazos en adolescentes que viven en condiciones de hacinamiento y con muy poca información sobre los riesgos obstétricos.

CAUSAS DE LAS MUERTES MATERNAS
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL

CAUSAS	1998	1999	2000	2001	2002
Hemorragia post parto	29.2	17.4	23.7	29.0	26.4
Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	13.3	25.4	20.6	19.4	16.4
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	15.0	10.9	13.4	13.7	12.7
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	9.7	10.9	16.5	9.7	8.2
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	18.6	23.2	17.5	18.5	16.4
Placenta previa, desprendimiento y hemorragia ante parto	3.5	3.6	4.1	3.2	3.6
Embarazo terminado en aborto	2.7	1.4	3.1	3.2	10.0
Aborto Inducido ilegalmente	2.7	3.6	1.0	0.8	2.7
Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo	3.5	1.4	0.0	2.4	1.8
Otros trastornos maternos relacionados con la cavidad amniótica y el feto	0.0	2.2	0.0	0.0	1.8
Aborto espontáneo	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA

Por otra parte, las muertes maternas también están vinculadas con las bajas coberturas de la atención del parto y del puerperio, como consecuencia del limitado acceso a los servicios de salud en zonas del país como la RAAS (Tasa de 388 por 100.000 nvr), RAAN (Tasa de 348 por 100.000 nvr), Río San Juan (Tasa de 516 por 100,000 nvr), Jinotega (Tasa de 194 por 100,000 nvr) y Matagalpa (Tasa de 153 por 100,000 nvr). Precisamente en estos SILAIS la relación de médicos por 10,000 habitantes es menor con relación a la media nacional, lo que es un factor que dificulta que se brinde una atención oportuna y de calidad que permita la detección de los riesgos, se traslade rápidamente a las mujeres a unidades con mayor nivel resolutivo y se les brinde el tratamiento apropiado para evitar la muerte.

En la actualidad una tercera parte de los partos son atendidos por personal no calificado; a pesar de los esfuerzos comunitarios (e institucionales) para mejorar la calificación de las parteras, en muchas ocasiones no cuentan con los medios necesarios para brindar una atención de calidad. De la misma forma se ha identificado que la muerte materna está vinculada a la deficiente calidad de la atención de las embarazadas tanto en su prenatal como parto y puerperio en las unidades del primer nivel de atención, lo que en general ocurre por la calificación del recurso humano que allí labora y las limitaciones de los medios necesarios para apoyar el diagnóstico y tratamiento oportuno.

De tal forma, que es importante identificar que siendo las principales causas de mortalidad materna intervenibles desde los servicios de salud, una mejora en su distribución en los departamentos antes señalados, así como la aplicación de medidas que mejoren la

calidad de su oferta posiblemente tendría un impacto importante en la solución del problema, tanto a nivel local como nacional.

La mortalidad infantil, según el INEC y ENDESA, se ha reducido de 79,8 por 1000 nacidos vivos en el quinquenio 1980-85, a 65 por 1000 nacidos vivos en el quinquenio 1985-90, para pasar luego a 48 por 1000 nacidos vivos en el quinquenio 1990-95, 39,5 por 1000 nacidos vivos en el quinquenio 1995-2000 y 35,5 por 1000 nacidos vivos en el quinquenio 2000-2005. Según los datos del MINSA, la mortalidad neonatal representa hasta el momento la mitad de las muertes infantiles compartiendo esta magnitud con las distintas causas de muerte post-neonatal, lo que también implica cambios cualitativos en cuanto a su distribución por sub grupos de edades. A continuación se presenta la distribución de las principales causas de mortalidad infantil registradas.

CAUSAS DE LAS MUERTES INFANTILES
DISTRIBUCION PORCENTUAL

CAUSAS	1998	1999	2000	2001	2002
Trastornos respiratorios y cardiacos específicos del periodo perinatal	32.0	36.0	35.1	37.2	38.2
Sepsis bacteriana del Recién Nacido	6.8	6.4	10.1	12.1	14.4
Otras malformaciones deformidades y anomalias cromosómicas	5.2	9.0	7.4	8.5	8.4
Neumonia	9.4	6.6	7.9	6.5	9.6
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	17.4	11.4	9.8	9.3	6.5
Todos los demás Diagnósticos	29.2	30.6	29.7	26.4	23.0

Fuente: Oficina de Estadistica-DGPD-MINSA

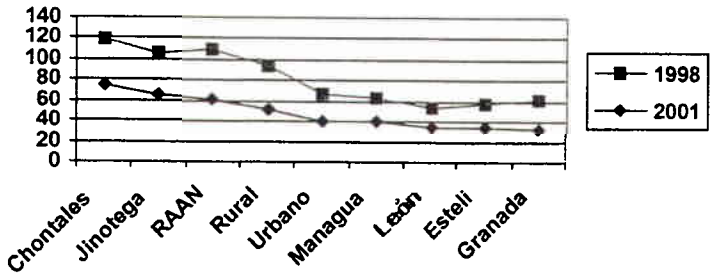
De acuerdo al cuadro anterior, los trastornos respiratorios y cardíacos específicos del período perinatal representan un poco más de un tercio de las muertes infantiles, desplazando a la diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, la que hasta finales de los años setenta representaron la primera causa de muerte en este grupo; sin embargo, siguen teniendo importancia la neumonía y la sepsis bacteriana del recién nacido, problemas muy ligados al acceso y la oportunidad de atención a los servicios de salud. Cabe señalar al mismo tiempo comienzan a tener un peso importante las causas de origen genético, las que representan un 8.5% de las causas de mortalidad infantil.

La mortalidad infantil sigue estando vinculada a la pobreza en que vive más de la mitad de la población nicaragüense, así como el analfabetismo prevalente entre las mujeres, especialmente en las zonas rurales. El hecho que las primeras causas de mortalidad infantil estén relacionadas con el período perinatal, tienen correspondencia con la calidad de la atención materna durante el embarazo, sus condiciones nutricionales y los cuidados personales que pueda tener durante este período. De hecho, la calidad de la atención del parto juega un papel importante en este período, así como la atención oportuna que pueda recibir el recién nacido. Sin embargo, esta oportunidad es muy diferenciada en la población de acuerdo a su condición de pobreza, especialmente por los problemas de acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, el peso importante que aún tienen la neumonía y la diarrea en la estructura de la mortalidad, sigue siendo consecuencia de las condiciones de pobreza en que viven amplios sectores de la población, lo que está asociado a las características de las viviendas que utilizan, así como el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento que ya han sido descritos. Las zonas rurales del país siguen siendo las principales

afectadas por esta situación, a pesar de los esfuerzos que se realizan en las comunidades para mejorar las condiciones de vida de la población. Por tanto debe destacarse que la distribución territorial de la mortalidad infantil heterogénea y se corresponde con las condiciones de pobreza de la población. En el siguiente gráfico se muestran los extremos de estas diferencias.

MORTALIDAD INFANTIL
Tasas por mil nacidos vivos registrados.

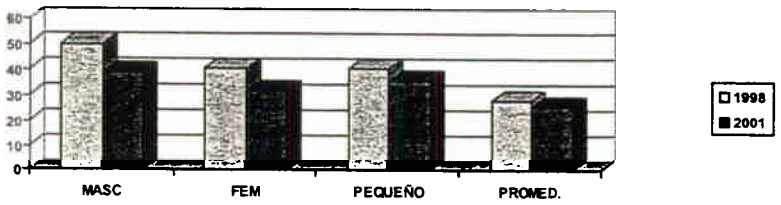


Fuente ENDESA 1998-2001

De acuerdo a ENDESA 2001, aunque se ha reducido la tasa de mortalidad infantil en general, continúan siendo las zonas rurales presentan las tasas más altas de mortalidad infantil (43 por mil nacidos vivos registrados); así mismo los departamentos del centro-sur del país y las Regiones Autónomas del Atlántico presentan las tasas más altas de mortalidad infantil a diferencia de los departamentos del pacífico de Nicaragua que muestran una reducción importante por debajo de la media nacional.

Algunos factores reconocidos en las encuestas de ENDESA 1998 y 2001 incrementan la probabilidad de muerte en el menor de un año entre los que se destacan, ser del sexo masculino, el bajo peso al nacer, la baja escolaridad de la madre, cuando el intervalo inter genésico es menor de dos años, cuando la madre no recibe cuidados prenatales o el parto es atendido sin ayuda profesional. Estos factores aunque han mejorado en los últimos cinco años, continúan estando presentes de manera importante en la población nicaragüense como se muestra en anexo.

MORTALIDAD INFANTIL
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO AL NACER
Tasas por mil nacidos vivos registrados.



4.2.2 Morbilidad General.

Las fuentes de información de morbilidad general del Ministerio de Salud, están sesgadas por varios factores: sub registro como consecuencia del hecho que las estadísticas del MINSA reflejan únicamente la demanda espontánea de las personas que tienen acceso a

los servicios, ya que distintas encuestas han demostrado que la consulta ante enfermedades es diferenciada según los distintos niveles de pobreza. De hecho, el 70% de los más pobres optan por no consultar ante una enfermedad, mientras que sólo el 47% de los de mayor ingreso no consultan. Por otra parte no existe un sistema articulado de información del sector que permita conocer al menos la morbilidad general de la población.

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. Los departamentos donde se presentaron los porcentajes más altos de personas que reportaron problemas de salud fueron en orden decreciente Estelí (40,7%), Jinotega (36,3%), Chinandega (36,1) Matagalpa (34,7%) y León (34,6%).

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).

De acuerdo a las estadísticas del Ministerio de salud, la tasa de Infecciones Respiratorias Agudas para todas las edades se ha incrementado de 2,513 por 10,000 habitantes en 1999 a 2,628 en el 2001; en este último año, los SILAIS que muestran tasas por encima de la media nacional son RAAS (4,025), Madriz (3,954), Matagalpa (3,418) y León con (3,167). En el caso de las Enfermedades Diarreicas Agudas, la tasa por 10,000 habitantes ha variado de 450 en1999, a 372 en el 2000 y 431 en el 2001. En este último año, los SILAIS que tienen mostraron las más elevadas son: RAAN (1,037), RAAAS (742), Madriz (655), Boaco (570) y Nueva Segovia (554). Coincidentemente son los departamentos que tienen las coberturas más bajas de servicios de agua intra domiciliar o que el agua de que disponen es de baja calidad.

Con respecto a las afecciones de notificación obligatoria, el dengue clásico es la primera causa entre 1999 y el 2002 en tasas que oscilan entre 129,7 y 124,1 por 100,000 habitantes; le sigue en importancia la varicela que viene reduciéndose de una tasa de 123,7 a 60,7 por 100,000 habitantes. La mordedura de animal y sospecha de rabia oscila en tasas entre 50,7 y 66,8 por 100,000 habitantes. La escabiasis ataca a todas las edades en tasas que oscilan entre 59,1 y 56,9 por 100,000 habitantes; sin embargo, ataca con más frecuencia a los menores de un año.

4.2.3 Salud de la Niñez.

Los menores de cinco años representan el 16% de la población total. Los factores que inciden en la salud infantil están vinculados con las condiciones que desarrolla durante su gestación y los cuidados que se le brindan desde el nacimiento. En ese sentido el porcentaje de niños que nacen con un peso adecuado según las estadísticas del MINSA ha sido entre 1999 y el 2001 en un rango del 91 %. Los departamentos que tienen en el 2001 los porcentajes más altos de niños que nacen con bajo peso son Nueva Segovia

(10,5%), Jinotega (10,3%), Madriz (9,7%) y Masaya (9,3%). Con pequeñas variaciones estos mismos departamentos tuvieron los mayores porcentajes en el 2000 y 1999.

Según ENDESA-2001, el 76,3% de los niños han sido amantados en la primera hora de recién nacido (a diferencia del 79,5% que se detectó en ENDESA-1998); en los tres primeros meses recibieron lactancia exclusiva el 39,3% a diferencia del 29,5% que se identificó en 1998. La mediana de lactancia exclusiva fue de 2,5 meses en el 2001 a diferencia del 2,1 mes en 1998. Igualmente la mediana de lactancia total en el 2001 fue de 17,6 meses contra 15v meses en 1998. De tal forma que en términos generales está mejorando la práctica de lactancia materna en el menor de un año.

En cuanto los niveles nutricionales, ENDESA-2001 reporta que el 20,2% de los menores de cinco años tienen desnutrición crónica, lo cual es una tasa menor al 24,9% detectado en 1998; con relación a la desnutrición aguda se encontró que el 2% la sufre en comparación al 2,2% que había en 1998; en cambio la desnutrición global se encontró que en el 2001 existe 9% a diferencia del 12,2% identificado en 1998. Se concluye que hay una leve mejoría de los indicadores nutricionales en los menores de cinco años, aunque en términos absolutos la magnitud del problema sigue siendo muy importante de acuerdo a las posibilidades de intervenir el problema de forma integral.

Por sexo no se encontraron diferencias significativas en el 2001 con respecto a los diferentes tipos de desnutrición, excepto en la desnutrición aguda que es más alta en el varón que en la mujer. La probabilidad de desnutrición es varias veces mayor cuando el niño nació con bajo peso (la crónica es tres veces mayor, la aguda es cuatro veces mayor y la global es cinco veces mayor). Igualmente ENDESA-2001 muestra que la probabilidad de desnutrición se incrementa en la medida que se incrementa el orden de nacimiento entre los hermanos de la misma madre.

Con relación a las coberturas de vacunaciones, en los reportes del MINSA en el 2001 reflejan que la pentavalente en menores de un año fue de 91,4%, la MMR para la misma edad fue de 100,0%, la BCG para menores de un año fue de 93,3% y la OPV3 fue de 92,1%. Estas coberturas superan las cifras alcanzadas en el 2000 y 1999. Sin embargo, ENDESA-2001 encontró que el grupo de 18-23 meses sólo el 63,4% tiene todas las vacunas para su edad, contra el 56,3% que se identificó en 1998. Sin embargo, lo efectivo es que no se reportaron enfermedades inmunoprevenibles durante el último año.

Las principales enfermedades prevalentes para los menores de cinco años son las diarreas, las enfermedades respiratorias (neumonía), meningitis y las inmunoprevenibles. Estas tienen un comportamiento mayor en las regiones y poblaciones que tienen las siguientes características: inaccesibilidad del territorio, la falta de acciones comunitarias y educativas en salud, poblaciones rurales con niveles de pobreza severa y alta, lo que constituye una alta fuente de contaminación, predisponiendo a cuadros patológicos a repetición, problemas de desnutrición y mayor vulnerabilidad. Es decir, el deterioro de la salud de la niñez esta relacionado con el perfil socioeconómico y epidemiológico de la población.

4.2.4 Salud de los Jóvenes y Adolescentes (10 a 19 años).

Los jóvenes y adolescentes representan el 25% de la población. Desde el punto de vista reproductivo las adolescentes inician precozmente las relaciones sexuales y presentan altas tasas de fecundidad (152/1000 hab.) 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.

Sin embargo, el porcentaje de las mujeres de 15 –19 años que ya son madres o están embarazadaza se ha reducido (1993 fue 32%, 1998: 27% y 2001: 25%) según los resultados de ENDESA-2001, lo que es bastante similar a los registros MINSA que muestran el comportamiento del embarazo en adolescentes: 29,4% en 1998, 30,2% en 1999, 30,2% en el 2000, 30,8% en el 2001, 29,4% en el 2001 y 28,5 % en el 2002.
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 expresan en el consumo de alcohol, drogas y situaciones de violencia en las que se ven envueltos; según datos de la Policía Nacional, para el año 2001 se contabilizaban en el país 172 pandillas y 88 grupos juveniles en condiciones de riesgo a los que se les da seguimiento. En estas agrupaciones existían alrededor de 3,616 adolescentes y jóvenes involucrados en situaciones de riesgo, especialmente si se toma en consideración que para el mismo año un 42 % de los victimarios de distintos delitos oscilaban entre 18 y 25 años.

En al año 2001, casi la mitad de las violaciones sexuales que ocurridas en el país, ocurrieron en adolescentes mujeres en el grupo de 13 a 17 años; otro grupo de importancia que fue víctima de la violencia sexual es el de las mujeres jóvenes amas de casa o estudiantes, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 18 y los 25 años. Este tipo de situación debe tomarse en consideración dado que para el año 2002 el porcentaje global de las violaciones se incrementó en un 10,6 % con respecto al año 2001.

Las primeras causas de defunción en los adolescentes varones son intoxicaciones con plaguicidas, accidentes de transito y suicidios. Sobre los suicidios se debe mencionar que el 28% de los que ocurrieron en el año 2001 se dieron en edades comprendidas de los 18 a los 25 años y la principal forma identificada fue la intoxicación. El 57% de los suicidios ocurridos en el 2001 se dieron en tres ciudades del país: Managua, León y Estelí. La mayoría de egresos hospitalarios en mujeres de esta edad corresponden a embarazo y parto, mientras que en los varones corresponde a traumatismos y envenenamientos.

4.2.5 Salud del Adulto.

a) Salud de las Mujeres.

El porcentaje de mujeres que ha tenido relaciones sexuales se incrementa en la medida que aumenta la edad (más de la mitad lo ha hecho antes de los 18 años); este porcentaje se ha incrementado con relación a 1998. Con respecto a la edad mediana en que ha tenido su primera relación, ENDESA-2001 muestra que es de 17,9 años (un poco menor que lo encontrado en 1998). Esta edad es mayor en las zonas urbanas que en las rurales (18,4 y 17,1 respectivamente). También es superior en la medida que se incrementa el nivel educativo de la mujer (16 años sin educación y 18,9 sí tiene educación superior).

La edad mediana en las mujeres para tener su primer hijo oscila entre 19,6 y 20,1, siendo más alta en las mujeres de origen urbano que entre las de origen rural; en cuanto el promedio de hijos, este se viene reduciendo a 5,4 (4,5 en las zonas urbanas y 6,9 en las zonas rurales). El grado de conocimientos sobre métodos anticonceptivos entre las mujeres alcanza el 99,2% entre todas las mujeres. Sobre el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres que tienen vida sexual activa, estos se han incrementado

de 49% en 1993, a 60% en 1998 y 69% en el 2001. Esto implica que existe una mayor proporción de mujeres que está planificando la llegada de sus hijos.

Debe destacarse que la utilización de métodos anticonceptivos seguros tiene una vinculación directa con algunas variables: nivel educativo y situación socio-económica; sólo el 50% de las mujeres analfabetas utilizan métodos modernos, en cambio este porcentaje se incrementa al 72% en las mujeres universitarias. El 70,7% de las mujeres de la ciudad utilizan métodos modernos frente al 60% de las mujeres de las zonas rurales. El 47% de las mujeres pertenecientes al 20% más pobre de la sociedad utiliza métodos modernos, en cambio el 70% de las mujeres pertenecientes al 20% más rico los utiliza. Esto explica en parte el porque las mujeres más pobres y con bajo nivel educativo tienen TGF más altas y un número mayor de niños, lo que favorece la reproducción ampliada de la pobreza.

Entre las mujeres con vida sexual activa sin hijos o con uno o dos hijos, prefieren los gestágenos orales o los métodos hormonales inyectables, mientras que las que tienen más de tres hijos prefieren los métodos de esterilización. A pesar de los avances, aún existe un 14,5% de mujeres en unión de hecho con demandas insatisfechas y se debe tomar en cuenta que en el 40% de las mujeres más pobres desean tener 2 hijos menos de los que realmente tienen para formular una política acorde a sus necesidades.

Entre las mujeres embarazadas, según estadísticas del MINSA para el 2001, la cobertura del control Pre Natal fue de 70%, lo cual es menor en relación a las coberturas alcanzadas durante el 2000 y el 1999. Según ENDESA-2001, el 67% de los Controles Pre Natales fueron atendidas por un médico general (46,8%) o Ginecólogo (20,2%). El 18,5% fueron atendidos por una enfermera, y menos del uno por ciento por una partera o comadrona. De las que se realizaron controles pre-natales, el 70% se hizo más de cuatro controles y el 61% se lo hizo en el primer cuatrimestre. Estas cifras son más altas en las zonas urbanas que en las rurales y están en relación directa con el nivel socio-económico de las mujeres, tanto en lo que respecta a recibir una atención calificada como el número de controles prenatales.

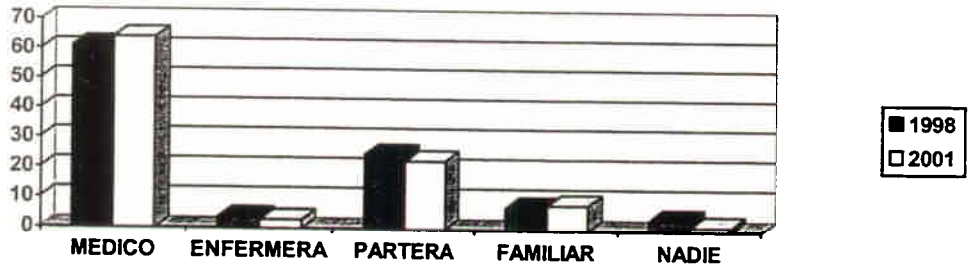
De acuerdo a los datos de ENDESA-2001, existen una mayor utilización de los Cuidados Pre Natales en las zonas urbanas con relación a las zonas rurales, el nivel de instrucción de las mujeres es un factor central de este hecho, ya que a medida que crece existe una mayor utilización del CPN. Por otra parte, existen diferencias en la calidad de la atención del CPN entre las zonas urbanas y rurales, especialmente en lo que respecta al apoyo diagnóstico y la suplementación de hierro y vitaminas (reciben más en las zonas urbanas), lo cual es contradictorio con las condiciones nutricionales de las mujeres del campo en relación a las mujeres e las ciudades.

ATENCION DEL PARTO
LUGAR DE OCURRENCIA

Fuente: ENDESA-1998/2001

Sobre la atención del parto, el 61% se lo atendió, según ENDESA-2001, en una institución de salud y el 33,3% en la casa; el nivel socio económico de las parturientas determina el nivel de utilización de los servicios de salud para la atención del parto (es mayor en el 20% de las mujeres con mayores ingresos). Un poco más de la mitad de los partos fueron atendidos por un médico general (45,2%) o ginecólogo (18,9%). Las comadronas atendieron el 22,7% de los partos. Un 14,7% terminaron en cesárea. Sin embargo, más del 71% de las mujeres no se hicieron control post-natal.

ATENCIÓN DEL PARTO
PERSONAL QUE ATIENDE EL PARTO



Fuente: ENDESA-1998/2001

Hay incremento en la morbilidad y mortalidad a causa del CaCu. Estas complicaciones están directamente relacionadas las limitaciones de acceso a los servicios públicos por parte de mujeres que los requieren (especialmente las pobres, de bajo nivel educativo y de las zonas rurales), así como la baja calidad de los accesibles, los que no cuentan con los medios necesarios para la atención requerida. Se puede concluir que existen evidencias sobre las iniquidades con relación a la salud de la mujer, especialmente sobre las más pobres y de bajo nivel educativo, las que se expresan en falta de acceso a servicios de salud especialmente en las zonas rurales y las que si tienen acceso a los servicios reciben cuidados de baja calidad y poco poder resolutivo, lo que tiene una gran incidencia en su situación de salud.

b) Salud de los y las Trabajadoras.

De acuerdo a datos del Banco Central de Nicaragua, para 1999 la Población Económicamente Activa era de 1,728.900, lo que representa aproximadamente el 35% de la población en general; de la PEA total, el 38 % laboraba en el sector primario, el 13,2% en el sector secundario y el 39 en el sector terciario y el resto se encontraba en el desempleo abierto. Esta distribución no ha sufrido cambios sustanciales en los últimos años.

Para atender a la población trabajadora, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, INSS, estableció en 1993 el modelo de Salud Previsional, cuyo principal objetivo es brindar al asegurado cotizante y sus dependientes atención médica ambulatoria y hospitalaria, orientada a dar: a) cobertura básica; b) calidad técnica aceptable; c) fácil accesibilidad; y, d) Oportunidad en la prestación del servicio. Sin embargo, en la actualidad, solo el 18 % de la población económicamente activa está asegurada y de esta, más del 75% de los trabajadores asegurados laboran para el estado, los establecimientos financieros, el comercio, transporte, almacenamiento y comunicaciones.

El INSS también desarrolla un Programa Nacional de Prevención de Riesgos Profesionales, como parte del "Modelo de Riesgos Profesionales" desarrollado por la Gerencia General de Riesgos Profesionales. Con este componente se espera "contribuir al control y/o Reducción de los Riesgos Laborales y sus Consecuencias, mediante la correcta utilización de los Principios de Higiene Industrial, Técnicas de Seguridad Ocupacional y Medicina del Trabajo en los Centros de Trabajo cubiertos por el Modelo de Riesgos Profesionales. Es importante destacar que la cobertura de este sistema está limitado en este momento a los cotizantes del área urbana de la región Pacífica. Este hecho deja al descubierto al sector laboral urbano no cotizante, y a todos los trabajadores rurales.

El Ministerio de Salud tiene un Programa de Salud Ocupacional adscrito a la Dirección de Sustancias Tóxicas, pero no existe un programa general dirigido a la Salud de los Trabajadores, a empresarios o empleados institucionales. El problema más estudiado y de mayor impacto aparente, relacionado con la seguridad y salud en la agricultura en el país, es el relacionado con la intoxicación aguda por la exposición a plaguicidas (aproximadamente el 50% del total de intoxicados son de origen laboral). Es por ello que este es el riesgo laboral sobre el cual se hace mas vigilancia e inspectoría a través de la "Dirección de Sustancias Tóxicas" que ejecuta el Programa de Control de los efectos ocasionados por la exposición a plaguicidas, con cobertura nacional.

La tasa general de accidentes en población económicamente activa fue de 83 por cada 1000 trabajadores (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 poblaciones expuestas ocupacionalmente. Se estima que ocurren anualmente cerca de 70,000 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas de las cuales solo el 2% son reportadas.

Desde octubre de 2002, el programa regional de Salud de los Trabajadores de OPS/OMS desarrolla en conjunto con los 4 países del norte de Centro América la validación de la caja de herramientas para Espacios Saludables de Trabajo, proceso que en Nicaragua ha adquirido un protagonismo intersectorial e interdisciplinario y ha abierto oportunidades que bien orientadas conducirán a la instauración de un programa nacional intersectorial de salud ocupacional en el bienio 2004-2005.

4.2.6 Salud del Adulto Mayor.

La proporción de personas de la tercera edad se vine incremento en los últimos años; para 1998 los motivos de consulta más importantes 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, Neumonía. Para el año 2002 el primer motivo de consulta sigue siendo la Enfermedad Hipertensiva, seguida por la Artritis reumatoide; sin embargo, es precisamente para este grupo que se tienen más limitaciones de atención en los servicios de salud, tanto en medios diagnósticos como terapéuticos.

Se vienen desarrollando algunos esfuerzos para brindar atención a las personas de la tercera edad; el INSS viene impulsando la atención de las afecciones crónicas en las Empresas Médicas Previsionales, sin embargo, esto ha generado tensiones de orden económico con la Cámara de EMPs. Igualmente se mantienen algunos programas de atención a los jubilados en los que se le brinda esparcimiento. Sin embargo, estos

esfuerzos son insuficientes en el sentido de mejorar el estilo de vida de este grupo, especialmente si se toman en cuenta los problemas de rehabilitación que en muchas ocasiones se necesitan.

Las tasas de mortalidad reportadas por enfermedades crónicas han presentado un incremento sostenido en las patologías del aparato circulatorio, tumores y diabetes mellitus. En términos generales se ha pasado de 5,386 muertes registradas en 1997 a 6362 en el año 2002, lo que representa el 15% de incremento en éste el período. La patología con mayor peso en las causas de muerte por enfermedades crónicas no-transmisibles, es del aparato circulatorio con una tasa global de 68.5 x 100,000 habitantes, en el 2002, similares para ambas sexos. La enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebro vascular tienen la mayor frecuencia en los reportes. La diabetes mellitus ha venido registrando un incremento en la tasa de notificación ya que de 14.8 registrado en 1997 pasa a 15.7 el año 2002. La tasa de afectación por sexos es ligeramente mayor en el sexo femenino con 17.74 que en el sexo masculino con 13.64.

4.2.7 Problemas de Salud Mental.

Las condiciones socio-económicas que vive el país son el caldo de cultivo para los problemas de salud mental que se aprecian en la población. A pesar que la cobertura de la información sobre estos problemas es sumamente baja (sólo se tiene información de lo que llega a las unidades de salud), se estima que existe un 27,9% de trastornos mentales en la población adulta. Se identifican problemas de neurosis en un 13% de la población y de alcoholismo en un 5,8%. Una de las expresiones más frecuentes del problema son las distintas expresiones de violencia intra familiar. Sin embargo, frente a esta situación no se cuenta con un programa sectorial estructurado y con recursos que haga suficiente énfasis en los aspectos de promoción y prevención.

Según especialistas sobre el tema, los grupos vulnerables a este tipo de problemas son en primer lugar las mujeres, los niños y los adolescentes. Factores que están asociados a esta problemática son el desempleo, el analfabetismo y la inseguridad de suplir las necesidades básicas; la crisis de valores derivado de las situaciones de tensión a que estuvo sometida la sociedad durante el enfrentamiento bélico; así mismo se considera que la ruptura de los lazos de solidaridad social, así como el abuso de drogas y el alcohol, son factores que potencializan los problemas de salud mental que enfrentan los grupos vulnerables.

Los pocos recursos que se han dispuestos desde los servicios de salud para la atención del problema se han descentralizado con el fin de mejorar el acceso de la población a los mismos; sin embargo, no sólo son insuficientes sino que de baja calidad dado que no se ha tenido la capacidad técnica ni económica de adecuarlos a las necesidades de la dimensión del problema. Desde las comunidades no se percibe como un problema de primera importancia, de tal forma que a excepción de las acciones que relaciones con apartar a los adolescentes de las drogas, son mínimas las acciones que realizan para atender el problema (de hecho existe un grupo interinstitucional que aglutina a más de cuarenta ONGs y otras instituciones gubernamentales que vienen realizando acciones sobre la prevención y el uso de las drogas).

Así mismo se cuenta con un proyecto PAINAR, en el que se aglutinan varias instituciones, el cual constituye el embrión para un enfoque sectorial sobre la atención de los riesgos en salud mental. Debe mencionarse que un grupo que ameritará mucha atención en los

próximos años es el de la tercera edad ya que si bien en la actualidad no es un grupo fuerte de presión, si lo será en los próximos años, especialmente para atender los problemas propios de esa edad.

4.2.8 La Discapacidad.

Se estima que el problema de la discapacidad en Nicaragua afecta al 9 ó 10% de la población, cuando se valora esta en toda su dimensión. Se considera que las principales expresiones de la discapacidad son: las limitaciones en la movilidad, en la comunicación, la conducta, la participación en las actividades vitales y la dificultad de incorporarse a distintas formas de participación. Los grupos más importantes con problemas de discapacidad se observan en orden descendente en el pacifico, norte y centro del país. En el atlántico norte merece especial mención los discapacitados que existen como producto de la práctica del buceo con fines laborales, problema que ha sido descrito y documentado muy bien en los últimos años, pero al que también se la ha dado muy poca solución desde las distintas instituciones que deben intervenir en su prevención y manejo definitivo (se estima que existen más de 1,000 personas con diversos grados de discapacidad permanente por este problema).

Los grupos vulnerables a los problemas de discapacidad son en general las mujeres, niños, determinados grupos étnicos; las condiciones de pobreza o extrema pobreza, analfabetismo, así como el bajo reconocimiento y aceptación de la condición de discapacidad, son los detonantes más importantes para las complicaciones de los problemas de discapacidad en las personas que la sufren. De hecho, existen lamentablemente en la sociedad actual, manifestaciones de discriminación para las personas afectadas con alguna discapacidad, la que se expresa en no brindar empleo a estas personas, a ocultarlas de las relaciones rutinarias en la comunidad, lo que termina incidiendo en un mayor deterioro de las personas que tienen la discapacidad, llegando incluso a las complicaciones por falta de atención y los cuidados especiales que requieren.

Hasta el momento, ni la sociedad en su conjunto, ni las instituciones gubernamentales que deberían estar vinculadas al manejo de la discapacidad, han tomado en cuenta que se vienen incrementando los riesgos de que la discapacidad se presente (incremento de la violencia, abusos y maltrato en el hogar para las mujeres y los niños, mayor probabilidad de embarazo precoz y de alto riesgo obstétrico), lo que ha llevado a que las acciones que se realicen sean insuficientes, poco sistemáticas y por tanto poco efectivas para su prevención y manejo cuando se presenta. Esto no niega que ya existan acciones gubernamentales (decreto 95-45), grupos en la sociedad civil que han tomado conciencia del problema y han pasado a la acción para brindar un apoyo a los grupos más afectados por la discapacidad.

Desde los servicios de salud del sector se cubre aproximadamente un 5% de las necesidades de atención; sin embargo, esto se hace sobre la base de recursos humanos escasos y pobremente calificados para este fin, pocos recursos materiales y financieros, así como sobre una base tecnológica poco apropiada para las necesidades que se derivan de la magnitud del problema. De hecho, no existe una definición del paquete de oferta que se debe brindar desde los servicios públicos y el INSS no cubre la mayor parte de los problemas congénitos de discapacidad. Al final, los servicios terminan brindando sólo aspectos curativos del manejo de las discapacidades agudas y no se hacen acciones

preventivas sobre aquellos problemas de salud que claramente pueden producir diversos grados de discapacidad funcional.

Un tema central en el manejo integral de la discapacidad la poca información que se brinda a la comunidad sobre estos problemas, lo que incide en su poca movilización para su atención; aunque existen 25 escuelas especiales en las que se atiende a casi 4,000 niños con diversos tipos de discapacidad, así como un conjunto de centros de rehabilitación públicos y privados, estos son insuficientes para la dimensión del problema. En el caso de los centros educativos, se debe señalar que se ha hecho muy poca inversión en la capacitación de los maestros (sólo se han entrenado a 30 maestros en lenguaje especial), y el personal que maneja los centros pre-escolares no recibe entrenamiento para la detección de diversos problemas que podrían atenderse oportunamente.

Se puede concluir que hasta el momento la discapacidad no ha sido una prioridad de las políticas públicas, a pesar que generan gasto importantes en los servicios de salud, especialmente por aquellos pacientes politraumatizados que son atendidos por e sector público (independiente de su condición socio-económica), así como las pérdidas económicas en la producción y la productividad global del país, las que se incrementarán en los próximos años si no se brinda la atención de debida a la promoción y prevención de manera estructurada y sistemática.

4.2.9 Daños Específicos de Salud/ Enfermedades Emergentes y Re emergentes

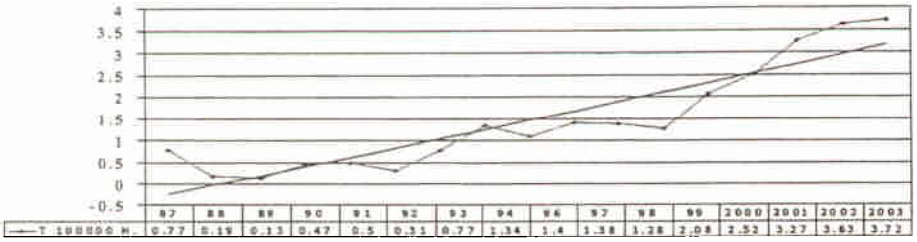
a) ITS y VIH/SIDA.

Las infecciones de trasmisión sexual siguen siendo un problema en Nicaragua; la gonorrea, aunque reduce su tasa en el 2002 en relación a los años anteriores (48,7 por 100,00 habitantes), sigue siendo la más importante, seguida de la condilomatosis (25,7 por 100,000 habitantes) y la sífilis con 16,5 por 100,000 habitantes. Este tipo de problema afecta principalmente al grupo de 15 a 24 años de edad y se presentan en una relación de uno a uno entre ambos sexos. Las prácticas sexuales poco seguras, el bajo índice de utilización del condón y el machismo siguen siendo las condicionantes más importantes en su trasmisión.

A partir de 1987, se reporta el primer caso de SIDA, iniciándose desde ese momento un crecimiento de casos dividido en dos períodos, el primero hasta 1997de 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 tiene un acumulado de VIH/portadores de 1099 reportados. Todos los departamentos han reportados casos, los más afectados son: Managua, Chinandega, RAAS, León, RAAN, Rivas y Masaya.

La vía de trasmisión más frecuente es la sexual con un 89%, de esta el 68% se da por relaciones heterosexuales y un 32% a través de relaciones entre hombre; la segunda vía se da por el uso de drogas inyectables y la tercera se da por medio de madre / hijo. El reconocimiento de esta última vía es muy importante para el país, debido a que se puede intervenir con tratamientos y medir sus resultados a corto plazo.

TASA DE INCIDENCIA DE VIH/SIDA POR AÑO DE DIAGNOSTICO.
NICARAGUA 1987 -JUN. 2003



Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. MINSA. EL AÑO 2003 ES PROYECTADO EN BASE AL SEMESTRE.

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 el peso que en este grupo tienen las amas de casa lo que está muy vinculado a las prácticas sexuales poco seguras que se conocen en la sociedad. De hecho, a pesar que se han venido haciendo esfuerzos institucionales en conjunto con diversos ONGs, para incidir en las prácticas sexuales seguras, esto aún no se logra, lo que permite identificar que es necesario identificar y desarrollar estrategias más efectivas de educación sexual, que conduzcan no sólo mejorar el conocimiento de la población, sino al desarrollo de prácticas sexuales seguras como el uso del condón como forma de prevenir el contagio.

Dadas las características actuales del comportamiento de la epidemia, tomando en cuenta que la búsqueda activa de los sero positivos es muy limitada por las limitaciones de recursos, es de prever que la diseminación se acelere a niveles que sobrepase las capacidades de actuación del sector si no se toman medidas urgentes que permitan su contención; de hecho esto implicaría un impacto enorme en la demanda por servicios de salud, los que en general son de alto costo, lo que vendría a competir con los pocos recursos que se vienen destinando a la solución de los problemas de salud que aún no logra resolver.

b) Malaria.

La malaria muestra un comportamiento de descenso sostenido en los últimos cinco años pasando de 34,146 casos en 1998 a 7,773 en el 2002; de hecho la tasa de prevalencia por 10,000 habitantes pasó de 74,15 en 1999 a 43,28 en el 2002 y 19,63 en el año 2001. Departamentos que tradicionalmente han mostrado una alta prevalencia como Chinandega en el pacifico, Nueva Segovia en el centro del país, RAAN, RAAS y Río San Juan en las costas del caribe, tienen este mismo comportamiento, siendo las tasas más elevadas en el 2001 las de RAAN, 100,42 por 10,000 habitantes, Nueva Segovia con 47,14 por 10,000 habitantes, Jinotega 45,65 por 10,000 habitantes y RAAS 38,37.

En cuanto los grupos de edad más afectados aparecen el 15 a 49 años en primer lugar (población económicamente activa), seguido del grupo de 5 a 14. En lo que respecta a la Malaria por falciparun en el año 2002 se tuvo una tasa de 17,71 por 100000 habitantes, lo cual fue un poco mayor la tasa del 2001 (14,99 por 100000 habitantes), pero menor que la que se encontró en el año 2000 que fue de 25,69. En cuanto a su comportamiento territorial sigue el mismo patrón reconocido en el país.

Durante los últimos años, las acciones para enfrentar el problema de la malaria ha estado siendo afectado tanto por las restricciones presupuestarias para la adquisición de los insumos necesarios para el control del vector, como por la pérdida de personal altamente calificado que es necesario para este tipo de problema, lo que se ha dado en el contexto de la reconversión ocupacional. De hecho, el personal que participa en las acciones propias del programa se redujo de 2,500 en el año 1992 a 1000 en el presente año. Por otra parte se ha reducido de forma muy drástica la participación de la red de voluntarios que apoyaba el programa, lo que se ha debido a diversos factores entre los que se debe destacar el poco estímulo que desarrolla el MINSA para atraer a los voluntarios.

Sin embargo, se debe reconocer que frente a esta situación se han desarrollado mecanismos compensatorios (estratificación de las acciones del programa), los que aunados a los cambios climatológicos que han ocurrido en los últimos años han contribuido a que la malaria se encuentre en niveles razonables. Sin embargo, es precisamente este último factor el que está contribuyendo a que la distribución geográfica de la malaria esté cambiando (aparece en el norte del país en zonas que anteriormente eran de baja incidencia), lo cual debe vigilarse por las implicaciones que puede tener en el futuro.

c) Dengue.

En vista de las graves repercusiones socio económicas y pérdidas de vidas humanas fundamentalmente niños, que la enfermedad del dengue ha provocado en los últimos 5 años, se colocó como una prioridad entre las enfermedades transmitidas por vectores. Producto de este esfuerzo se observa una reducción de la prevalencia en el ámbito nacional del dengue clásico en los últimos tres años, pasando de una tasa de 23,72 por 10,000 habitantes en 1999, a 14,68 en el 2000 y 4,37 en el 2001. De igual forma el dengue hemorrágico pasó de una tasa de 1,93 por 10,000 habitantes en 1999 a 0,88 por 10,000 habitantes en el 2001.

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 son aspectos que agravan la situación e incrementan la magnitud del problema. De esta forma se identifica los SILAIS de la RAAS, RAAN, Matagalpa, León, Nueva Segovia, Managua y Rivas como lugares potenciales para la proliferación del problema con sus consecuencias dada la importancia de sus núcleos poblacionales.

d) 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, sin embargo en un análisis de sangre realizado con 150,000 donantes de sangre desde 1993 se encontró una sero prevalencia de 0.3% en Managua y hasta de 11% en la zona norte. Estos resultados reflejan un alto riesgo de infección, asociado con los datos de la encuesta entomológica del vector (1998) la cual encontró que el 5% de las viviendas resultaron positivas al vector. Esta enfermedad se relaciona con la mala calidad de las viviendas y se vincula estrechamente a las condiciones de pobreza.

La sero prevalencia del Chagas en la zona norte del país se corresponde con la aparición reciente de casos en los departamentos de Nueva Segovia, Madriz y Matagalpa los que en su conjunto representan el 76,74 % de los casos reportados a Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud en los últimos cinco años. Es de prever que sin medidas de promoción y prevención del problema continúe su diseminación silenciosa entre las poblaciones del centro norte del país, especialmente si las poblaciones expuestas siguen teniendo dificultades para disponer de una buena vivienda o mecanismos para su control. En estas condiciones, la diseminación seguirá tanto por la vía del vector como por las transfusiones sanguíneas no controladas en los casos emergentes.

e) 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%, pasando de 88 casos por 100,000 habitantes en 1987 a 42 en 2001. La enfermedad afecta más a hombres en edades productivas (15 a 24 años), representando el 26% del total de casos bacilíferos.

Los departamentos y municipios con más problemas de abandono de tratamiento y de mortalidad por esta causa coinciden con las zonas de pobreza extrema en el país, en correspondencia con los problemas nutricionales propios de estas poblaciones y la presencia de factores carenciales que predisponen al daño.

f) Infecciones Nosocomiales

Un estudio reciente de Prevalencia Puntual de Infecciones Intra hospitalarias (Infecciones Nosocomiales) realizado por el Ministerio de Salud en varios hospitales de Managua demuestra que la tasa de prevalencia de infección nosocomial en los hospitales de Managua fue del 15 %, tasa superior a los estándares internacionales. En general, las limitaciones presupuestarias, el deterioro de las condiciones de la infraestructura, así como el limitado desarrollo de planes de mejoramiento continuo de la Calidad influyen en la presencia de este tipo de infecciones.

4.3 EL SECTOR SALUD.

El sector de la salud está conformado por dos subsectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud –MINSA-, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social –INSS- y otras instituciones del Estado que ejecutan acciones o brindan servicios de salud ; y el subsector privado, el que a su vez se subdivide en lucrativo y no lucrativo (ONGs).

El MINSA es el principal oferente de servicios de salud y por ley es la institución cabeza de sector; tiene bajo su responsabilidad la población en general del país en lo que respecta a las acciones esenciales de salud pública y la no asegurada en lo que respecta a la atención individual. El INSS es la institución aseguradora de la población laboral y brinda sus servicios a los derecho habientes a través del mecanismo de compra de servicios al sector privado. Los servicios médicos del Ejército y del Ministerio de Gobernación brindan atención –principalmente curativa– a sus miembros y a familiares de éstos. Por otro lado, sus hospitales han abierto las puertas a dos nuevos tipos de clientes:

los asegurados, pues a partir de 1995, se constituyeron como EMP; y desde inicios de la década de los 90s, a la población con capacidad de pago, para lo cual han destinado personal y áreas de atención especiales en sus instalaciones.

El Ministerio de Salud, como cabeza de sector y en su función Rectora, se coordina con las instituciones del Gobierno vinculadas a la preservación de la higiene y salud ambiental: Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA), Ministerio Agropecuario y Forestal (MAGFOR), Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA) e Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM); y con las alcaldías y con el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes para la definición de los contenidos de salud en los currículos de primaria y secundaria, y para el fortalecimiento de la estrategia de la lucha antiepidémica.

4.3.1 LOS RECURSOS DEL SECTOR.

a) Recursos Humanos.

El proceso de formación de Recursos Humanos para el Sector Salud se hace desde instituciones formadoras las que en general están bajo la tutela de centros universitarios públicos y privados. Anualmente egresa un promedio de 250-300 médicos de los centros universitarios, con un número mucho menor de enfermeras. El MINSA le ha planteado a la Universidad Nacional el realizar un análisis del programa de medicina general para actualizar el perfil del médico en función de las necesidades del primer y segundo nivel. En enfermería se ha implementado el programa de enfermería general con énfasis en salud pública y orientado a elevar la capacidad del personal de enfermería del primer nivel. A la fecha se vienen fortaleciendo los mecanismos para la certificación de los trabajadores de la salud.

Referente a la carrera de enfermería se han elaborado e implementado programas orientados a la especialización en el primer nivel de atención, a fin de fortalecer la capacidad de los municipios. En las especialidades se han elaborado e implementado programas para elevar la capacidad de resolución de la atención médica del primer nivel de atención, en función de los problemas priorizados de salud, en las áreas de epidemiología, materno infantil y toxicología. También se han implementado programas para el fortalecimiento de las capacidades gerenciales a niveles de maestrías y diplomados, priorizándose los equipos de dirección de los municipios a nivel nacional.

Para el 2002, el MINSA contó con 10,313 trabajadores que laboran en el primer nivel de atención y 10,558 que laboran en el segundo nivel de atención. No se tiene información actualizada sobre los recursos humanos que laboran en otras instituciones gubernamentales que brindan servicios de salud a grupos específicos de población (Ejército, Gobernación, etc.), por lo que se ha procurando en este momento. De la misma forma no se cuenta con una información fidedigna y detallada de los recursos humanos que laboran en el sector privado, tanto lucrativo como no lucrativo.

Sin embargo, de acuerdo a los datos de la Encuesta de Establecimientos de Salud de Nicaragua 2001, laboran en promedio en cada uno de los 203 establecimientos privados que fueron incluidos, 1,1 médico general, 0,5 pediatra, 0,6 gineco-obstetra, 1,1 enfermera, 1,6 auxiliar de enfermería, 1,1 técnico y 1,3 administrativo. Lo interesante del estudio es que al comparar estos promedios con los promedios de los recursos humanos que dispone el MINSA, son superiores los promedios del sub-sector privado en lo que

respecta a pediatra, gineco-obstétra, técnico y administrativos por establecimiento de salud.

La distribución de los recursos humanos directamente ligados a la atención (médicos, enfermeras y auxiliares) que laboran en el MINSA muestran diferencias cuando se comparan por macro regiones (al igual que las unidades de salud), tal como lo muestra el siguiente cuadro:

RELACION DE HABITANTES POR UNIDAD DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS POR HABITANTES
MINISTERIO DE SALUD - 2002

REGION	HABITANTES/ UNIDAD	ESPECIALISTAS X 10,000 HB.	MED. GERAL X 10,000 HB	ENFERMERAS X 10,000 HB	AUXILIARES X 10,000 HB
PACIFICO	44,787	2	2,6	4,7	7,6
NORTE	23,484	1,2	2,2	1,5	7,9
CENTRO	9,458	0,4	1,9	0,5	7,6
ATLÁNTICO	7,679	0,2	1,7	3,2	13,9
PAIS	5,207	1,7	2,2	3	7,9

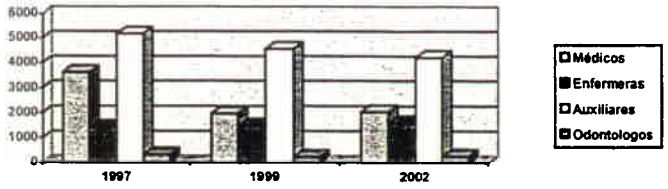
Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA

De igual forma existen variantes al comparar la distribución de los médicos entre niveles de atención: mayor cantidad de médicos generales que especialistas en el primer nivel de atención y al revés en el segundo nivel de atención; de cualquier forma la dinámica que han seguido los recursos ligados directamente a la atención (enfermeras, médicos y odontólogos), es que durante el período 1993-2001, se observa que el número de enfermeras profesionales por 10,000 habitantes muestra un ritmo de crecimiento del 2.8% promedio anual, en cambio las tasas de variación del número de médicos y odontólogos por 10,000 habitantes ha sido negativa: -2.5% y –5.7% respectivamente.

En general, el comportamiento de la fuerza de trabajo del MINSA evidencia una caída de 18% cuando se compara la cantidad de personal contratado en 1990 y el contratado actualmente; esto fue la resultante de la política de movilidad laboral, consecuencia de los programas de ajuste estructural ejecutados en el país. Los perfiles más afectados por estas reducciones fue el personal de enfermería, higiene y farmacia, lo que ha dejado una pérdida muy importante en la memoria institucional, especialmente en el caso de enfermería lo que generó distorsiones en la estructura de la fuerza laboral, especialmente en la relación médico-enfermera.

Sin embargo, al margen de las reducciones del personal que ha sufrido el MINSA, se debe reconocer que existe un clima laboral poco amigable el que entre otras cosas es derivado de la insatisfacción del personal por los bajos salarios, la falta de incentivos para laborar en los servicios, dificultades con la entrega de viáticos en el caso del primer nivel de atención y dificultades para hacer las sustituciones requeridas en los hospitales para brindar una atención de buena calidad. El siguiente gráfico muestra una síntesis de los cambios que ha sufrido la estructura de los principales recursos que brindan atención directa a la población en el Ministerio de Salud.

RECURSOS HUMANOS MINSA



Fuente: Oficina de Estadistica-DGPD-MINSA

De hecho, la situación de la gestión de los recursos humanos en los servicios públicos enfrenta algunos problemas que pueden resumirse de la siguiente forma: ausencia de sistema de evaluación de desempeño, marco legal en transición (proyecto de ley de servicio civil), ausencia de política salarial, incumplimiento de procesos y procedimientos internos de movimiento de personal, falta de sistema de capacitación y desarrollo de personal, sistema de administración de recursos humanos que no responde a las necesidades de la descentralización, debilidad en la gerencia, escasa relación entre la demanda de los recursos y la formación de los mismos, falta de desarrollo de procesos de planificación y administración estratégica, distribución inadecuada en cantidad y formación de los recursos humanos, sin considerar las necesidades del país, limitada participación de los profesionales en la toma de decisión en el ámbito local y nacional.
Sin embargo, estos problemas no han impedido que hayan introducido cambios relevantes en la regulación laboral. Entre ellas: a) La continuidad de la firma de los Convenios Colectivos; b) Se elaboró una nueva propuesta de Reglamento interno de Trabajo; c) Se elaboró una nueva propuesta de Reglamento de Becas; y e) Se creó la Dirección de Regulación de Profesionales de la Salud. Con el apoyo de PROSILAIS se ha presentado los resultados de Estudio del Plan de Desarrollo de RRHH para 6 SILAIS, el cual será la base para la elaboración de los planes de formación y capacitación de los próximos años. Entre 1997 y el primer semestre de 2001 se desarrollaron 19.449 eventos formativos en los que se implicaron 108,399 agentes comunitarios y 178,551 personal de salud con una inversión de 4,312,583.20 de córdobas, financiados con fondos propios y de la cooperación internacional.

También se cuenta con un subsistema comunitario integrado por redes de brigadistas, parteras y otros voluntarios, quienes trabajan en y por la salud de sus comunidades y, fundamentalmente, realizan acciones de promoción y prevención. A nivel nacional se contabilizan 6324 parteras, 12748 brigadistas, 6926 Colaboradores Voluntarios (Col-Vol), 2841 promotores de salud y 339 líderes comunitarios. En general estos recursos han sido capacitados por el MINSA para el desempeño de sus labores comunitarias, sin embargo, es invaluable el aporte que vienen realizando ONGs en estos procesos lo que ha permitido no solo elevar su nivel técnico, sino que también ha fortalecido el desarrollo de redes sociales muy bien estructuradas que sirven de soporte a las Jornadas Nacionales de Salud que impulsa el MINSA, pero principalmente a las labores de desarrollo que se impulsan en las comunidades del país.

Para el desarrollo de las acciones permanentes de salud, el subsistema comunitario posee a nivel nacional, como sedes, las Casas bases (4369) y las 30 Casas maternas. Ambas estructuras, de contenido y funcionamiento estrictamente comunitario, hoy constituyen verdaderas instituciones con las que la población se identifica como parte del esfuerzo social que se realiza para fomentar la salud y prevenir los riesgos y las enfermedades.

b) Infraestructura.

El Ministerio de Salud cuenta con una red de 1080 unidades de salud, lo que lo convierte en el principal proveedor de servicios en el ámbito nacional; cuenta con 1047 unidades para el primer nivel de atención y 33 para el segundo nivel de atención. Un primer problema que presenta la infraestructura de servicios de salud es la diversidad de diseños arquitectónicos derivados de los distintos momentos en que fueron construidas las unidades de salud, lo que en algunos casos dificulta el desarrollo de las nuevas modalidades de atención que el Ministerio de Salud viene promoviendo.

La evolución de la red de servicios de salud del MINSA, durante el período 1997 –2002, ha pesar de la situación económica del país, mostró un crecimiento promedio anual del 2.6%, tal como lo muestra en su dinámica de crecimiento el siguiente cuadro.. Es importante destacar que a pesar del incremento de infraestructura no se aumenta la cobertura por la limitada disponibilidad de recursos financieros, tecnológicos y humanos.

RED DE SERVICIOS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y NIVEL DE ATENCIÓN
MINISTERIO DE SALUD

NIVELES	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	914	942	964	1012	1026	1047
Centros de Salud con camas	24	24	25	25	26	26
Centros de Salud sin camas	140	140	150	148	150	152
Puestos de Salud	750	770	789	841	850	889
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	30	30	32	32	33	33
Hospitales agudos	25	25	27	27	28	28
Hospitales crónicos	4	4	4	4	4	4
Policlínicos	1	1	1	1	1	1
TOTALES	944	972	996	1044	1059	1080

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA

Para el segundo nivel de atención se cuenta con 32 hospitales y un policlínico con más de 5,000 camas, de las cuales más del 95 por ciento son camas para la atención de pacientes agudos. Una de las mayores debilidades en lo referente a instalaciones físicas lo constituyen los servicios de quirófanos, hospitalización y servicios de emergencia, los que ameritan ser reordenados a partir de un plan maestro de desarrollo. Un segundo orden de prioridad de las debilidades de la red hospitalaria lo constituyen las instalaciones que brindan los servicios de apoyo (cocina, lavandería, calderas, etc.), las que dificultan en muchas ocasiones el funcionamiento de las unidades hospitalarias.

El 62.5% de establecimientos hospitalarios se concentran en la región del pacífico donde también se encuentra concentrada el58% de la población; a la vez presenta una concentración de camas de 1.16 por cada mil habitantes, indicador superior a la media nacional (0.96 por mil habitantes) y muy próximo al reportado en el ámbito centroamericano (1.4 camas por cada 1000 habitantes). Esta concentración en el pacífico

y la dispersión de la población en el centro y este del país hacen que exista una heterogeneidad muy marcada en la relación unidad hospitalaria y población, especialmente para los departamentos de Matagalpa, Chontales, Masaya y Nueva Segovia.

En general las instalaciones del Ministerio de Salud, tanto del primer como del segundo nivel de atención requieren de inversiones para re-establecer condiciones básicas que aseguren un buen funcionamiento sus servicios. En el caso de los hospitales, existe una mayoría de ellos cuyas instalaciones físicas han vencido su vida media útil, por lo que requieren no sólo de reparaciones sino que también de ser sustituidos para dar paso a las nuevas modalidades de atención.

En la actualidad el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social no cuenta con infraestructura para brindar la atención a sus derechohabientes por lo que compara servicios al sub-sector privado bajo el modelo de Salud Previsional. Con respecto al sector privado, al igual que no se cuenta con un registro de los Recursos Humanos que laboran para el sector privado, no se cuenta con una información estructurada de su infraestructura. Sin embargo, la Encuesta de Establecimientos de Salud Nicaragua 2001 identificó y verificó que existen 203 unidades de salud en el sector privado, de las cuales 5 eran hospitales, 99 clínicas y policlínicas, 41 Empresas Médicas Previsionales, 49 clínicas con financiamiento de ONGs y 9 casas maternas.

Sobre el número de camas del sub sector privado no se tiene una información detallada, sin embargo, la misma encuesta señala que existe una mediana de 62 camas por hospital, diez camas por Empresa Médica Previsional, seis camas por clínica, policlínica y ONGs y trece por Casas Maternas. La información aportada por la Encuesta de Establecimientos de Salud en Nicaragua 2001, permite confirmar que el MINSA es el que dispone de la mayor capacidad de oferta de servicios de salud en el país.

c) Desarrollo Tecnológico y Científico: Investigación.

Las unidades de salud del primer nivel de atención del MINSA cuentan con 1681 equipos censados de los cuales el 75% funciona "normalmente". Según la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001, el 100% de los Centros de Salud con Camas y Sin Camas cuentan con Refrigeradora, Caja Fría y Termo para vacunas; sin embargo, sólo el 61% de los puestos de salud tienen refrigeradora, el 28% caja fría y el 82% termo para vacunas. Sobre los medios de comunicación, solo dos terceras partes de los Centros de Salud con camas cuentan con radio y teléfono, en los Centros de salud sin camas esta relación se reduce a la mitad y en los puestos de salud representa menos de 25%. El transporte para casos de emergencia es posible encontrarlo en dos terceras partes de los Centros de Salud con camas y sólo en el 3% de los puestos de salud.

Con relación a equipos básicos para brindar la atención materno infantil, la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001 identificó que únicamente el 32% de las unidades del primer nivel cuentan con esterilizador de equipos y materiales, sólo el 2,6% tienen equipo de inserción de DIU, 4,9 % equipo para la atención del parto, 10,2% de equipos de cirugía menor y solo el 5% cuenta con equipo para administración apropiada de sueros orales.

Con respecto a los servicios de laboratorio, la misma encuesta señala que sólo el 76% tiene centrífuga, el 68% cuenta con lector de microhematócrico, el 70% tienen gradillas para tubos, el 58% agitador de pipetas, el 53% microcentrífuga, el 57% contador de

diferencial de ocho teclas, el 46% tienen cuenta glóbulos, el 48% puente de tinción, el 50% refrigerador específico, el 45% dos microscopios, el 40% autoclave, el 30% cronómetro, el 17% de mecheros y el 115 balanza granataria. Es decir que en general es muy difícil encontrar un laboratorio completo que tenga los equipos básicos necesarios para una labor de calidad.

Lo anterior evidencia que el equipamiento para el primer nivel de atención es insuficiente para las necesidades del proceso de atención, a pesar de las inversiones que se han realizado en los últimos años; a las debilidades señaladas para los servicios de laboratorio se deben agregar las limitaciones en otros medios diagnósticos complementarios como radiología y ultrasonografía. La tendencia es hacia el deterioro y al vencimiento de la vida útil de los recursos tecnológicos, limitado por la escasez de financiamiento necesario para su adecuado mantenimiento.

En el ámbito hospitalario, se estima que existen 7,705 equipos de los cuales el 73% funciona normalmente, el 9% de forma irregular y el 18% está inactivo; existen debilidades en lo que respecta a los medios diagnósticos de laboratorio, radiología y equipos de gabinete. Los hospitales cuentan con personal para el proceso de mantenimiento, sin embargo, apenas el 20% de este personal tiene una calificación apropiada para realizarlo de forma adecuada. En el campo quirúrgico se tiene limitaciones para completar los equipos de anestesia, quirúrgicos para servicios como neurocirugía, traumatología, urología, etc.

En el sector privado, la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001 identificó que con relación a equipos básicos para brindar atención primaria, sólo el 38% de los establecimientos tienen refrigeradora, el 6,9% tienen caja fría, el 34% cuenta con termo para vacunas, el 9% tienen radio, el 87% cuenta con teléfono y el 33% cuentan con medios de transporte para situaciones de emergencia. No se tienen detalles sobre el desarrollo tecnológico de los hospitales privados y las inversiones que se vienen haciendo en este tipo de servicios.

Sobre la investigación en salud se puede señalar que es incipiente como proceso institucional, lo que no niega que en las unidades de salud, especialmente en los hospitales, se realicen esfuerzos como parte del proceso de formación de personal de salud; sin embargo, el MINSA no cuenta con un plan nacional de investigación, ni mecanismos que articulen al Ministerio de Salud, las universidades y centros de investigación. En la evaluación de las funciones esenciales de salud pública se identificó que la investigación en salud es la función más débil del sistema.

d) Suministro de Medicamentos y otros Insumos Médicos y No Médicos.

El registro de productos farmacéuticos se ha incrementado cinco veces en Nicaragua durante el período de 1993 al 2000 pasando de 2061 fármacos registrados a 10,585. Sin embargo, como parte de este incremento ha sido el modificar la razón entre fármacos de marca y fármacos de medicamentos genéricos, los que en la actualidad representan más del 26% en comparación del 13% que existía en el año de 1993.

El MINSA durante el período de 1993 al 2000 ha invertido más o menos la misma proporción del presupuesto en la compra de medicamento (entre el 10,6% y el 13,6 %) lo que se ha traducido en una seria crisis de desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos en los últimos 5 años. Otros factores que han contribuido a esta situación son: la

práctica de compras fraccionadas de medicamentos e insumos en años anteriores, la disminución del presupuesto fiscal para medicamentos y otros insumos médicos se ha reducido en los últimos años, ineficiencia de procedimientos técnicos y administrativos de programación, adquisición, distribución y uso de los medicamentos e insumos.

La encuesta de Establecimientos de Salud Nicaragua 2001 mostró que una parte de los centros y puestos de salud del MINSA agotaron las existencias de medicamentos esenciales para la atención materno infantil y planificación familiar seis meses antes de que se realizara la encuesta. Aquí algunos ejemplos del porcentaje de unidades de salud que agotaron su existencia por tipo de medicamento: Amoxacilina de 250mg/5ml, el 64,7%, Acetoaminofen 100mg/ml en el 43%, Metronidazol 125mg/5ml en el 39%, Sulfato ferroso + Acido fólico en el 36% y Trimetroprim sulfametoxazol 40mg/5ml en el 41 %.

Se estima que solamente el 45% de la población tiene algún acceso a los medicamentos por parte del MINSA priorizando la entrega a menores de cinco años y mujeres embarazadas. El gasto per cápita anual en medicamentos es equivalente a dos dólares. Es importante considerar que el 45.8% de la población es pobre y de estos el 15.4% son pobres extremos, lo que implica una baja capacidad para adquirir servicios de salud, incluyendo medicamentos.

De igual forma el MINSA carga con un déficit importante de disponibilidad de insumos médicos para brindar distintos servicios de diagnóstico y tratamiento, siendo los quirúrgicos las más frecuentemente afectados, lo que ha obligado en varios momentos a que los hospitales suspendan las cirugías programadas, ofertando únicamente cirugías de emergencia o a solicitar a los pacientes que aporten con sus recursos la compra de los insumos necesarios para la realización de los actos quirúrgicos.

En el caso del suministro de medicamentos a los derechohabientes del INSS, aunque en general existe un grado importante de satisfacción por los medicamentos que reciben en las consultas que brindan las Empresas Médicas Previsionales, se reportan quejas en el sentido que con frecuencia se les indica medicamentos que están fuera de la lista del paquete básico que ofrece el INSS, lo que les obliga a la compra de carácter personal en la farmacias privadas de las Empresas Médicas Previsionales.

4.3.2 PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

a) Ministerio de Salud.

Con la creación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), se establecieron la bases para el nuevo modelo de organización de la provisión de servicios para la población no asegurada, así como con la creación del Modelo de Salud Previsional del INSS, constituye el marco de referencia para la prestación de cuidados médicos a los derechohabientes del INSS.

El artículo 42 del Reglamento de la Ley General de Salud establece que "El modelo de atención en salud, se organizará sobre la base de la complejidad y capacidad de resolución de sus integrantes entre niveles: el primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención." En el caso del MINSA, la organización de la provisión de servicios integrales en salud a la población no asegurada se estructura a partir de los servicios municipales de salud las que cuentan con unidades de salud del primer nivel de atención (centros y puestos de salud), los que teóricamente deben funcionar de forma

articulada con hospitales generales a través de un sistema de referencia y contrarreferencia.

El complemento de la propuesta organizativa es la definición de un paquete de servicios de salud que contemple la oferta que debe hacerse a la población de acuerda a criterios de prioridad; para perfeccionar este modelo se han hecho algunos esfuerzos técnicos con el fin de diseñar un paquete de servicios básicos para la población el que en primera instancia se definió para poblaciones rurales en municipios de extrema pobreza, el que se ha puesto en práctica a través de algunos proyectos pilotos con los que se vienen experimentando nuevas modalidades de provisión y financiación de servicios de salud (entre ellos FONMAT, APS, ONG, PROSILAIS)

En el caso de la atención hospitalaria, la mayoría de los 32 hospitales están organizados para ofertar una atención de internamiento y ambulatoria en las cuatro especialidades generales. Cabe destacar que existen problemas de estructura y funcionamiento de los servicios hospitalarios, lo que limita su capacidad de producción, lo que se expresa en bajos índices de ocupación, pobre utilización de los quirófanos a pesar de las largas listas de espera, limitado apoyo diagnóstico para el conjunto de las redes de servicios y limitaciones en el uso de servicios considerados de referencia nacional.

El MINSA cuenta con una red de servicios de prevención dirigidos a la vigilancia y control de enfermedades trasmisibles entre las que se destacan las vectoriales, los que se organizan por SILAIS con alguna independencia de los servicios de atención a las personas. Estos servicios han venido sufriendo un proceso de desconcentración del nivel central del MINSA, aunque existan aún muchas vinculaciones con este nivel para su operación como consecuencia de la gestión centralizada de algunos recursos que son indispensables para su funcionamiento.

b) Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

En el caso del INSS, la provisión de servicios se hace sobre la base de la compra de servicios a 49 Empresas Médicas Previsionales las que se encuentran diseminadas en el territorio nacional para brindar atención; el sector público cuenta con diez empresas médicas previsionales las que fueron organizadas y autorizadas a funcionar con recursos propios del MINSA con el fin de asegurar nuevas fuentes de financiación para este sub-sector.

El modelo de Salud Previsional, funciona a través de la adscripción voluntaria de los asegurados a las Empresas Médicas Previsionales. Las empresas médicas previsionales en general tienden a ofertar de forma integral sus servicios (tanto ambulatorios como de hospitalización y medios diagnósticos); sin embargo, cuando no cuentan con la infraestructura necesaria sub contratan servicios a otros privados o al sector público para poder atender la demanda de sus derechohabientes.

La disposición geográfica de las Empresas Médicas Previsionales no obedece un criterio territorial de ubicación de su clientela sino a la disponibilidad de su infraestructura; esto crea dificultades para los asegurados y sus beneficiarios ya que en muchas ocasiones requieren hacer gastos para sus desplazamientos que no son cubiertos por el seguro.

c) Sub-Sector privado.

Ya se señaló que no existe una información estructurada y detallada sobre el sub-sector privado; sin embargo, la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001 brinda algunas informaciones que son valiosas para este análisis; por un lado se verifico que existen 203 establecimientos privados (lucrativos y no lucrativos) que funcionan de forma independiente a excepción de algunas redes que pertenecen a una misma institución (Ejemplo, PROFAMALIA que cuenta con una red de 12 unidades a nivel nacional).

El 66% de los establecimientos privados se encuentran en Managua (50 unidades entre hospitales, clínicas y policlínicos); le sigue en importancia Chinandega con 26 unidades, Matagalpa con 25, Estelí con 19 unidades y León con 14 unidades privadas. La mayoría de estos establecimientos brindan atención médica ambulatoria, general o especializada. Aunque existen servicios que se han especializado para la atención en salud sexual y reproductiva como es el caso de SI Mujer y de Ixchen.

En el caso de los hospitales privados, la mayor parte se encuentra concentrados en Managua (Hospital Bautista, Monte España, Médicos Unidos, Salud Integral, etc.) y tienden a combinar la oferta de servicios para el INSS y la oferta directa a la población. En algunos casos se está combinando la modalidad voluntaria de Pre-Pago con la atención hospitalaria a través del pago directo del paciente.

En el caso de las ONGs, el MINSA tiene registrado noventa organismos que desarrollan servicios de salud de diversa naturaleza; existen organismos que desarrollan servicios de atención comunitaria a la población (Acción Médica Cristina, ALISTAR), otros que brindan servicios de atención en Supervivencia Infantil (CARE, ADRA, HOPE, Amigos de las Américas, Save the Childrens, etc.), otros que se dedican al desarrollo de acciones en salud sexual y reproductiva con atención al VIH/SIDA (SI Mujer, Xochiquetzal, CEPS, IXCHEN, CISAS, etc.), otros brindan servicios asistenciales específicos como Cruz Roja (española, sueca, etc.), COPROSA, etc.

Es importante resaltar que las ONGs (internacionales o nacionales), así como los programas y servicios que han desarrollado, han creado una capacidad de oferta de servicios a nivel Nacional, la que en general está muy vinculada a la acción comunitaria en distintos campos de la salud; al mismo tiempo, es importante destacar que algunas de ellas han cubierto zonas donde los servicios públicos no siempre han tenido capacidad de llegar (Acción Médica Cristiana y su cobertura en la zona del Río Coco), o el desarrollo de modalidades de trabajo organizativo con las comunidades (como ejemplo los Proyectos de Supervivencia Infantil) que no siempre fue posible por las prácticas institucionales vigentes.

También es importante identificar que no se cuenta con la información suficiente para reconocer las capacidades reales de este sector, las especificidades de las acciones que han realizado, los logros que han alcanzado y sobre todo los costos con que han venido desarrollando sus programas y proyectos. Un factor que ha incluido en esta situación es la vinculación poco efectiva que estas organizaciones han tenido con los procesos de articulación y conducción del sector salud.

4.3.3 NIVELES DE ATENCIÓN

a) Primer Nivel de atención: Centros y puestos de Salud.

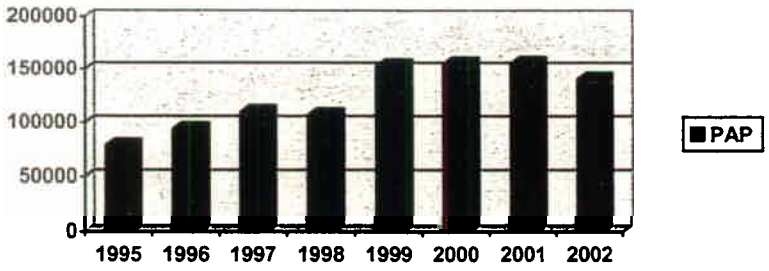
El primer nivel de atención está destinado para brindar atención de promoción, prevención y recuperación básica. Esto se realiza en el 97% de los establecimientos de salud. El 82% de estos establecimientos son puestos de salud, 18% centros de salud. Sólo el 17% de los centros de salud cuentan con computadoras. La red ha experimentado un crecimiento desordenado y no-articulado con las diferentes ofertas de servicios (privados y mixtos), ni con el segundo nivel de atención.

La producción de servicios en el primer nivel de atención, en el periodo de 1997–2002, en materno infantil aunque ha mejorado en los indicadores de algunos programas, estos no han sido de manera general suficiente en: control prenatal, captación en el primer trimestre, la concentración de controles prenatales, la cobertura del parto institucional y en el control del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años.

Por ejemplo, la cobertura prenatal ha tenido ciclos de ascenso y descenso en los últimos años (72% en 1999, 75% en el año 2000 y 70% en el año 2001). Diferente ha sido el control puerperal el que ha manifestado un proceso ascendente en los últimos tres años (47.1% en 1999, 50.1% en el año 2000 y 51.6% en el año 2001). Se debe destacar que en el caso del control pre-natal existen bajas coberturas de los servicios públicos en departamentos como Managua, León, Masaya, los que aparentemente no tienen problemas de accesibilidad geográficas, o al menos son menos tensionantes que las existentes en la Regiones Autónomas, donde las coberturas en el año 2001 fueron casi universales. Una buena hipótesis sobre el porqué de esta situación es el incremento de la oferta de servicios privados como es el caso de PROFAMILIA y otras ONGs que laboran en estas ciudades.

En el caso del seguimiento al Cáncer Cérvico Uterino, se debe reconocer que se ha incrementado la toma de las muestras, como lo muestra la gráfica siguiente, sin embargo, este incremento es insuficiente con relación a la necesidades de detección del problema tal como se viene observando en los análisis de mortalidad por esta causa.

CITOLOGIA VAGINAL
SERVICIOS PUBLICOS



Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA

La atención ambulatoria mantiene una relación promedio de dos atenciones por habitante año; llama la atención que las mismas son bajas en los departamentos como León, Masaya, Granada donde no se espera problemas de accesibilidad geográfica; por tanto es posible que las causas de la baja utilización de los servicios se expliquen por los problemas que ha habido alrededor de la disponibilidad de medicamentos, la percepción sobre la calidad de los servicios e incluso el soporte diagnóstico que están teniendo las unidades del primer nivel de atención. Un resumen de la producción de servicios del primer nivel de atención se presenta en el siguiente cuadro:

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS – MINSA.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Consultas Médicas	6787830	6742305	70006248	6114624	7762066	7148886	7089979	7205883
Recetas	74554565	8127263	8075532	7622863	8830642	8906636	8785627	9216365
Controles	2073991	2200340	2390300	2456532	3007515	2906912	3089572	2988755
Hospitalizaciones	356420	352034	363418	324133	284893	291279	286093	276608
Exámenes de Lab.	4917328	4902385	5450861	4819164	5677318	5860997	6157089	5782168

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA

En el caso de los servicios que reciben los asegurados del INSS, en la medida que el Modelo de Salud Previsional se ha extendido en el ámbito nacional, esto se ha traducido en servicios para los derechohabientes que ya están adscritos a las Empresas Médicas Previsionales. Tal como lo muestra la siguiente tabla, las atenciones médicas se han quintuplicado, al igual que las recetas y los exámenes de laboratorio en un período de ocho años a pesar que el crecimiento de los derechohabientes no ha seguido esa tasa de crecimiento.

Cabe señalar que existen diferencias en cuanto la forma de registrar las atenciones que se brindan en la consulta ambulatoria de las EMPs, lo que no permite comparar las acciones hacia el binomio madre-niño tal como las realiza el MINSA. De la misma forma las EMPs no tienen estructurado sus servicios para la atención a daños específicos a la salud, lo que dificulta establecer comparaciones entre la atención a los asegurados y no asegurados.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS INSS

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Consultas Médicas	483493	752243	1166249	1335983	1600121	1725057	1864336	2008464
Recetas	625361	1395765	2085078	2779245	3337580	3346311	3625693	4026464
Hospitalizaciones	6089	12593	20811	26010	32543	37075	38232	38919
Exámenes de Lab.	248963	346608	507534	663979	811132	855392	905032	990959

Fuente: INSS

Comparando la producción de servicios del MINSA y la del INSS en los mismos períodos se evidencia que existe una atención diferencia para la población asegurada y lo no asegurada; mientras el MINSA brindó 1,47 atenciones médicas por habitante año en el 2002, el INSS brindó 5,18 atenciones médicas por derechohabiente; el MINSA brindó 1,13

recetas por atención médica, en cambio el INSS brindó 1,9 en el 2002; mientras el MINSA brindó apoyo de laboratorio al 80,2 % de las atenciones médicas, el INSS sólo lo hizo en el 48,4 % de los casos.

b) Segundo Nivel de atención: Hospitales

El segundo nivel de atención del MINSA representa el 3% de los establecimientos de salud, manteniendo un comportamiento estable en el período estudiado. El MINSA, es el principal proveedor de servicios hospitalarios en el país. En los hospitales se brinda atención médica tanto general como especializada, ambulatoria y con internación, en áreas básicas. El segundo nivel cuenta además con centros nacionales de cardiología, radioterapia, oftalmología, dermatología, psiquiatría, y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia. Los servicios médicos del Ejército y del Ministerio de Gobernación brindan atención principalmente curativa a sus miembros y a familiares, en cirugía, medicina, gineco-obstetricia y pediatría. Esta información al igual que la procesada por el sector privado no es consolidada por el MINSA.

Respecto a los indicadores hospitalarios, reflejan un grado importante de subutilización de los recursos disponibles de la oferta hospitalaria y deterioro en la gestión de los servicios. El servicio con mayor presión sobre sus camas, resulta ser Gineco-obstetricia, en los que sus índices ocupacionales se ubican por encima del promedio nacional. De la misma forma en general se observa una fuerte presión de los servicios de emergencia como consecuencia de las limitaciones que tienen las unidades del primer nivel para brindar una atención calidad que le resuelva los problemas a la población.

La mayor parte de la oferta de camas de segundo nivel es carácter general, por lo que comprensible que el registro de egresos el 50% se encuentra asociado a la atención de la embarazada, parto (primera causa de egreso hospitalario), recién nacidos normales y de riesgo, junto a las enfermedades prevalentes de la infancia, estas atenciones ocupan seis de las 10 primeras causas de egreso hospitalario. Sin embargo, existen cuatro hospitales en Managua, cuya tendencia es a la especialización de la oferta de servicios de salud en el ámbito nacional

El Ministerio de Salud, realiza esfuerzos por fortalecer la atención hospitalaria, orientándola hacia una mejor gestión empresarial, así como el desarrollo de la salud pública. Esto se expresa en la redefinición del modelo de atención, con la elaboración de un paquete básico de servicios de salud que contempla la entrega diferenciada de los servicios públicos de salud, donde la responsabilidad de cancelar por los servicios recibidos debe ser para aquellos con capacidad de hacerlo. En esta definición deben de considerarse los niveles de pobreza de la población y su distribución heterogénea en el país.

La producción de servicios hospitalarios por parte de las Empresas Médicas Previsionales se han incrementado sustancialmente en los últimos ocho años tal como lo muestra la tabla anterior, independientemente que estos hayan sido realizados o no por el sector privado; de hecho llama la atención en las estadísticas del INSS el incremento acelerado de los procedimientos quirúrgicos, entre los que destaca la tasa de cesáreas, la que alcanzó en el año 2002 el 46% de los partos atendidos por las EMPs.

Sin lugar a dudas esto debe estar vinculado a lógica del Modelo de Salud Previsional, la estructura de los recursos que brindan la atención y sobre todo al tipo de clientela y su forma de vincularse con los servicios; al final, la atención hospitalaria también muestra

diferencias si se trata de población asegurada o no asegurada, ya que en el 2002, mientras el MINSA brindó 5,6 hospitalizaciones por cada 100 habitantes, el Modelo de Salud Previsional brindó 9,84 hospitalizaciones por derechohabientes.

4.3.4 MODALIDADES DE ATENCION.

a) Promoción de la Salud.

Pese a las condiciones que han creado la definición de políticas, marcos legales y creación de comisiones de distinto tipo y nivel, todavía existe una limitada implementación y coordinación, pobre articulación, insuficiente dirección, insuficiente registros de las acciones comunitarias, ausencia de evaluación y de retroalimentaciones de las acciones de promoción y prevención de la salud. En promoción de la salud hace falta la implementación de la participación ciudadana y la coordinación intersectorial, aunque históricamente la participación de los actores comunitarios y sociales ha sido poco reconocido.

La promoción de la salud no ha tenido un desarrollo sistemático y sostenido que contribuya a la modificación de hábitos y conductas de la población para fomento de estilos de vida más saludables. La gran dispersión de la acción gubernamental en este campo hace que no exista coordinación entre sus diversas dependencias para el impulso de mensajes que promuevan hábitos saludables y la construcción de prácticas que modifiquen positivamente la salud de los nicaragüenses.

El resultado de este pobre desarrollo es el enfrentamiento frecuente de brotes epidémicos en el país con costos tanto en vidas humanas como en el uso de recursos de todo tipo para controlarlos. Las pérdidas económicas en la fuerza laboral no son percibidas debido a los altos índices de desempleo, por lo que el sector productivo no se siente afectado y no se percibe como parte del problema.

b) Prevención.

En los últimos años se han priorizado varios programas: ETS/VIH-SIDA, Vectoriales, Enfermedades Crónicas (hipertensión, diabetes), Vacunación, Atención a la Mujer y Niñez, y de Adolescencia. Ellos son desarrollados principalmente por personal de salud del MINSA, aunque organizaciones comunitarias y ONGs también los apoyan. Son implementados en todas los establecimientos del primer nivel de atención y, en parte, en unidades del segundo nivel. Las dificultades presupuestarias a veces limitan la movilización del personal y la adquisición de materiales e insumos. Existe un desbalance entre las acciones de prevención y las acciones de recuperación de la salud. No existe una correspondencia entre la magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad del daño a restaurar y las estrategias de promoción y prevención que se impulsan.

c) Recuperación.

La recuperación se brinda a través de los servicios de primero y segundo nivel de atención, y constituyen actualmente el mayor peso del modelo de atención. En la recuperación se invierten la mayor parte de los recursos del sistema de salud, sin obtener beneficios relevantes para el total de salud de la población, particularmente con menos beneficios para la población más vulnerable. Las últimas encuestas de medición del nivel de vida reflejan que los enfermos que acuden mayormente a los servicios de salud del

MINSA provienen fundamentalmente de áreas urbanas y del segmento no pobre de la población. Según la EMNV 2001, la proporción de personas que no acuden a consulta a pesar de estar enfermas es superior al (50%) con los porcentajes más elevados provenientes del área rural y poblaciones masculinas. Las razones para no consultar son: conocimiento de la enfermedad (41%), no tener dinero (18.5%), enfermedad leve (16.4%), centros de atención lejanos (5%), mala calidad de atención (3.6%), entre otros.

d) Rehabilitación.

Existe un programa nacional de rehabilitación el cual estima que un 12% de la población enfrenta algún tipo de discapacidad. Las principales causas de discapacidad son enfermedades (29%), accidentes (11.85%), relacionadas con el nacimiento (10%) y por causa de la guerra (2.6%). Las discapacidades más frecuentes son (63.9%) visuales, (9.2%) auditivas, motoras(5%) mentales (4.4%) fonéticas(4.3%), Convulsiones (4.2%) entre otras.

Además de la actuación del Hospital Aldo Cavaría y la red de servicios de rehabilitación que existen en los Centros de Salud del país, se ha organizado un conjunto de servicios para niños con discapacidad el que es manejado por una fundación (Los Pipitos), la que complementa los esfuerzos del sub sector público. Sin embargo se está lejos de poder dar una respuesta integral a los más de 600.000 discapacitados que se calcula existen en el país.

4.3.5 CAPACIDAD RESOLUTIVA.

En la medida que la población nicaragüense tiene un bajo nivel educativo y cuenta con bajas coberturas de servicios básicos (agua y saneamiento), y al mismo tiempo recibe el impacto del deterioro del medio ambiente físico y social, se requiere que el sector salud de un mayor énfasis en el desarrollo de las funciones de salud pública; sin embargo, contradictoriamente la atención en salud se caracteriza por la atención al daño, lo que se expresa en que la mayor parte de sus esfuerzos están dirigidos a la atención individual y curativa con tendencia a la especialización.

Se debe reconocer que si bien se han delimitado en las políticas las prioridades del sector, los servicios que se brindan no se ofertan con enfoque de riesgo y no se ha hecho énfasis en incidir en los determinantes de los problemas de salud, lo que reduce su impacto en la situación de salud de la población. Por otra parte, ya se mencionó que los servicios de salud están concentrados en la macro región del pacífico, sin embargo, no están organizados para facilitar el acceso de la población y no cuentan con la tecnología requerida para desarrollar acciones efectivas sobre los principales problemas de salud por los que demanda la población.

El efecto práctico de esta situación es que la población termina buscando soluciones particulares de bajo poder resolutivo con un alto costo (automedicación), o en todo caso desarrolla mecanismo de autoayuda a través de la utilización de los recursos comunitarios con el fin de poder suplir las deficiencias del sector. En las regiones autónomas del Atlántico la oferta de servicios es mucho menor, estimándose que en la RAAN un 80 % de la población se atiende a través del sistema tradicional.

4.3.6 GESTION DEL SECTOR.

a) Competencias en el Sector.

Rectoría: Conductor y Articulador.

El MINSA es el órgano rector del sector salud de acuerdo al artículo 4 de la Ley General de Salud, ley No. 423, por tanto, cabe a sus Autoridades la conducción sectorial. Esta capacidad de conducir el sector debe darse mediante la formulación y aplicación de la Política de Salud, el diseño y ejecución de los Planes Nacionales de Salud y a través de procesos de definición y puesta en marcha de planes para articular los esfuerzos de las diferentes instituciones, organismos y actores en el quehacer de salud. Sin embargo, esta es una de las capacidades poca desarrolladas en los últimos años, por distintas razones de orden institucional, lo que hoy limita el liderazgo del Ministerio de Salud.

La coordinación como instrumento permanente de aglutinar esfuerzos entre las distintas instituciones y organismos del Sector Salud no ha tenido el nivel de eficacia requerido para establecer mecanismos de cooperación que permitan potencializar las actuaciones del sector público, especialmente en situaciones de emergencia; en el ámbito de los distintos departamentos del país, la relación entre las representaciones del MINSA y las instituciones locales, así como con los diferentes organismos de la sociedad civil y ONG's, ha sido limitada, lo que repercute en la dispersión de esfuerzos para la solución de los principales problemas de salud de la población.

La promoción y ejecución de las funciones esenciales de salud pública que deben desarrollarse desde el Sector Salud en beneficio de la población han sido insuficientes, principalmente porque no se ha contado con una Política Nacional de Salud que involucre al Sector Salud en su conjunto y que luego se traduzca en planes operativos que cuenten con el consenso de todos los actores del sector. Se ha tenido un buen manejo de la monitoria de la situación de salud y de la vigilancia epidemiológica en cuanto a su conocimiento como daño a la salud, pero se evidencia que falta desarrollar capacidades para cuidar de los riesgos que asechan a la población y poder plantear estrategias de intervención a las distintas instituciones y organismos tanto nacionales como internacionales.

El pobre desarrollo de la función de rectoría por parte del MINSA, limita el nivel de influencia de las instituciones públicas entre las distintas expresiones de la actuación privada, sector que requiere ser articulado a las intervenciones en salud, especialmente por las interdependencias que se han establecido entre el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y la cámara de Empresas Médicas que están llevando a la práctica el Modelo de Salud Previsional. Igualmente deben sumarse a este esfuerzo la red de Organismos No Gubernamentales que laboran en el campo de salud, principalmente por sus fuertes vínculos con la sociedad civil con la que deben compartirse las responsabilidades del proceso salud enfermedad.

Función Reguladora.

Con relación a las funciones de regulación, ya se cuenta con un sustrato importante como es la Ley General de Salud y su Reglamento en el que se establecen las reglas básicas de lo que debe ser el desempeño y las prácticas de los agentes que laboran en el sector.

Además se ha creado una estructura institucional que viene dando sus primeros pasos en el establecimiento de los lineamientos conceptuales y operacionales que guiarán la práctica institucional.

En este marco se han iniciado las primeras experiencias relativas a la habilitación de unidades de salud, lo que se ejecutó alrededor de la habilitación de las EMPs que venden sus servicios para el INSS; de esta primera experiencia se ha avanzado en el diseño de los instrumentos necesarios para profundizar en el proceso al interior del sector salud. De la misma forma se ha avanzado en la estructuración nacional de la Comisión de Acreditación, la que articula distintos actores sociales de acuerdo a lo que establece a la ley.

Se tiene previsto avanzar en el registro de los profesionales de la salud, instrumentar una serie de procesos que permitan regular distintas prácticas relacionadas con diversos servicios de salud (de diagnóstico y tratamiento) y el uso de insumos, instrumento y equipos, los que deben manejarse con el cuidado necesario para la seguridad de los ciudadanos que los demandan.

Relaciones entre los Niveles de Gestión del Ministerio de Salud.

De acuerdo a la definición de competencias establecidas en la Ley General de Salud, el Ministerio de Salud es la cabeza del sector y sus principales atribuciones deberían estar en el campo de la gerencia estratégica del sector; en la Ley General de Salud, en su Artículo 10 se establece la creación del Consejo Nacional de Salud con el fin de contribuir con la definición de las actividades estratégicas que realice el Ministerio de Salud, al mismo tiempo que define las tres instancias en que se debe realizar la vinculación entre las instituciones del sector y la sociedad civil: Nacional, departamental y municipal.

Estas instancias funcionan en la actualidad con diversos grados de eficacia con relación a la finalidad para las que fueron creadas por lo que tiene más peso hasta el momento la actuación institucional en los procesos de gestión. Desde esa perspectiva, la práctica observada es que el Ministerio de Salud en su sede Central, toma decisiones centralizadas sobre los procesos de atención en el conjunto de la red pública, al mismo tiempo que administra recursos y opera programas de salud pública, al mismo tiempo que establece las vinculaciones necesarias para la coordinación sectorial e Intersectorial.

En cambio los SILAIS gestionan la ejecución de las acciones de salud en un territorio determinado (departamentos o Regiones Autónomas), organizando los servicios de salud y estableciendo las condiciones necesarias para que los niveles operativos (servicios municipales de salud) se encarguen desarrollar la función de provisión de servicios. Un rol importante que deben realizar los SILAIS, es establecer los vínculos necesarios con los hospitales para que la provisión de servicios se haga con la mayor racionalidad posible.

Sin embargo, a pesar el MINSA inició un proceso de desconcentración cuando definió el SILAIS como la unidad organizativa básica del Sistema Nacional de Salud, en los que se debían concentrar un conjunto de recursos y mecanismos político y administrativos bajo una conducción única, en la práctica los SILAIS no administran más allá del 20% del presupuesto que le es asignado, quedando en las oficinas centrales la capacidad de manejar a distancia los rubros presupuestarios más importantes para el proceso de provisión de servicios: recursos humanos, materiales y suministros, etc.

De la misma forma, el MINSA ha conservado la relación directa con los hospitales del país, lo que dificulta que en los departamentos del país exista muy poca coordinación entre el primer y segundo nivel de atención, dado que los mecanismos y criterios que se utilizan para la selección de las autoridades del SILAIS y el hospital son similares. Al final, los SILAIS terminan reproduciendo este tipo de relación con los municipios como un mecanismo de asegurar la coherencia de la actuación en el territorio.

Paradójicamente este nivel de centralización que caracterizan las relaciones entre el nivel Central y los SILAIS se reprodujo entre los SILAIS y los municipios que son el verdadero centro de la operación del MINSA. Los pocos recursos operativos que administra el SILAIS para el funcionamiento de las redes de servicios son entregados muy lentamente a los municipios y en muchas ocasiones con criterios pre-establecidos para su uso desde el SILAIS. De tal forma que los municipios en general desconocen cual es el monto de su presupuesto de gasto y tienen muy poca certeza si llegarán a disponer de los recursos que se establecieron en los planes locales de salud.

Desde hace algunos años se introdujo los acuerdos de gestión como un mecanismo que contribuya a la modernización las relaciones institucionales entre el nivel Central con los SILAIS y los Hospitales, así como entre los SILAIS y los municipios, superando las relaciones jerárquicas existentes en el pasado. Sin embargo, estos acuerdos son unidireccionales (establecidos centralmente), lo que no permitido construir verdaderos compromisos entre las partes involucradas, especialmente porque esto implicaría que algunas instancias centrales deberían desprenderse del control de muchos recursos que en la actualidad manejan a ese nivel.

De tal forma, que se puede caracterizar las relaciones entre los distintos niveles de Gestión del Ministerio de Salud, como una combinación de mecanismos jerárquicos de mandos centrales (cada nivel termina centralizando el manejo de recursos y se vincula con el inferior de forma vertical), donde aún predomina el concepto de la autoridad sobre el de liderazgo y colaboración entre los distintos niveles de gestión, donde es notoria la mezcla de funciones en cada nivel y la invasión de competencias de los niveles superiores con los inferiores, lo que termina dificultando y enlenteciendo muchos procesos de gestión y la toma de decisiones, como consecuencia de la competencia en cada nivel por los mismos recursos para hacer en muchas ocasiones las mismas tareas.

En el caso del Instituto de Seguridad Social, las transformaciones institucionales que se realizaron a inicios de los noventa condujeron a que las funciones se separaran con mayor claridad en cada nivel, quedando en el ámbito corporativo institucional las funciones de aseguramiento, financiación y control, trasladando a los proveedores privados las capacidades de autogestionar los procesos de provisión de servicios. Esta diferenciación de funciones, se realizó previo establecimiento de un mínimo de normas y procedimientos que le permite al INSS tener un cierto control de aspectos importantes de la provisión de servicios como la calidad de la prestación de la atención y el cumplimiento de los acuerdos que se establecen en los contratos entre el INSS y las Empresas Médicas Previsionales.

b) Sistemas de soporte para la gestión

Sistema de Información Institucional y Sectorial.

En respuesta a las debilidades que se reconocían al sistema de información en salud y en el marco de la reforma del sector salud, se ha diseñado un nuevo sistema de información, el que está compuesto por 7 subsistemas integrados: regulación sanitaria planificación, producción de servicios y situación de salud, abastecimiento técnico materia, recursos humanos, control de proyectos y recursos financieros, habiendo mínimos avances en su implantación en el subsector publico. Sin embargo, la complejidad de su desarrollo así como por el ritmo en que se viene ejecutando el proyecto, hacen que aún no se perciban las transformaciones esperadas en el SIMINSA.

Por ello, es necesario señalar que a pesar de los avances de algunos componentes del SIMINSA, aún se cuenta con un sistema de información tradicional, que no integra la información sectorial, poco oportuno con tecnología obsoleta, con multiplicidad de subsistemas (33 subsistemas independientes) y por ende, muy complejo para apoyar de manera eficiente los procesos de toma de decisiones en los distintos niveles de gestión.

Por ello, será necesario concluir la transformación del sistema de información para agilizar el manejo de la información, especialmente en el ámbito local. Además, independientemente del grado de avance del SIMINSA, es muy necesario iniciar un proceso de capacitación al personal que contribuya a su formación en el manejo y uso adecuado de la información que es una de las debilidades del personal que labora con información del MINSA. Avanzando en este campo será más fácil establecer las bases para un sistema de información sectorial que permita hacer un monitoreo más efectivo de todos los eventos en salud.

Sistema de Planificación y presupuestación de las acciones de salud.

El Ministerio de Salud tiene una vieja historia de elaboración de planes de salud, los que han transitado desde el clásico modelo de planificar la oferta de forma centralizada, hasta avanzar más recientemente a establecer planes estratégicos a nivel operativos en los que se intenta establecer una relación estrecha entre los POA y el Presupuesto que ha sido asignado a cada ámbito de gestión del Ministerio de Salud.

Sin embargo, hasta la fecha los planes no han conseguido jugar su rol de instrumento de gestión por distintas razones: en primer lugar porque al final conocer con precisión la disponibilidad financiera para una determinada unidad de gestión es la primera dificultad para elaborar el plan; una segunda razón es que tanto los montos como el flujo de los recursos financieros pueden ser alterados por instancias que están por encima de la unidad administrativa que planificó, lo que puede alterar sustancialmente la lógica de ejecución del plan y finalmente porque la misma estructura de toma de decisiones en el ámbito institucional dificulta que se puedan establecer con precisión cuáles son las prioridades del plan de tal forma que al no existir en el nivel operativo el grado suficiente de autonomía para establecer sus prioridades el funcionario del nivel local tiene que subordinar el diseño de su plan a la definiciones de otros niveles de gestión.

Desde esa perspectiva el proceso de elaboración de planes concluye en práctica formal que no soporta realmente, ni el proceso de toma de decisiones, mucho menos sirve para

dirigir la acción, por lo que el Plan Operativo Anual termina siendo un documento más de registro de informaciones pero no un instrumento para dirigir la acción.

Garantía de la Calidad.

Pese a que el MINSA cuenta con el respaldo jurídico en la Ley General de Salud y además cuenta con la experiencia de la ejecución de un proyecto piloto en seis hospitales del país, el que le permitió establecer parámetros para medir la calidad de la atención e impulsar programas de Mejoramiento Continuo de la Calidad en los servicios de salud que puedan ser evaluados periódicamente por el mismo personal de las unidades de salud, aún no se desarrolla el sistema de garantía de calidad.

Estudios realizados en algunos SILAIS del país reflejan que las principales barreras expresadas por la población para asistir a las unidades de salud y que pueden influir en la tardía asistencia a las unidades y en consecuencia al incremento de la letalidad y mortalidad son: Costo de transporte, falta de acceso a vehículo por la noche cuando no hay transporte colectivo, médico no este presente todos los días en los puestos, solo personal de enfermería que no puede resolver todos los casos, experiencias negativas como el maltrato, falta de atención a sus problemas (Ej. Empacho, mal de ojo) negligencia, los regresan de la puerta del hospital, comentarios negativos de otras personas sobre el servicio de salud, costos de las medicinas que le recetan y que son las más caras, percepción de esfuerzos sin resultados.

Monitoreo y Evaluación.

En lo que respecta a estos procesos, el Ministerio de Salud carece de un sistema de monitoreo y evaluación, tanto de los procesos de transformación institucional que promueve la Política Nacional de Salud, así como de las acciones que cotidianamente se desarrollan desde la institución. Otra debilidad es la falta de definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de objetivos nacionales, sin embargo, en el marco del proceso de reorganización del MINSA ya se ha definido la estructura y funciones que desarrollara este tipo de actividad.

c) Participación ciudadana y control social.

La participación de la ciudadanía en la gestión pública es un derecho constitucional contemplado en los Artículos 50 y 51 de la Constitución, los cuales establecen que todos los ciudadanos tienen derecho de participar en igualdad de condiciones en los asuntos públicos y en la gestión estatal. El Artículo 59 expresa que "corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma".

Durante la última década se han venido desarrollando iniciativas tendentes a fortalecer la participación y el control social. Destacan entre otros los procesos liderados por Consejo Nacional de Desarrollo Sostenible –CONADES conjuntamente con el Movimiento de Mujeres entre abril de 1998 y finales del 2000 el cual logró la introducción a la Asamblea Nacional del Anteproyecto de Ley de Igualdad de Oportunidades para la plena incorporación de las mujeres a la vida del país. De manera paralela desde 1999 el CONADES viene desarrollando una serie de talleres de consulta con diferentes sectores sociales, públicos y privados, para la definición de prioridades de acción encaminadas a crear y consolidar la conciencia social necesaria para el desarrollo sostenible.

En este proceso se destaca principalmente la labor tendiente a consolidar una propuesta de "Visión de Nación" y el desarrollo de un ciclo de talleres que definieron los lineamientos estratégicos de un programa nacional de comunicación, información y educación para el desarrollo humano sostenible. Durante 2000 y 2001 la Secretaría Técnica de la Presidencia realizó un amplio proceso de participación comunitaria en siete departamentos y las dos regiones autónomas mediante grupos focales para discutir el documento base de la ERCERP; eje fundamental de la nación para la implementación HIPC (2001-2005). Está previsto monitorear los resultados de la intervención directamente con las poblaciones beneficiarias.

La participación ciudadana en la gestión del sector es uno de los procesos que vienen consolidándose en el ámbito nacional a través del Consejo Nacional de Salud pero con mayor énfasis en los niveles locales. En los SILAIS se han conformado los Consejos de Salud con un grado muy diverso de participación ciudadana (de acuerdo a las características de cada departamento o Región Autónoma del Atlántico) y además se cuenta con la participación de las delegaciones de las distintas instituciones gubernamentales de acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud.

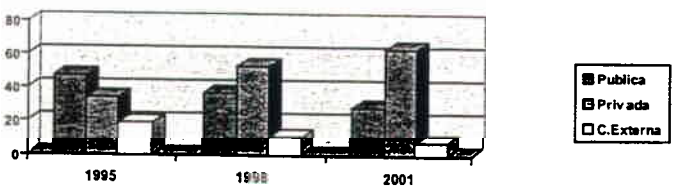
Es los municipios es donde se observa un mayor desarrollo de los Consejos de Salud y existen en el país muy buenas experiencias de un verdadero soporte de la participación ciudadana en la gestión del sector. En las zonas rurales estos procesos están articulados a los Comités de Desarrollo Comunitario, los que en general están orientados a suplir las necesidades básicas de la población (agua, letrinificación, energía, etc.) y que muestran distintos grados de autogestión de dichos proyectos. Estas acciones se realizan en estrecha coordinación con los gobiernos locales, a través de la figura de los alcalditos que sirven de intermediarios ante las municipalidades y las agencias de cooperación gubernamentales y los ONGs. Estas redes sociales fueron un soporte muy valioso durante la emergencia provocada por el huracán Mitch.

4.3.7 FINANCIAMIENTO.

a) Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento en salud provienen de una mezcla tripartita que comprende los sub - sectores público, privado y la cooperación externa; el análisis de la tendencia del financiamiento del período 1995-2001 muestra que el sector público y privado tienen una participación de 35.8% y 52.8% respectivamente del total de financiamiento del sector. Sin embargo, tanto la fuente pública como la de cooperación externa muestran una tendencia a la reducción, en cambio la privada tiene una tendencia al incremento.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO
SECTOR SALUD



Fuente: Cuentas Nacionales-2002

El comportamiento global de las fuentes de financiamiento mostró un crecimiento promedio anual del 5.3%; sin embargo, es importante destacar que éste período presentó dos momentos diferentes: a) el período 1995-1997 con una caída de menos 2.6% y (b) el período 1998-2001 con un crecimiento promedio anual del 8.6. Cabe mencionar que al final del período se inicia el proceso de inversiones en reducir la pobreza desde la ERCERP, lo que ha implicado asignación de recursos para acciones en los campos de Protección social, Ampliar la Cobertura de servicios básicos (en educación, salud, agua y saneamiento, vivienda, infraestructura municipal), Protección a Grupos Vulnerables, Fondo de inversión Social y Desarrollo de la Costa Atlántica, cuyos efectos se observarán posiblemente a medio plazo.

b) Gasto en Salud.

En términos generales el gasto en salud se ha incrementado en el período comprendido entre 1995 y el 2001 como lo muestra la siguiente tabla. El sector público ha mostrado un comportamiento irregular (un descenso entre 95 y el 97, para luego recuperarse gradualmente entre 1998 y el 2001). Se debe señalar que en el sector público existe una paradoja en el período: el MINSA que atiende a la mayoría de la población ha reducido los gastos aproximadamente en un tercio entre 1995 y el 2001, en cambio, el INSS que no ha tenido un crecimiento importante de su población derecho habientes en este período, duplicó sus gastos.

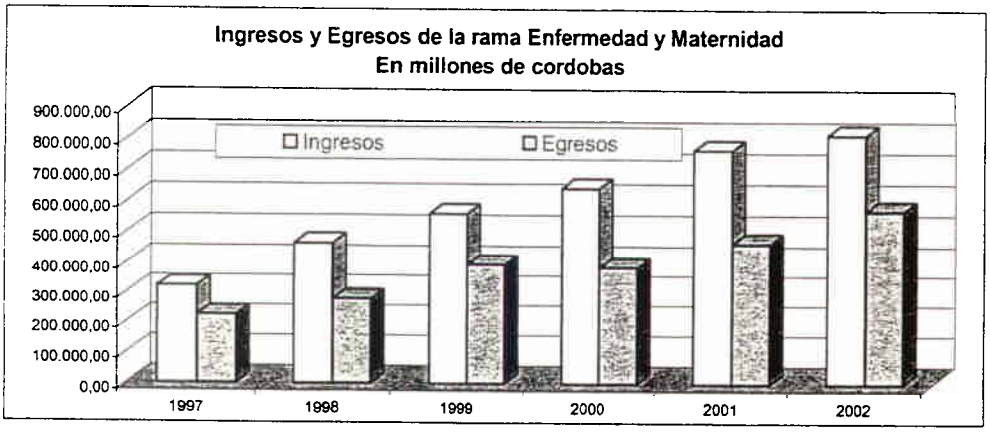
GASTO NACIONAL EN SALUD
Millones de Córdobas de 1980

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Sector Publico	1833	1740	1200	1389	1283	1539	1558
MINSA	1459	1367	851	1011	808	982	927
INSS	274	288	291	319	404	415	488
Otras instituciones	100	85	58	59	71	142	143
Sector Privado	518	630	1031	916	1092	1391	1651
Hogares	503	616	1001	888	1026	1279	1537
Otras instituciones.	15	14	30	28	66	112	114
Total	2352	2370	2232	2306	2375	2930	3208

Fuente: Cuentas Nacionales-2002

El sector privado ha incrementado el gasto de forma sostenida triplicándose entre 1995 y el 2001, lo que ha ocurrido a expensas del gasto en los hogares. Este cambio es importante destacarlo a la luz de los niveles de pobreza en el país ya que implica un cambio en el comportamiento del sector salud y un mecanismo compensatorio de la población para proveerse de los servicios que requiere. El incremento de los gastos desde otras instituciones privadas es significativo, aunque tenga un peso muy pequeño en el conjunto del gasto en salud.

En lo que respecta a los gastos en el INSS estos dependen del modelo de Salud Previsional y la forma en que se compra los servicios a las Empresas Médicas Previsionales. Hasta el momento, si bien el modelo ha facilitado la provisión de servicios a un porcentaje importante de derechohabientes, también se debe reconocer que tienen incidencia directa en el costo de los cuidados en salud en la medida que cuenta con mayores recursos financieros (en comparación con el sector público), lo que permite la contratación de Recursos Humanos más calificados, la incorporación de tecnologías para el diagnóstico y tratamiento, y otras facilidades que demandan los asegurados.



Fuente: INSS

De tal forma que si binen en la actualidad el modelo de Salud Previsional goza de salud financiera en lo que respecta a su balance de ingresos y gastos tal como lo muestra el gráfico anterior, debe preverse su grado de elasticidad de acuerdo a la tendencia mundial del incremento de los costos. De hecho, ya han habido tensionamientos entre el INSS y las Empresas Médicas Previsionales sobre el per cápita que les asignan, lo que implica que existe un límite de seguridad muy estrecho en su manejo el que deberá seguirse en los próximos años.

Por otro lado, algunos estudios han mostrado que existen subsidios del sector público al modelo de Salud Previsional los que se concretan de varias maneras: (1) los hospitales públicos participan del mercado privado de servicios de salud con aranceles inferiores a los valores de mercado cuando venden servicios a las Empresas Médicas Previsionales que contrata el INSS, (2) cuando los servicios públicos atienden pacientes de alta complejidad no contemplados en la canasta básica del modelo de Salud Previsional, asumiendo el sector público el riesgo de este tipo de atención.

Esta situación conduce a que el sector público consuma sus escasos recursos en acciones curativas individualizadas de bajo impacto social, duplicando esfuerzos y recursos sociales en segmentos de población cubiertas por otras modalidades de financiación, lo que tiene repercusiones en las posibilidades de atender a poblaciones vulnerables que si lo ameritan, aumentando aún más su riesgo de enfermar y morir.

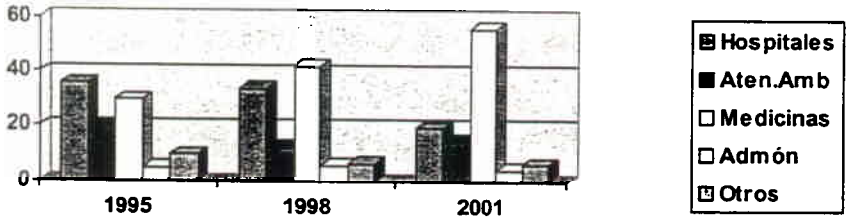
El gasto en salud del MINSA y el de los hogares, durante el periodo 1995-2001 presentaron un comportamiento opuesto con relación al Producto Interno Bruto (PIB); el MINSA redujo sus gastos al pasar de 7.5% en 1995 a 3.6% en el 2001 en cambio el gasto en los hogares tuvo un crecimiento sostenido con respecto al PIB al pasar de un 2.6% en 1995 a 5.9% en el 2001, para un crecimiento promedio anual del 14.6%. En general el gasto de los hogares está soportado por las remesas que envían los familiares del exterior, lo que explica que en medio de la pobreza del país se observe este incremento sostenido. Incluso los gastos del MINSA combinados con los gastos que se realizan en el hogar llegaron a representar el 12.3 % del PIB en el año 2001.

El gasto de bolsillo que destinan los hogares para cubrir los servicios de salud, representa un promedio de (40.2%) con relación al gasto total del Sector Salud, lo cual está explicado por la limitada oferta de servicios del sector público y la no correspondencia en el

crecimiento de la población y la respuesta a las necesidades. El mayor gasto de los hogares se destina a la compra de medicamentos, radiografías y exámenes de laboratorios que presentan el (67.7%) y (14.6%) respectivamente, lo cual indica que las intervenciones de promoción y prevención se realizan en niveles insuficientes fortaleciendo la conclusión que el modelo de atención es mayormente curativo y dirigido al daño y con inequidad en el gasto en salud, al recaer principalmente en la mujer y en la población rural.

El gasto en salud por proveedores ha mostrado cambios sustantivos los que son secundarios al patrón de consumo de cuidados en salud que viene desarrollando la población, especialmente en lo que se refiere al consumo de medicamentos. De esta forma, porcentualmente se han reducido los gastos del sector salud en hospitalización y atención ambulatoria, incrementándose los gastos en medicamentos.

GASTO EN SALUD POR PROVEEDORES
PORCENTAJE



Fuente: Cuentas Nacionales-2002

Los gastos del sector por funciones de atención de acuerdo al estudio de Cuentas Nacionales muestra que ha habido una reducción del gasto en las acciones curativas al pasar del 44,3% en 1995 a 26,6% en el 2001; a pesar de ello, el gasto en insumos médicos se ha duplicado (39,9% a 59,7% en los mismos años), lo que está muy vinculado al incremento de los costos en este rubro cuando se compra a precios de mercado, tal como lo hace la población con sus fondos propios. De la misma forma, los gastos en infraestructura, equipamiento y el desarrollo de investigaciones han tenido una dramática caída entre 1995 y el 2001 lo que de forma acumulada estará generando déficit al Sistema de Salud en lo referente a su capacidad resolutiva.
Comparando estos datos con los resultados de un análisis de los resultados de la ENDESA-2001, realizados por la Fundación Plenitud (Informe presentado a USAID-Nicaragua 2003), se encuentra que los gastos en funciones curativas representaron el 24,7%, el 56,2% se gastaron en medicamentos, 5,7% se gastaron en funciones preventivas, 4.4% en gastos de administración, 2,5% en gastos en sentido estricto y el 6,5% en gastos de capital más formación e investigación. El estudio concluye que apenas se gastan 3,5 dólares per cápita al año en acciones preventivas, de los cuales el 81% son aportados por el sector público y el resto por las ONGs y las EMP.

Es importante destacar que al margen de la forma en que se distribuya el gasto en salud en Nicaragua, el per cápita que se invirtió en promedio en el año 2001 fue de 61 dólares para la Fundación Plenitud, lo cual representa una tercera parte de lo que invirtió Costa Rica sólo en el componente de Salud Pública y la mitad del promedio que se invirtió en América Latina en salud pública, con muchísima menos inversión per cápita en educación, seguridad social y agua potable, de las inversiones que hacen en esos rubros, tanto en Costa Rica como en América Latina en general.

5 REFORMA DEL SECTOR.

En general se entiende por Reforma a la introducción sostenida y sistemática de un conjunto de intervenciones con el fin de producir cambios a la estructura y/o funcionamiento del Sector Salud, de tal forma que le permita al sector salud enfrentar en mejores condiciones aquellos problemas que están íntimamente relacionados con la misión y los objetivos del sistema sanitario en un momento determinado del desarrollo social.

Desde esa perspectiva, los procesos de Reforma están íntimamente vinculados a los cambios estratégicos que requiere el sector salud para resolver los problemas de la población, los que deben ser cuidadosamente identificados y seleccionados para ser parte de la decisiones centrales que se deben asumir en la Política Nacional de Salud para ser ejecutadas a través de un diseño que debe estar integrado al conjunto de acciones y operaciones que conformen el Plan Nacional de Salud.

En el caso de Nicaragua y sobre la base de la memoria histórica de los últimos cincuenta años, observamos que han habido varios procesos de Reforma del Sector Salud, los que en general han surgido en respuesta a problemas relacionados con la equidad, la eficiencia, la eficacia y efectividad de la actuación del Sector Salud. En cada uno de estos procesos se ha privilegiado acciones que han estado dirigidas a resolver con mayor o menor intensidad algunos o todos los problemas señalados, lo que de alguna manera permite caracterizar cada una de estas reformas.

Cuando ya se tienen antecedentes de Reformas como es el caso de Nicaragua, se debe tomar en cuenta algunas lecciones que muestra la experiencia internacional con relación a los procesos de Reforma del Sector Salud: 1. las Reformas son capaces de resolver en términos relativos los problemas de equidad, eficiencia, eficacia y efectividad, en la medida que sean procesos sostenidos que se van ajustando en el tiempo. 2. Las Reformas consiguen modificar la actuación del Sector Salud en la medida que está soportado en un compromiso societal en el que confluyen todos los esfuerzos del estado nación y 3. Los procesos de Reforma consiguen los resultados esperados en la medida que han sido conducidos de forma efectiva y con los recursos mínimos necesarios para los procesos de transformación.

Por ello, los procesos de Reforma requieren de un proceso cuidadoso de diseño, conducción y de implementación que debe acompañarse por algunos años, en los cuales se deberá monitorear, no sólo la ejecución de los proyectos que integran la intervención del Sector Salud, sino que también sus resultados, a la luz de las expectativas que originaron el diseño de las intervenciones, con el fin de reorientar en la marcha el proceso de transformación.

La propuesta más reciente de Reforma del Sector Salud en Nicaragua se comienza a diseñar a inicios de la década de los noventa y tenía como objetivos enfrentar los problemas de equidad, eficiencia y eficacia del Sector Salud. La propuesta de Reforma hace un replanteamiento de los principios y criterios del funcionamiento de las instituciones del Sector Salud, introduciendo la lógica de las instituciones en los elementos generales de transformación del estado que se comenzaron a implementar con el ascenso del Gobierno de la UNO en 1990.

Bajo esas premisas se replanteó un nuevo rumbo para la Seguridad Social en Nicaragua, se sustituyó la atención médica que brindada el SNUS a los asegurados y se decidió que estos y sus beneficiarios fueran atendidos por el sector privado sobre la base del Modelo de Salud Previsional. Bajo este concepto, el INSS se convierte en el financiador del modelo y el sector privado el proveedor de servicios. Con el Modelo de Salud Previsional se han establecido los mecanismos de compra de servicios de atención al sector privado (Empresas Médicas Previsionales), así como los mecanismos de su monitoreo y supervisión.

Las transformaciones del INSS, y en especial el Modelo de Salud Previsional ha sido el motor para un proceso acelerado de organización del sector privado y del sector público para organizar las Empresas Médicas Previsionales las que comenzaron a funcionar a la luz de un decreto Ejecutivo de la Presidencia del INSS, estableciendo un proceso de separación de funciones entre el asegurador-financiador y los proveedores de servicios de salud.

En el caso del Ministerio de Salud, el planteamiento se concretó en el diseño de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), como una forma de organizar la atención para los no asegurados, complementados la organización con una propuesta de atención integral a la mujer, la niñez y la adolescencia, el que dio salida a un nuevo enfoque de la atención. La propuesta organizativa se acompañó de un planteamiento de transferencia de competencias al nivel local (desconcentración), el que ha tenido muchas dificultades para su implementación secundario a diversas medidas que se ha seguido en la transformación del estado.

El desarrollo de los SILIAS, como transformación de la institución pública se acompañó de un amplio proceso de capacitación de recursos humanos en Gestión de Servicios de Salud, lo que facilitó el proceso de ordenamiento de los servicios de salud, la incorporación de nuevos mecanismos de gestión, así como la participación de diferentes actores en un proceso de gestión participativo que se comenzó a desarrollar tanto en los SILAIS como en los hospitales autogestionarios.

Más recientemente, el Sector Salud ha funcionado bajo los lineamientos de la Política Nacional de Salud 1997-2002, la que en síntesis ha estado referida a los siguientes aspectos: Modernización del Sector Salud, Fortalecimiento del Ministerio de Salud, Fortalecimiento de la atención hospitalaria, Nuevas estrategias en salud pública y la Reforma de la Seguridad Social. Dicha política fue sometida a un proceso de consulta nacional lo que permitió establecer compromisos con respecto a los resultados esperados.

La visión que se estableció en la Política de Salud con respecto a la Modernización del Sector Salud fue que: "para el año 2002 es de esperar un Sistema de Salud que atienda la población según sus necesidades y recursos, con calidad, eficacia y con tecnología apropiada". Desde el punto de vista operativo esto implicaba "organizar coherentemente el sector salud separando y especializando las instituciones, organismos y entes que lo conforman, para cumplir con las funciones de rectoría del sector y provisión de servicios de tal manera que se avance en el proceso de modernización y se acerquen los procesos de decisión a los problemas de salud de la población".

En el contexto de esta política se formuló el Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002, el que ha tenido como objetivo central "Modernizar el Sistema Nacional de

Salud para lograr un mejoramiento continuo de la cobertura, la equidad, la eficacia y la calidad de la administración y la prestación de los Servicios de Salud en el ámbito de la democracia y las políticas de desarrollo del gobierno nacional". Dicho programa se desagrega en un conjunto de proyectos de ámbito muy específicos, los que se han desarrollado con el apoyo técnico financiero del BID-BM.

Los proyectos que se han impulsado para la transformación del sector han estado dirigidos a: fortalecer el marco legal, tanto desde la perspectiva de completar el mapa jurídico del sector como en el ámbito de los reglamentos necesarios para asegurar tanto el rol rector del Ministerio de Salud sobre el conjunto del Sector Salud, como en el papel de Asegurador y financiador del INSS para la atención a sus derechohabientes.

Desde el punto de vista de proceso, la transformación del sector salud se ha impulsado tanto, desde el Ministerio de Salud como desde el Instituto de Seguridad Social, pero de forma independiente. En ambas instituciones se crearon unidades de Gestión del Proceso a cargo de las Unidades de Coordinación de Proyectos del Programa de Modernización del Sector Salud, en estrecha coordinación con las autoridades de ambas instituciones. Sin embargo, no ha existido un proceso de acción conjunta que permita la conducción del proceso como sector salud.

En el plano institucional del Ministerio de Salud el programa ha apoyado la formulación y aprobación de la Ley General de Salud y su Reglamentación, así como modernizar el funcionamiento hospitalario, promoción de la autonomía hospitalaria, redefinición del modelo de atención y del paquete básico, rediseño del papel del SILAIS para fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. En el caso de la Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, se está preparando la ley definitiva que legitimará el Modelo de Salud Previsional, se ha articulado el sistema de Riesgos Profesionales con el Modelo de Salud Previsional, se formuló la Ley de Pensiones que regulará la nueva modalidad de administrar estos fondo a través de las Administradoras de Fondos de Pensiones, bajo la supervisión de la Superintendencia de Pensiones.

Sin lugar a dudas el análisis de situación actual del sector revela que los avances de la Reforma del Sector Salud han sido modestos en el plano institucional, especialmente en lo que respecta a la especialización de las competencias que deben tener los distintos actores que integran el sector salud. Esto es debido, en primer lugar, a que no se ha logrado avanzar en el diseño de los instrumentos institucionales y jurídicos que establezcan el marco de estas transformaciones; en segundo lugar a la falta de una instancia institucional que haya impulsado el proceso de transformación y finalmente por la inestabilidad política en la conducción institucional, tanto en el Ministerio de Salud como en el INSS, lo que ha dificultado una coordinación más estrecha entre ambas instituciones.

Al momento de concluir el período de vigencia de la Política de Salud 1997-2002, los alcances del proceso de Reforma en el Sector Salud, son percibidos como muy limitados en el ámbito sistémico y organizativo (recién se tiene el primer esbozo del Modelo de Atención) y un poco más en el ámbito instrumental (gestión de recursos, gestión de la calidad, modalidades de financiación, etc.), lo que crea condiciones operativas y técnicas para formular nuevos proyectos que impulsen la transformación del Sector Salud. Sin embargo, estas deben estructurarse en una estrategia que ordene y reoriente el proceso de cambio en una dirección más precisa, de cara a las demandas y las necesidades de

solución de los problemas de equidad, eficiencia y eficacia del sector salud y lógicamente en el marco de la ERCERP y el PND.

6. PRIORIDADES DE ATENCION PARA EL SECTOR SALUD.

Sobre la base de los condicionantes de la salud, el perfil epidemiológico actual del país y la situación del Sector Salud, se ha identificado un conjunto de situaciones de salud que deberían ser considerados prioridades de atención para el Sector Salud. Estas situaciones se identificaron haciendo primero un listado de problemas que afectan la salud de la población y luego desarrollando un proceso de priorización que permita establecer un orden de su atención

La priorización se realizó combinando los siguientes criterios: la dimensión que tienen en la población en general y en particular en los grupos de mayor pobreza (Magnitud), la importancia social que tienen en cuanto generan limitaciones para el desarrollo del país (Trascendencia), la posibilidad de enfrentarse con éxito con el conocimiento y la tecnología disponible en la actualidad (Vulnerabilidad), el nivel de esfuerzo social e institucional que debe realizarse para llevarlo a niveles deseables (Costos) y las posibilidades reales de contar con las capacidades necesarias para su transformación, tanto desde la perspectiva financiera, técnica y organazativa (Factibilidad). En el Anexo 2 se presenta un resumen de los resultados del proceso de priorización.

El listado los presenta en orden descendente a la prioridad con que fueron identificados y pretenden mostrar la dimensión con que han sido identificados. En el Anexo No 3 se presenta un resumen de las redes explicativas de cada una de estas situaciones con el fin de contribuir a su comprensión más detallada.

1 **MORTALIDAD MATERNA:** La Mortalidad Materna ha descendido en el último quinquenio, sin embargo, persisten altas tasas de mortalidad (en el 2001, la tasa reportada es de 115 por cien mil nacidos vivos registrados), las que afectan especialmente a las adolescentes y mujeres de las zonas rurales; en general se derivan de causas obstétricas y son susceptibles de intervención (Hemorragias post parto, Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio, etc.).

2 **MORTALIDAD INFANTIL:** La tasa de Mortalidad Infantil, aunque en descenso, sigue siendo alta (En el 2001 fue de 35,5 por mil nacidos vivos registrados), afecta grupos de poblaciones pobres o en extrema pobreza, tanto de zonas rurales como urbanas, se produce principalmente en el período perinatal por las siguientes causas: trastornos respiratorios y cardíacos específicos del período perinatal, Sepsis bacteriana del RN, otras malformaciones y deformidades, etc.

3 **EMBARAZO EN ADOLESCENTES:** El porcentaje de mujeres entre quince y diecinueve años ha estado o está embarazada, esta proporción, aunque tiende a disminuir, sigue siendo alta (25%) en comparación con el resto de países centroamericanos. Los embarazos ocurren en poblaciones pobres o en extrema pobreza de las zonas rurales o periféricas en las ciudades. El 26 % de las muertes maternas se concentra en este grupo.

4 **ALTA PREVALENCIA DE LAS IRAs Y LAS EDAs:** Se ha incrementado la incidencia de enfermedades en la población (32,1% según ENDESA-2001),

afectando más a mujeres (34%) que a los hombres (30,1%), más en las zonas rurales (33,5%) que las urbanas (30,1%), siendo las principales causas las respiratorias (38,2%), ciertas enfermedades infecciosas 13,2%, enfermedades del aparato urinario (8%). Según los registros del MINSA, las IRAs se presentan con una tasa de 2,628.42 por 10,000 habitantes y las EDAs con tasas de 431,4 por 10,000 habitantes, esta última va en descenso.

5 **DESNUTRICION CRONICA INFANTIL:** El 20% de los niños y niñas menores de cinco años padecen de desnutrición crónica (ENDESA-2001), esta proporción es menor al porcentaje identificado en 1998; este tipo de desnutrición se observa principalmente a medida que se desciende en el nivel de pobreza (siete veces mayor en el quintil inferior), es más frecuente en zonas rurales, su aparición es directamente proporcional al número de hermanos (33% cuando son más de seis) y su proporción está relacionada con la talla al nacer, lo que está vinculado con la desnutrición de la madre. Con relación a la desnutrición aguda el 2% de los niños en la misma edad están desnutridos y el 9% desnutrición global.

6 **ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ENDEMICAS: MALARIA.** Aunque ha habido un descenso en las tasas de prevalencia de la malaria (19,63 por 10,000 HB), sigue siendo un problema de carácter endémico afectando principalmente la zona central del país y la costa caribe, derivado de las condiciones ambientales y las limitaciones que ha tenido el sector para enfrentarlo de forma efectiva. Por su afectación a los grupos en edades productivas tiene incidencia en la producción y la productividad del país.

7 **ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ENDEMICAS: DENGUE.** Aunque ha habido un descenso en las tasas de prevalencia del dengue (4,37 por 10,000 HB), sigue siendo un problema de carácter endémico afectando principalmente zonas urbanas del país, dependiendo de los niveles de densidad del vector y de la circulación viral y de los susceptibles en el territorio y las limitaciones que ha tenido el sector para enfrentarlo de forma efectiva, especialmente el comportamiento comunitario en sus prácticas y sobre el ambiente. Los brotes muestran que se vienen afectando más los menores de edad los que en general son susceptibles a los diferentes cerotitos del virus.

8 **ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ENDEMICAS: TUBERCULOSIS.** La tuberculosis aunque ha descendido en los últimos diez años en su prevalencia a 42 por 100,000 HB), sigue siendo endémica en el país, afecta principalmente a poblaciones pobres o en extrema pobreza, principalmente jóvenes alcohólicos, drogadictos, contactos de pacientes bacilíferos y pacientes inmune-comprometidos; está ligada a problemas de nutrición crónica y afecciones crónicas. Existe un alto riesgo potencial que se modifique su comportamiento por el incremento de la epidemia del VIH/SIDA y/o por la no priorización en los diferentes niveles.

9 **INCREMENTO DEL VIH/SIDA:** Incremento acelerado de la tasa de incidencia del VIH/SIDA especialmente en los grupos de edad reproductiva, con una tendencia a la feminización más allá de los grupos de riesgo, afectando amas de casa, recién nacidos, etc. Las tasas más elevadas se presentan en la RAAS, Chinandega y Managua. El sustrato del comportamiento del VIH/SIDA

lo constituyen las altas tasas de incidencia de ITS especialmente en los grupos de edad reproductiva. Las causas más frecuentes son gonorrea (17,7 por 100,000 HB), Condiloma acuminado (10,9 por 100,000 hb), Sífilis adquirida (7,4 por 100,00 hb), La relación es uno hombres y mujer. El 68% están en el grupo de 15 a 29 años. Siendo más frecuentes en Chinandega, Managua, RAAN y la RAAS.

10 **ALTA INCIDENCIA DE ACCIDENTES LABORALES:** La incidencia de accidentes laboral es del orden del 83,0 por mil trabajadores, De estos, los mas frecuentes son los accidentes que producen danos mecánicos (la construcción y servicios) y le siguen los químicos, especialmente los agroquímicos (en el campo y las domésticos), aunque han descendido entre 1998 y el 2003. En ambos casos por las limitadas medidas de prevención y medios de protección. Se estima que anualmente se producen más de 70,000 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Aproximadamente el 50% del total de intoxicados que llegan a los servicios de salud son de origen laboral. Los departamentos más afectados por los agroquímicos son Chinandega, Matagalpa y Jinotega.

11 **ALTA PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:** A pesar que no hay suficientes datos con relación a la Salud Mental, se estima que en la población adulta existe una prevalencia de 27,9 % de trastornos mentales; identificándose como una de las principales causas la neurosis con un 13 % y en segundo lugar el alcoholismo con 5,8%. Estos problemas se asocian a enfermedades como la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva o bipolar y las depresiones severas. Los grupos vulnerables son las mujeres, los niños, los adolescentes. Los mayores riesgos identificados a través de los servicios y estudios realizados señalan a la Región del pacifico como el ámbito geográfico más afectado. Se estima que en Nicaragua el impacto en la economía es importante por la reducción de la productividad y los costos elevados de su atención.

12 **ALTA PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE DISCAPACIDAD:** Se estima que la prevalencia de la discapacidad en Nicaragua oscila entre un 9 y 10 %*, mayormente incide en el pacifico rural, norte y central, su tendencia ha sido al incremento (independientemente que no se tienen todas las evidencias), afecta principalmente a mujeres, niños, adulto mayor y etnias, en condiciones de pobreza o extrema pobreza; las principales limitaciones se observan en la movilidad, la comunicación, conducta, participación en actividades vitales, incorporación a distintas formas de participación.

13 **MORTALIDAD Y LESIONES POR VIOLENCIA:** Incremento de las tasas de mortalidad por violencia (agresiones, accidentalidad) principalmente en las ciudades del país; la prevalencia de lesiones y traumas representan el 2,8% de todas las causas de consulta a los servicios de salud, afectan en mayor proporción a hombres (4,7%) que a las mujeres (2,0%), en mayor proporción en las zonas urbanas (5,9%) que las rurales (2,6%), principalmente al grupo de 25-34 años.

14 **MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR AFECCIONES CRONICAS:** Incremento de la aparición de afecciones crónicas en adultos jóvenes (diabetes,

hipertensión), desplazando gradualmente en este grupo las afecciones como las respiratorias, infecciosas, etc. Esta situación se presenta principalmente en los departamentos de pacífico.

MORTALIDAD POR CANCER: Los tumores representan el 9.0% de las causas de muerte en las mujeres y el cáncer de cérvico uterino representa el 20.0%, con una tendencia al incremento por una baja cobertura del papanicolau el cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. En las mujeres más jóvenes (entre veinte y treinta y cuatro) el 45.0% de la mortalidad ocurre por cáncer cérvico uterino y el 53.0% de mortalidad por cáncer de mamas.

7. CONDICIONANTES DE FUTURO Y RETOS DEL SECTOR SALUD.

En los próximos quince años el sector salud tendrá que enfrentar, además de la situación de salud planteada anteriormente, una demanda de atención por parte de la población, la que estará condicionada por cinco tipos de cambios importantes en la sociedad nicaragüense, los que tendrán alta incidencia en su actuación, en un contexto donde es previsible que no se cuente con todos los recursos deseables para el sector. En lo general, estos cambios dependerán del impacto de las acciones que se realicen en la implementación del Plan Nacional de Desarrollo y la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico de Lucha Contra la Pobreza en particular. Dichos cambios son:

1. Transición demográfica de la población, mostrando una población con características más urbanas, un descenso de la tasa de fecundidad (alrededor de 3, y aunque la tasa de fecundidad en la extrema pobreza sea superior, no será superior a 4). Así mismo, se observarán cambios importantes en su pirámide poblacional, con un ensanchamiento de las edades adultas y una mayor proporción de adultos mayores.

2. Reducción de las condiciones pobreza y mejoría de la equidad; es de esperarse que si Nicaragua entra a la iniciativa HIPIC, si consigue invertir recursos en la producción y en el ámbito social a partir de los fondos que se ahorrará del pago del servicio de la deuda externa, al menos se pueda reducir su ritmo de reproducción de la pobreza, lo que implicaría dos aspectos importantes: por un lado un mayor incremento de los no-pobres y por otro una menor proporción de la extrema pobreza. Esto asociado a distintos factores entre los que se puede destacar la reducción de la tasa de fecundidad en este grupo, contribuirá a mejorar los riesgos de enfermar y morir por las causas propias de la pobreza.

3. Un avance más rápido hacia la transición epidemiológica en la población nicaragüense, el cual se caracterizará por la aparición de una mayor proporción de los problemas de salud asociados a las condiciones de vida urbana, así como los daños crónico-degenerativo y una mayor reducción de los problemas derivados de las condiciones socio-económicas y ambientales. Estarán vigentes los problemas emergentes como el VIH/SIDA y los derivados de la violencia que no puedan ser controlados.

4. Cambios en las tecnologías, conocimientos y prácticas relacionadas con el abordaje de los problemas de salud; es de esperarse que en los próximos años se incorporen nuevos conocimientos, prácticas y aplicación de tecnologías en el quehacer del sector salud que permitan enfrentar en mejores condiciones los principales problemas de salud.
5. Tendencia al aumento en el consumo; uno de los efectos del desarrollo que debe preverse en la población nicaragüense es el incremento del consumo de bienes y servicios como producto de las nuevas condiciones de vida y de producción. Así mismo, dada la tendencia que ha mostrado la sociedad nicaragüense en la lucha por sus derechos, es de esperarse que se incremente sus exigencias sobre sus derechos ciudadanos, entre los que estarán el demandar cuidados en salud con calidad y calidez.

Para que el sector salud pueda dar respuestas a la Visión del Sector Salud en el largo plazo y tomando en cuenta estos cambios, **SUS PRINCIPALES RETOS** estarían en:

a. Transformar a corto y medio plazo la cultura vigente en el sector y la población hacia una visión y actuación que se centre en un enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud, especialmente con relación a las prioridades nacionales; de hecho, esto implica desarrollar actividades sistemáticas de Información, Educación y Comunicación hacia la población y los trabajadores del sector, que permita desarrollar prácticas que modifiquen los factores de riesgo de los problemas de salud.

b. Dirigir las inversiones en el sector salud y desarrollar mecanismos que eliminen las barreras (geográfico, económico, funcional y cultural) que aún existen al acceso de los servicios básicos en general y de salud en particular, lo que debe hacerse con enfoque de equidad, género y atención primaria, identificando con precisión territorios específicos vinculados a los aglomerados productivos y poblaciones vulnerables por otros condiciones (las etnias, los discapacitados y los trabajadores del agro). Parte importante de este proceso deberá ser incrementar la cobertura a través de la seguridad social y la ampliación de su canasta básica.

c. 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, para lo cual se deberá instrumentar al Ministerio de Salud 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.

d. Las instituciones del sector salud deberán Incorporar la participación ciudadana en el que hacer del sector, la construcción de una nueva cultura sanitaria en el país y el desarrollo de las acciones en salud, más allá del apoyo a determinadas actividades que identifica como medidas de autoayuda.

e. Implementar un plan coherente de descentralización, tanto en lo que respecta a la transferencia de competencias, así como de recursos de acuerdo a lo establecido en el marco jurídico del sector salud. Será indispensable en el corto plazo instrumentar los procesos de control que permitan asegurar la transparencia y el uso adecuado de los recursos en el sector.

f. Mejorar la capacidad gerencial de las instituciones del sector salud, lo que implica fortalecer los conocimientos técnicos gerenciales de los recursos involucrados en la gestión, tanto del MINSA como del INSS. Paralelamente se deberán crear los instrumentos necesarios para el proceso gerencial.

g. Se hace necesario incorporar rápidamente los mecanismos de asignación y utilización de los recursos financieros que permitan optimizar su uso en la provisión de servicios a la par de alcanzar los mejores resultados.

h. Es necesario contar con un plan de desarrollo de los Recursos Humanos para el sector que permita transformar las características cuantitativas y cualitativas de la oferta de los servicios de salud; la implementación de este plan debe contribuir a modificar la cultura de en las instituciones del sector, especialmente en el sentido

de establecer como centro de los cuidados de la atención en salud al ciudadano, independientemente del régimen de financiación del servicio que lo atienda.

i. Mejorar y modernizar la capacidad instalada de los proveedores de servicios en el sector salud debe ser una meta que permita brindar atención segura y de calidad a la población; en el marco de las posibilidades debe desarrollarse un proceso de sustitución de la infraestructura y tecnología obsoleta, así como de incorporación de nuevas capacidades que permitan al sector ser más efectivo en su actuación. La investigación en salud debe ser un medio que sustente los procesos de toma de decisiones en este campo.

j. Atender a la totalidad de la población nicaragüense de acuerdo a los preceptos constitucionales bajo un enfoque de país, respetando las particularidades de los grupos étnicos, sus formas de ver y entender la problemática de salud, incorporando sus prácticas sanitarias a las actuaciones de las instituciones del sector. Se deben encontrar los mecanismos que articulen a la medicina natural con las prácticas de las instituciones de salud.

ANEXO No 1
LEYES Y DECRETOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL SECTOR SALUD

Decreto Ley No. 394, del 21 de octubre de 1988 y el **Decreto No. 432**, del 17 de abril de 1989, que Reglamenta la inspección sanitaria. El objeto de las Disposiciones sanitarias, es establecer las regulaciones necesarias para el desarrollo de las actividades higiénicas sanitarias; a su vez, el reglamento de inspección sanitaria comprende el conjunto de actividades dirigidas a la promoción, prevención, tratamiento y control sanitario del ambiente, que garanticen el mejoramiento continuo de la salud de la población.

Ley No. 28, ESTATUTO DE LA AUTONOMÍA DE LAS REGIONES DE LA COSTA ATLÁNTICA DE NICARAGUA, publicada 30 de octubre de 1987; señala que a través de sus órganos administrativos, las regiones autónomas tendrán dentro de sus atribuciones generales: administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales, etc. en coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes.

Ley No. 40, LEY DE MUNICIPIOS, publicada el 17 de agosto de 1988; establece como funciones del Consejo Municipal, entre otras: velar por el buen uso de los recursos naturales, de mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias de la comunidad y la protección del medio ambiente con especial énfasis en las fuentes de agua potable, suelos y bosques, la eliminación de residuales líquidos y sólidos.

Ley No. 156, LEY SOBRE RADIACIONES IONIZANTES, publicada el 21 de abril de 1993, tiene por objeto regular, supervisar y fiscalizar todas las actividades relacionadas con el uso de los radioisótopos y las radiaciones ionizantes en sus diversos campos de aplicación, a fin de proteger la salud y el medio ambiente.

Ley No. 202, LEY DE PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, publicada el 27 de septiembre de 1995, contempla que el MINSA es la institución autorizada, a través de una Comisión o equipo calificado, para evaluar y certificar la existencia de la discapacidad, su naturaleza y grado.

Ley No. 217, LEY GENERAL DEL MEDIO AMBIENTE Y LOS RECURSOS NATURALES, publicada el 6 de junio de 1996, establece que el MINSA en coordinación con el Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales, dictará las normas para la disposición, desecho o eliminación de las sustancias, materiales y productos o sus recipientes, que por su naturaleza tóxica puedan contaminar el suelo, el subsuelo, los acuíferos o las aguas superficiales.

Ley No. 219, LEY DE NORMALIZACIÓN TÉCNICA Y CALIDAD, publicada el 2 de julio de 1996, contempla fomentar el mejoramiento continuo de los procesos de producción y calidad de los productos y servicios ofrecidos a los consumidores y usuarios.

Ley No. 224, LEY DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS NO FUMADORES, publicada el 18 de diciembre de 1996, establece las regulaciones del uso y la publicidad sobre el tabaco en cualquiera de sus presentaciones, garantizando la protección y preservación de la salud de los que no tienen el hábito de fumar.

Ley No. 238, LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL SIDA publicada el 6 de diciembre de 1996, fundamenta sus disposiciones en el derecho a la vida, la salud y los derechos humanos consignados en las declaraciones, pactos o convenciones contenidas en el Artículo 46 de la Constitución Política.

Ley No. 274, LEY BÁSICA PARA LA REGULACIÓN Y CONTROL DE PLAGUICIDAS, SUSTANCIAS TOXICAS, PELIGROSAS Y OTRAS SIMILARES, publicada el 13 de febrero de 1998, determina la competencia institucional y asegura la protección de la actividad agropecuaria sostenida, la salud humana, los recursos naturales, la seguridad e higiene laboral y del ambiente en general para evitar los daños que pudieren causar estos productos.

Ley No. 287, CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, publicada el 27 mayo 1998, mandata: "todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, educación, tiempo libre, medio ambiente sano, vivienda, cultura, recreación, seguridad social y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud".

Ley No. 290, LEY DE ORGANIZACIÓN, COMPETENCIA Y PROCEDIMIENTOS DEL PODER EJECUTIVO, publicada el 3 junio 1998, en su artículo 26 entre las funciones asignadas al MINSA, le corresponde: proponer planes y programas de salud, coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de esas labores.

Ley No. 292, LEY DE MEDICAMENTOS Y FARMACIAS, publicada el 4 junio 1998, tiene por objeto proteger la salud de los consumidores, garantizándoles la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad.

Ley No. 291, LEY BÁSICA DE SALUD ANIMAL Y SANIDAD VEGETAL, publicada el 22 julio 1998, establece las disposiciones fundamentales para la protección de la salud y conservación de los animales, vegetales, sus productos y subproductos, contra la acción perjudicial de las plagas y enfermedades de importancia económica, cuarentenaria y social.

Ley No. 285, publicada el 15 y 16 de abril de 1999, ley de reforma y adiciones a la Ley No. 177, LEY DE ESTUPEFACIENTES, SICOTRÓPICOS Y SUSTANCIAS CONTROLADAS; regula la función del Estado entre otros aspectos, lo siguiente: la organización de la actividad pública y privada, y la participación de organismos no gubernamentales, en materia de prevención y educación de la sociedad en general, sobre los efectos del consumo de drogas, el tratamiento, rehabilitación y reinserción en la sociedad de los dependientes de las mismas.

Ley No. 295, LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y REGULACIÓN DE LA COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, publicada el 28 de junio de 1999; tiene por objeto establecer las medidas necesarias para proteger, promover y mantener la lactancia

natural que ayude al mejoramiento del estado nutricional de los lactantes, asegurando el uso adecuado de los sucedáneos de la leche materna.

Decreto No. 98-2000, que reglamenta la Ley No. 337, LEY CREADORA DEL SISTEMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, MITIGACIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES A LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO, publicado el 4 de octubre del 2000; REGLAMENTO DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, MITIGACIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES A LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO; establece para el MINSA: dictar las normas que se estime necesarias para garantizar el funcionamiento de los hospitales, clínicas y centros de salud públicos y privados, en caso de desastre.

Ley No. 350, LEY DE REGULACIÓN DE LA JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, publicada el 25 de Julio del 2000; establece conocer con potestad exclusiva de las pretensiones que se deduzcan en relación con los actos, resoluciones, disposiciones generales, omisiones y simples vías de hecho, así como en contra de los actos que tengan que ver con la competencia, actuaciones y procedimientos de la Administración Pública, que no estén sujetos a otra jurisdicción.

Ley No. 369, LEY SOBRE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL, publicada el 1o. de Febrero del 2001, define que el MINSA regirá las funciones de orientación, coordinación, control, supervisión operativa, integración e interrelación del Programa Nacional de Sangre.

LEY No. 370, LEY CREADORA DEL INSTITUTO CONTRA EL ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN, publicada el 1o. de Febrero del 2001, manda a elaborar en coordinación con el MINSA, las normas bajo las cuales deberán funcionar los servicios vinculados al tratamiento y rehabilitación de las personas adictas a las drogas, el tabaco y el alcohol.

Decreto no. 20-2000, COMISION NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL publicado el 06 de Marzo del 2000: ; tiene por finalidad mejorar la situación de mortalidad materna y perinatal.

Decreto No. 40–2000, COMISIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, publicado el 17 de mayo del 2000; tiene por finalidad priorizar, planificar, coordinar, monitorear y evaluar las políticas, estrategias y acciones que en alimentación y nutrición se desarrollen en Nicaragua.

Decreto No. 116-2000, COMISIÓN NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, publicado el 13 de Diciembre del 2000:, tiene como objetivo proponer la formulación e implementación de políticas dirigidas a la prevención, detección, atención y sanción de la Violencia hacia la mujer, niñez y adolescencia.

Decreto No. 37-92, COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA EN LA MUJER, publicado el 23 de junio de 1992, cuyo propósito fundamental es formular y proponer mecanismos cuya ejecución de manera integral conduzca a elaborar estrategias interinstitucionales que integralmente contribuyan a solucionar el problema de la violencia contra la mujer en el ámbito nacional.

Decreto No. 24-93, COMISIÓN NACIONAL DE ENERGÍA ATÓMICA, publicado el 21 de abril de 1993, tiene entre sus finalidades determinar las condiciones de seguridad y

control orientadas a proteger a la población y al medio ambiente de los riesgos que conlleva el empleo de los radioisótopos y las radiaciones ionizantes.

Decreto No. 44-95, COMISIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, publicado el 29 de junio de 1995; tiene por finalidad contribuir al incremento de la práctica de la lactancia materna mediante actividades de investigación, educación, divulgación, promoción, protección, mantenimiento y fomento de la misma.

Decreto No. 45-95, CONSEJO NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD (CONAINID), publicado el 29 de junio de 1995:; será el encargado de promover e impulsar la atención integral a este sector de la niñez.

ANEXO No. 2

MINISTERIO DE SALUD
PLAN NACIONAL DE SALUD

MATRÍZ DE PRIORIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
MORTALIDAD MATERNA: Persistencia de elevadas tasas de Mortalidad Materna que afectan especialmente a las adolescentes y mujeres de las zonas rurales por causas obstétricas en general intervenibles.	5	4	3	3	4	19	1
MORTALIDAD INFANTIL: La tasa mortalidad infantil, aunque en descenso, sigue siendo elevada y se produce principalmente en el período perinatal, que afectan especialmente a las poblaciones rurales que viven en extrema pobreza.	5	4	3	3	4	19	2
EMBARAZO EN ADOLESCENTES: El porcentaje de mujeres entre quince y diecinueve años ha estado o está embarazada, esta proporción aunque tiende a disminuir, sigue siendo alto del 25.0%, comparándola con el resto de países de Centroamérica. El 26.0% de las muertes maternas se concentra en este grupo.	3	5	4	3	4	19	3
INCREMENTO DE MORBILIDAD EN GENERAL: Se ha incrementado la prevalencia de enfermedades en la población (32,1% según ENDESA 2001), afectando más a las mujeres (34%) que a los hombres (30,1%), más en las zonas rurales (33,5%) que las urbanas (30,1%), siendo las principales causas las respiratorias 38,2 %, ciertas enfermedades infecciosas 13,2 %, enfermedades del sistema urinario (8 %). Según el MINSA, las IRAs se presentan con una tasa de 2,628.42 por 10,000 hb y las 431,4 por 10,000 hb esta última va en descenso.	4	4	4	2	3	17	4

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
DESNUTRICIÓN CRÓNICA NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS: El 20.0% de los niños y niñas menores de cinco años padecen de desnutrición crónica, la probabilidad de su aparición es mayor en la medida que se desciende en el nivel de pobreza (siete veces mayor en el quintil inferior), más frecuente en zonas rurales, su aparición es mas probable en la medida que se incrementa con la edad del niño, la probabilidad de su aparición es directamente proporcional al número de hermanos (33 % cuando son mas de seis) y su proporción está relacionada con la talla al nacer. Con relación a la desnutrición aguda, el 2.0% tiene desnutrición aguda y el 9.0% tiene destrucción global.	3	5	3	3	3	17	5
INCREMENTO DE PREVALENCIA ENFERMEDADES VECTORIALES: Aunque ha habido un descenso en las tasas de prevalencia de daños de transmisión vectorial como el dengue (4,37 por 10,000 hb) y la malaria (19,63 por 10,000 hb), siguen siendo un problema endémico, principalmente en el pacífico y el sur de la costa caribeña, derivados de las condiciones ambientales y las limitaciones que ha tenido el sector para enfrentarlos de forma efectiva.	3	4	3	2	2.5	14.5	6
ALTA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS: La Tuberculosis, aunque ha descendido en los últimos diez años en su prevalencia (42 por 100,000 hb), sigue siendo endémica en el país, afecta principalmente a poblaciones pobres o en extrema pobreza, principalmente trabajadores de zonas mineras o que realizan trabajos en condiciones poco apropiadas de ventilación, está ligada a problemas de desnutrición crónica y afecciones crónicas. Existe un alto riesgo potencial que se modifique su comportamiento por el incremento de la epidemia de VIH/SIDA.	1	3	3	4	3	14	7

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
ALTA PREVALENCIA DE ITS: Persisten altas tasas de prevalencia de ITS especialmente en los grupos en edad reproductiva. La relación es tres veces más alta en los hombres que en las mujeres. El 68% de los casos de ITS se registran en el grupo de quince a veinte y nueve años predominando la gonorrea como la causa más importante. En este mismo grupo existe un 7.3% de sero positivo para el VIH Sida desde que comenzó la epidemia.	1	4	3	3	3	14	8
INCREMENTO INCIDENCIA Y PREVALENCIA VIH: Incremento acelerado de la tasa de prevalencia de VIH/SIDA especialmente en los grupos en edad reproductiva con una tendencia a la feminización más allá de los grupos de riesgos (ejemplo las amas de casa, recién nacidos, etc.) Las tasas más elevadas se presentan en la región Atlántica, Chinandega y Managua.	1	5	3	1	3.5	13.5	9
ALTA PREVALENCIA DE ACCIDENTE LABORALES: El riesgo laboral anda por el orden del 83.0 por mil trabajadores. De estos los más frecuentes son los mecánicos y los químicos, especialmente los agroquímicos. Se estima que anualmente se dan 70,000 casos de intoxicaciones por plaguicidas8. El problema de mayor impacto aparente relacionado con la salud de los trabajadores en el campo, es el relacionado con la intoxicación aguda por la exposición a plaguicidas, aproximadamente el 50.0% del total de intoxicados son de origen laboral. En las zonas urbanas están más vinculados con los riesgos y accidentes mecánicos y químicos. En ambos casos por las limitadas medidas de prevención y medios de protección.	2	3.5	2	3	3	13.5	10

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: A pesar de que no hay suficientes datos con relación a la Salud Mental, se estima que hay en la población adulta un 27.9% de trastornos mentales. Identificándose como una de las principales causas la Neurosis con un 13.7% y en segundo lugar el Alcoholismo con 5.8%	4	3	1.5	2	3	13.5	11
DISCAPACIDADES: Se estima que un 9.0% de la población sufren algún grado de discapacidad (motoras, visuales, auditivas, mentales y apopléjicas), estimáne en unas 450,000 personas, con base a la encuesta de INEC-2003.	3	4	3	1	2	13	12
INCREMENTO DE LA MORTALIDAD POR VIOLENCIA: Incremento de las tasas de mortalidad por violencia (agresiones y la accidentalidad) en las zonas urbanas del país.La prevalencia de lesiones y traumas representan el 2,8 % de todas las causas por las que consulta la población, afectan en mayor proporción a hombres (4,7%) que a las mujeres (2,0%), en mayor proporción en las zonas urbanas (5,9%) que las rurales (2,6%), principalmente al grupo de 25-34 años.	1	5	2	2	3	13	13
INCREMENTO DE DAÑOS CRÓNICOS: Incremento de la aparición de afecciones crónicas en adultos jóvenes (diabetes, hipertensión), desplazando gradualmente las afecciones clásicas (enfermedades respiratorias, infecciosas, etc.). Esta situación se presenta principalmente en las ciudades del pacífico del país.	2.5	3	2	2	3	12.5	14
MUERTE POR TUMORES Y CANCER: Los tumores representan el 9.0% de las causas de muerte en las mujeres y el cáncer de cérvico uterino representa el 20.0%, con una tendencia al incremento por una baja cobertura del papanicolau el cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. En las mujeres más jóvenes (entre veinte y treinta y cuatro) el 45.0% de la mortalidad ocurre por cáncer cérvico uterino y el 53.0% de mortalidad por cáncer de mamas.	1	5	2.5	2	2	12.5	15

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
DESNUTRICIÓN FEMENINA EN EDAD FÉRTIL: El 48,3 % de las mujeres en edad reproductiva tienen un índice de masa corporal considerado normal, el 48,2 % son consideradas con diversos grados de sobre peso y el 3,5 % presenta diversos grados de desnutrición. La mayor proporción de desnutrición está en el grupo de 15 a 19 años y se reduce con la edad, más frecuente en las zonas rurales (56,7%) y no tiene relación con el nivel educativo.	2	3	2.5	3	2	12.5	16
BAJO PESO AL NACER: El 9.0% de los recién nacidos nacen con bajo peso, lo cual es una condicionante para que en el futuro la probabilidad de niños y niñas con desnutrición se incremente en tres veces la desnutrición crónica. Es mas probable en mujeres con talla pequeña, con déficit educacionales y en condiciones de pobreza de las zonas rurales	1	3	2.5	3	3	12.5	17
INCREMENTO DE LAS MUERTES POR ENVEJECIMIENTO: Incremento de las causas de muerte relacionadas con los problemas del desarrollo y el envejecimiento de la población, especialmente las circulatorias, tumores.	2	3	2.5	2	2.7	12.2	18
ABANDONO INFANTIL: Uno de cada diez niños y niñas muestran diversos grados de abandono, derivados de la violencia intrafamiliar y la desintegración familiar. La probabilidad de consumo de drogas y otros estimulantes es superior en estos grupos, así como la relación con diversas formas de explotación sexual	4	4	1	1	2	12	19
INCREMENTO DE RIESGOS DE DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO: Incremento de los riesgos de alcoholismo y drogadicción en la adolescencia, especialmente entre adolescentes que no están en el sistema educativo y que viven en las zonas urbanas de las principales ciudades del país.	4	4	1	1	2	12	20

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y OTRAS FORMAS DE AGRESIÓN: En el 2001 del total de delitos reportados por la Policía, el 45.0% fueron victimas las mujeres. Con relación a la violencia intrafamiliar y sexual en ese mismo año se reportó un incremento con respecto al año anterior.	3	4	1	2	2	12	21
PROBLEMAS DE MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA: Hay poca atención e información en relación a la menopausia y andropausia, y no hay protocolos de tratamiento.	1	2.5	2	4	2	11.5	22
OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL: Se desconoce la prevalencia de enfermedades de trasmisión vectorial como el chagas y la leishmaniasis; sin embargo, su aparición clínica genera costos importantes al sistema de salud y pérdidas de años productivos a la población. En el caso de la leishmaniasis el vector se viene adaptando a condiciones de vida periurbano lo que implica un alto riesgo para la población.	2	3.5	2	2	2	11.5	23
AFECTACIONES EN ADOLESCENTES: INTOXICACIONES. En los adolescentes varones las primeras casas de defunción se relacionan con intoxicaciones con plaguicidas, accidentes de tránsito y suicidios.	1	3	3	2	2	11	24
TRABAJO INFANTIL Y SUS CONSECUENCIAS: La prevalencia del trabajo infantil es predominantemente rural, donde se registra un 63.0% de la población que ha trabajado alguna vez. El 44.2% no alcanza la edad mínima para el empleo contemplada en la legislación que es de 14 años y un 36.5% iniciaron su actividad laboral antes de los diez años, trabajando por jornadas de más de cinco horas diarias.	3	3	2	1	2	11	25

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
PANDILLAS Y VIOLENCIA: En el año 2001 en el país se calcula que alrededor de 3,616 adolescentes están involucrados en problemas de pandillas y la Policía reportó que el 42.0% de los victimarios de distintos delitos estaban comprendidos entre los dieciocho y veinticinco años. En el mismo año la mitad de las violaciones sexuales de los adolescentes tuvieron como víctimas adolescentes entre trece y diecisiete años.	2	4	2	1	2	11	26
CANCER PROSTATICO: No hay información sobre la magnitud del problema del cáncer prostático. Este es visto como atención urológica, comportándose como una demanda espontánea y privada.	2	4	2	2	1	11	27
SUICIDIO Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: En el 2001 con relación al suicidio y lesiones autoinflingidas se reportó un total de 363 casos, de los cuales 241 fueron hombres y 122 mujeres, siendo el grupo más afectado de quince a cuarenta y nueve años.	1	4	1.5	2	2	10.5	28
INCREMENTO DE PROBLEMAS CRÓNICOS EN EL ADULTO MAYOR: Con relación a la morbilidad los motivos de consulta más importantes son: Enfermedad Hipertensiva, Artritis Reumatoide, Cistitis, Infección renal, etc. La diabetes mellitus ha venido registrando un incremento acelerado de su tasa de notificación.	1	4	1	2	1.5	9.5	29
DISCAPACIDAD EN EL ADULTO MAYOR: Casi todos los problemas de salud de este grupo étareo en general crea distintos grados de discapacidad, ya que no existen estructuras institucionales que le resuelvan problemas de seguridad social, salud y viviendas apropiadas.	1	5	1	1	1	9	30
INCREMENTO DE MUERTE POR CAUSAS CRÓNICAS: Las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas en este grupo etareo han presentado un incremento sostenido del 15.0% en el período 1997 – 2002, siendo las patologías más frecuentes las del aparato circulatorio, tumores y diabetes mellitus.	1	4	1	1	1	8	31

Descripción	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Costo	Factibilidad	Sumatoria	Orden de Prioridad
TOTAL							31

ANEXO No. 3

MINISTERIO DE SALUD
PLAN NACIONAL DE SALUD

RESUMEN DE LAS REDES EXPLICATIVAS DE LAS PRIORIDADES DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

MORTALIDAD MATERNA: La Mortalidad Materna ha descendido en el último quinquenio, sin embargo, persisten altas tasas de mortalidad (en el 2001, la tasa reportada es de 115 por cien mil nacidos vivos registrados), las que afectan especialmente a las adolescentes y mujeres de las zonas rurales; en general se derivan de causas obstétricas y son susceptibles de intervención (Hemorragias post parto, Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio, etc.).

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Analfabetismo y bajo nivel de escolaridad.	-Baja coberturas de las casas Maternas derivado de problemas de accesibilidad y no existen donde se dan los mayores problemas de acceso (ej la Cruz de Río Grande).	-Los programas educativos son insuficientes para formar a las adolescentes en relación al embarazo.	-Problemas de orden cultural en la población: tabúes, valores, etc.
-Déficit nutricional.	Bajas coberturas del parto intitucional y el puerperio	-Limitadas capacidades en las comunidades para la atención de las Emergencias Obstétricas.	-La confianza que genera la partera y la no afinidad con el personal de salud.
- Multiparidad con reducido intérvalo intergenésico.	-Crecimiento desordenado de la red de servicios de salud y limitaciones de personal en general y en particular en el interior del país.	-Aunque se ha entrenado a la red de parteras, estas no cuentan con los medios para una atención de calidad.	-El enfoque de abordaje del problema de la MM no es integral y sectorial.
-Limitado conocimiento en relación a los signos y síntomas de peligro en el embarazo y puerperio.	-Hay limitaciones en las capacidades resolutivas de las unidades de salud (equipos, insumos, etc.)	Se cuenta con una red de agentes comunitarios que facilitan el acceso a los métodos anticonceptivos	-Limitaciones de recursos financieros para apoyar las acciones institucionales.
-Limitado acceso a los servicios de salud para el CPN, atención del parto y del puerperio (RAAN, Río San Juan, Jinotega, Matagalpa).	Limitado desarrollo de los programas de mejora de la calidad de la atención integral a la mujer ej. el partograma no se utiliza en todas las unidades de salud	-Aunque existen muchas ONGs que realizan acciones, estas no están coordinadas de forma efectiva por lo que no se logra el impacto esperado.	No ha habido correspondencia entre la MM como prioridad, las decisiones que se han tomado, las acciones que se han realizado y los recursos que se han dispuesto para enfrentarlo como problema.
-CPN y puerperio atendido en los Puestos de Salud por personal con limitada experiencia en la detección oportuna de factores de riesgo.	Limitación en los medicamentos esenciales para asegurar tratamiento de problemas durante el embarazo	-El sector privado no se rige por las normativas del MINSA, lo que limita que la atención sea de calidad.	-Dispersion de la población lo que dificulta llevar los servicios básicos.
-Atención deficiente del parto (33 % de los partos no son atendidos por personal calificado)	Limitado desarrollo de la consejería para la planificación familiar	La coordinación intersectorial es limitada	-Migración de la población
-Limitado acceso a métodos anticonceptivos.	Las EMPs hacen CPN conforme MINSA		
-Incidencia del marido en la búsqueda de atención en las unidades de salud.	Limitados medios diagnósticos para el alto riesgo obstétrico		

EMBARAZO EN ADOLESCENTES: El porcentaje de mujeres entre quince y diecinueve años ha estado o está embarazada, esta proporción, aunque tiende a disminuir, sigue siendo alta (25%) en comparación con el resto de paises centroamericanos. Los embarazos ocurren en poblaciones pobres o en extrema pobreza de las zonas rurales o periféricas en las ciudades. El 26 % de las muertes maternas se concentra en este grupo.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Analfabelismo o bajo nivel de escolaridad. -Desintegración familiar, con madres solteras. -Limitada información sobre riegos del embarazo a las adolescentes. -Abuso sexual y violaciones. -Precocidad en las relaciones sexuales Complicaciones del parto Parto no programado y/o deseado	Limitado desarrollo de programas de promoción de as relaciones sexuales y el parto seguro -Los servicios de salud del primer nivel no brindan consejerías a este grupo. Limitado acceso a servicios de planificación familiar Baja cobertura del control pre-natal en las adolescentes. Limitadísima cobertura de puerperio	-En la familia existe poca tradición de abordar estos temas. -En la comunidad aunque se aborda el problema es considerado como algo privado. -El sistema educativo no forma a los adolescentes sobre los factores de riesgo. -Limitada información social con miras a formar sobre el tema. Partos atendidos en la casa en un buen porcentaje	-Patrones culturales y valores sobre el tema de la sexualidad y el sexo. -La pobreza como caldo de cultivo para el problema. -Politicas Públicas contradictorias sobre el tema. -No se ha convertido en prioridad para la sociedad en su conjunto. -Limitaciones financieras para apoyar campañas de impacto social.

MORTALIDAD INFANTIL: La tasa de Mortalidad Infantil, aunque en descenso, sigue siendo alta (En el 2001 fue de 35,5 por mil nacidos vivos registrados), afecta grupos de poblaciones pobres o en extrema pobreza, tanto de zonas rurales como urbanas, se produce principalmente en el periodo perinatal por las siguientes causas: trastornos respiratorios y cardiacos especificos del periodo perinatal, Sepsis bacteriana del RN, otras malformaciones y deformidades, etc.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Analfabetismo y nivel de escolaridad de la madre.	Limiataciones en la cobertura del CPN, parto y puerperio	-Limita organización comunitaria para la atención oportuna de las emergencias perinatales.	Pobreza y Extrema Pobreza de la población.
-Nutrición materna.	-El nivel de resolución de las unidades (puestos de salud en lugares inaccesibles) es muy bajo para la atención adecuada de los problemas perinatales.	-La capacitación de los agentes comunitarios ha sido limitado en lo referente a los problemas perinatales.	-Distribución de los servicios básicos en el país.
-Edad de la madre (los extremos)	-La calificación y capacidad del personal del primer nivel de atención es baja en relación a la atención del parto y la atención inmediata del RN.	-No se cuenta con mecanismo de regulación y vigilancia de la atención en el sector privado.	-Destribución de los recursos en salud.
-CPN (SI se hizo o no, la calidad con que fue hecho).	-Hay limitaciones para hacer una referencia oportuna y efectiva desde la comunidad a la unidad de mayor resolución.	La actuación de las ONGs ha estado en el ámbito de la supervivencia infantil y muy poco en la mortalidad perinatal.	Limitada inversión en salud para asegurar insumos y equipos adecuados
-Calidad del manejo del parto y del recién nacido.	-Hay una inadecuad organización de los servicios hospitalarios para la recepción, manejo y tratamiento oportuno y efectivo de los problemas del embarazo, parto y del RN.	La distribución del personal no siempre responde a las necesidades de los servicios de salud	Limitaciones para la comunicación y la transportación.
-Identificación de los signos y síntomas de peligro	-No se cuenta con protocolos institucionalizados para la atención de los problemas del parto y RN.	Limitadas coberturas de servicios básicos: agua, alcantarillado, control de basuras	Factores culturales y valores sociales en relación a los recién nacidos
Atención oportuna de los problemas del recién nacido.	Las normas exitentes no siempre se cumplen en las unidades.	Limitados programas de promoción y prevención desde las instituciones del sector	Accesibilidad a la los alimentos nutritivos
Calidad de la transportación del recién nacido.	-Existen déficit de medios básicos para la atención del parto y los RN en el segundo nivel de atención -No se está aplicando tecnologías sencillas como el partograma y el llenado de la HCPB. -La atención de Control PN es de baja calidad ya lo que se ha identificado por la no reducción de los óbitos fetales.	Limitaciones en el sector para disponer a satisfacción los medicamentes esenciales	

DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL: Según ENDESA-2001, el 20% de los niños y niñas de cinco años padecen de desnutrición crónica, el que es menor al porcentaje identificado en 1998, este tipo de desnutrición se observa principalmente a medida que se desciende en el nivel de pobreza (siete veces mayor en el quintil inferior), es más frecuente en zonas rurales, su aparición es directamente proporcional al número de hermanos (33% cuando son más de seis) y su proporción está relacionada con la talla al nacer, lo que está vinculado con la desnutrición de la madre. Con relación a la desnutrición aguda el 2% de los niños en la misma edad están desnutridos y el 9% desnutrición global.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
- Analfabetismo y bajo nivel de escolaridad.	-Aunque el MINSA tiene muy buenas coberturas del VPCD (por encima del 90%) sin embargo es pobre en promoción y acciones preventivas.	- En las comunidades se realizan acciones, sin embargo no se evalúa el impacto de las mismas.	-Tabúes sobre la alimentación infantil y la embarazada y la puérpera.
Problemas en las condiciones higiénicas deficitarias.	Limitaciones del personal para valorar adecuademente los problemas nutricionales	Limitados mecanismos gubernamentales para asegurar que los alimentos cuenten con los micronutrientes básicos.	-Falta de aplicación de la ley General de Farmacia en relación a los sucedáneos de la leche materna.
Mala distribución alimentaria en el hogar	Los hospitales tienen limitaciones financieras para atender adecuadamente los problemas nutricioales	-Existen programas de seguridad alimentaria ejecutados por ONGs que no tienen un seguimiento sistemático de su impacto por parte del MINSA.	-Existe ambigüedad sobre el manejo de la información social en relación a la leche materna y el uso de leche artificial.
- Lactancia materna exclusiva y periodo de introducción de alimentos.		-El programa comunitario de salud y nutrición (PROCOSAN) cubre solo 200 comunidades en el país.	-Existe una Política de Seguridad alimentaria pero no existen los mecanismos de hacerla efectiva.
Limitaciones de acceso a los alimentos en zonas rurales		-Existe PAININ como acción institucional con programas que tienen una buena cobertura, sin embargo no se conoce el impacto de sus acciones.	-Existe una coordinación interinstitucional poco efectiva para asegurar la coherencia de las acciones, derivado de distintos mecanismos de ejercer el liderazgo.
-Hábitos alimentarios y selección de alimentos nutritivos.		-Las EMPs facilitan leche artificial a las puérperas aseguradas en cumplimiento de la ley.	-No existen campañas permanetes de IEC por falta de recursos financieros.
-Episodios de diarrea frecuentes.			-Los centros de trabajo no contribuyen a la promoción de la lactancia materna.
- Acceso a la información sobre hábitos nutricionales.			
- Acceso a la información sobre hábitos nutricionales.			

ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ENDÉMICAS: MALARIA. Aunque ha habido un descenso en las tasas de prevalencia de la malaria (19,63 por 10,000 hb), sigue siendo un problema de carácter endémico afectando principalmente la zona central del país y la costa caribe, derivado de las condiciones ambientales y las limitaciones que ha tenido el sector para enfrentarlo de forma efectiva. Por su afectación a los grupos en edades productivas tiene incidencia en la producción y la productividad del país.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Alta pluviosidad, clima húmedo, etc.	-La descentralización del programa sin recursos conllevó a la reducción de abatecimiento de la red de colaboradores.	-Se ha reducido la participación de las redes de colaboradores voluntarios del programa.	-Existen problemas culturales que representan una barrera de comunicación para el MINSA.
-No uso de medidas preventivas (uso de mosquitero)	-En los servicios municipales las limitaciones de recursos financieros ha limitado que el personal desarrolle sus actividades de forma efectiva.	-Existen limitaciones para un abordaje sectorial del problema y depende del liderazgo del municipal para que se integren instituciones y alcaldías.	-Limitaciones de recursos financieros para la sostenibilidad de las intervenciones.
-Prácticas de grupos específicos (sistema de vida, construcción de vivienda, etc.).	-Ha habido una reducción drástica de los RR HH calificados para hacer acciones efectivas (de 2500 en 1992 a 1000 en el 2003).	La actuación de otras instituciones en los problemas ambientales es limitada	-Las contradicciones políticas en el país dificultan el abordaje integral del problema (entre los distintos actores institucionales, políticos, etc).
-Asentamientos creados en zonas favorables al desarrollo del vector.	-Existe limitaciones en la gestión de las acciones, en lo que respecta a la definición de competencias en cada uno de los ámbitos de gestión del sistema.	Muy poca coordinacion con los servicios privados para actuar de forma conjunta	-Falta de criterios para la asignación de recursos.
-Formas de producción: arrozales, cañaverales,	-Ha habido una reducción drástica de la técnica de apoyo al desarrollo de las acciones.	Las EMPs apoyan acciones de diagnóstico y tratamiento conforme las normas del MINSA.	-La no redefinición de competencias en el conjunto del sistema.
-Descenso del acceso a las redes de voluntarios para obtener el tratamiento preventivo (y detección).	-El programa ha tenido que competir con los otros programas en los SILAIS para poder existir.		-Los cambios ecológicos derivados de la ampliación de la frontera agrícola.
-Problemas de accesibilidad a los servicios a los servicios del primer nivel de atención (RAAN, RAAS, Jinotega, Centro Sur, etc)	-La estrategia ha sido estratificar el problema y concentrar los recursos en los sitios de mayor incidencia del problema.		-Las características geográficas del país.
	-Ha habido desabastecimiento de los principales insumos para el programa (insecticidas 50%, el tratamiento hasta un 50%, etc.)		

ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ENDÉMICAS: DENGUE. Aunque ha habido un descenso en las tasas de prevalencia del dengue (4,37 por 10,000 hb), sigue siendo un problema de carácter endémico afectando principalmente zonas urbanas del país, dependiendo de los niveles de densidad del vector y de la ciruculación viral y de los susceptibles en el territorio y las limitaciones que ha tenido el sector para enfrentarlo de forma efectiva, especialmente el comportamiento comunitario en sus prácticas y sobre el ambiente. Los brotes muestran que se vienen afectando más los menores de edad los que en general son susceptibles a los diferentes serotipos del virus.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Alta pluviosidad, clima húmedo, etc.	-La descentralización del programa dejó sin recursos el desarrollo de las acciones.	-Es insuficiente la percepción que tiene la población en relación al mosquito y el problema en general.	-Existen problemas culturales que representan una barrera de comunicación para el MINSA.
-A la altitud de las comunidades (mas propensos en las zonas bajas)	-En los servicios municipales las limitaciones de recursos financieros ha limitado los insumos y el personal desarrolle sus actividades de forma efectiva.	-Ha sido poco efectivo el trabajo realizado por ONGs que brindan información y organizan a las comunidades para atender el problema.	-No se ha contado con un programa IEC efectivo que incida en hábitos y costumbres de la pob.
-Falta de servicios de agua potable lo que obliga a la acumulación de la misma para su	-Existe limitaciones en la gestión de las acciones, en lo que respecta a la definición de	-Existen limitaciones para un abordaje sectorial del problema y depende del liderazgo	-Limitaciones de recursos financieros para la sostenibilidad de las intervenciones.
-Disposición de desechos sólidos: basureros	-Ha habido una reducción drástica de la técnica de apoyo al desarrollo de las acciones.		-Las contradicciones políticas en el país dificultan el abordaje integral del problema (entre los distintos actores institucionales, politicos, etc).
-Asentamientos sin servicios básicos.	-El programa ha tenido que competir con los otros programas en los SILAIS para poder existir.		-Falta de criterios para la asignación de recursos.
-No uso de medidas preventivas (uso de mallas de protección de las casas)	-La estrategia ha sido enfrentar los brotes con los recursos disponibles , concentrar los recursos en los sitios de mayor incidencia del problema.		-Las características geográficas del país.
-Prácticas de grupos específicos (sistema de vida, construcción de vivienda, etc.).	-Ha habido desabastecimiento de los principales insumos para el programa (insecticidas 50%,)		-Los cambios ecológicos en general.
-Limitado conocimiento de la población sobre los riesgos de tener el mosquito en el hogar.	-Existen limitaciones de articulación entre el primer y segundo nivel de atención.		-La Migración.
-Falta de confianza de la población en los servicios que brinda el MINSA.	-Se ha tenido limitaciones para la aplicación de un protocolo de atención estandarizado.		
-Creencia que el problema solo se controla con productos químicos.			

ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ENDÉMICAS: TUBERCULOSIS. La tuberculosis aunque ha descendido en los últimos diez años en su prevalencia a 42 por 100,000 hb), sigue siendo endémica en el país, afecta principalmente a poblaciones pobres o en extrema pobreza, principalemente jóvenes alcohólicos, drogadictos, contactos de pacientes bacilíferos y pacientes inmuno-comprometidos, está ligada a problemas de nutrición crónica y afecciones crónicas. Existe un alto riesgo potencial que se modifique su comportamiento por el incremento de la epidemia del VIH/SIDA y/o por la no priorización en los

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-El hacinamiento en Nicaragua se constituye en un factor de riesgo asociado puesto que permite un incremento en la tasa de transmisibilidad. -La desnutrición juega un roll importante en el desarrollo de la enfermdedad puesto que inmuno compromete al individuo. - La Migración interna y externa incrementa la tasa de transmisibilidad de una zona con altas tasas de incidencia hacia otras de menor incidencia. -El analfabetismo y la multiculturalidad impide alcanzar mejoras en la información acerca de los mecanismos de trasmisión y el cumplimiento del tratamiento. -Alto porcentaje de abandono (9.6%)lo que aumenta la transmisibilidad.	-Baja tasa de detección (menor del 1%) en todos los niveles lo que impide el inicio de tratamiento temprano, viéndose aumentada la tasa de trasmisibilidad. -Falta de sensibilidad del personal en la integración a la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios en todo paciente que asiste a las unidades de salud. -Falta de uso de los medios de transporte donados para apoyo del programa de control de tuberculosis en actividades de control de foco, búsqueda de inasistentes y abandono al tratamiento. -Falta de fluidez de la información de casos trimestrales tanto de resultados de tratamiento como de ingresos. -Falta de desembolsos de dinero a tiempo para realizar las supervisiones y monitoreo a los SILAIS impide la secuencia de las actividades. -Falta de articulación del nivel secundario con el primario en el manejo de las normas nacionales del programa de control de TB. -Falta de involucramiento e integración de los puestos de salud en el control de la TB en lo que respecta la identificación de sintomáticos respiratorios, así como de los casos poteciales de TBP. -Falta de desarrollo de auditorías médicas en pacientes manejados en el programa de TB con el objeto de identificar problemas en el manejo de los pacientes en los diferentes niveles de resolución. -Falta de espacios de en foros de discusión de mayor nivel resolutivo en los SILAIS acerca de las estrategias que permitan incrementar las actividades de búsqueda de nuevos casos y la garantía de control y de seguimiento de los casos de forma adecuada.	Limitadas acciones comunitarias sobre el problema -Falta de integración del sector privado en el control de la tuberculosis: hospitales y el sector de las maquilas a través de las EMPs.	-Pobreza en todas sus variantes. Factores culturales que hacen ver a la Tb como un problema vergonzante. -Alta tasa de incremento demográfico. -Existencia de tabúes en la sociedad civil y en la institución. - Limitaciones financieras e institucionales para el desarrollo de una estrategia efectiva. - No existe una estrategia IEC para abordar el problema -Si bien existe coordinación creemos que falta fortalecimiento de las actividades conjuntas del programa de TB con el programa de ITS/VIH/SIDA para el manejo de conjunto de pacientes con infección y garantizar la administración de quimioprofilaxis a pacientes VIH.

ALTA PREVALENCIA DE ITS: Persisten altas tasas de prevalencia de ITS especialmente en los grupos de edad reproductiva. Las causas más frecuentes son gonorrea (17,7 por 100,000 hb), Condiloma acuminado (10,9 por 100,000 hb), Sífilis adquirida (7,4 por 100,00 hb), La relación es uno hombres y mujer. El 68% están en el grupo de 15 a 29 años. Siendo más frecuentes en Chinandega, Managua, RAAN y la RAAS.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Analfabetismo y bajo nivel de escolaridad.	-La modalidad de enfrentar el problema desde los servicios es pasiva: por demanda.	-No existen programas de información efectivos en general para la población.	-Machismo, Poligamia, etc.
-Prácticas sexuales poco seguras (poco uso del condón….).	- Se hace búsqueda activa en embarazadas aunque la cobertura es baja	-Los mensajes en general son escritos y no son captados por la población con problemas de educación.	-No ha sido una prioridad efectiva en las políticas de salud.
-Falta de información sobre los riesgos de las relaciones poco seguras.	-En los grupos riesgo aunque se hacen medidas de prevención existen limitaciones en cuanto le Tx.	-Existen clubes de adolescentes que tratan estos temas los que son promovidos por el MINSA, por algunas ONGs, sin embargo, los mensajes que se les brinda son muy técnicos y no tienen el impacto esperado.	-Limitaciones de recursos financieros.
-Baja percepción al riesgo de contraer una ITS en la población.	-Cuando se detecta un caso se llega a conocer lo acontecido con la pareja, sin embargo, en general no se logra conocer e intervenir en la cadena de contactos.	-Existe una coordinación efectiva entre MINSA y organismos que trabajan en el tema de las ITS y el VIH/SIDA.	-Existen contenidos de información en el sistema educativo el que está influenciado por los tabúes de los profesores.
-Precocidad en el inicio de las relaciones sexuales.	-Las limitaciones de medicamentos hacen que en muchos casos se entregue la receta pero no se logra asegurarse el tratamiento.	-Existen barreras económicas para el acceso a los preservativos.	-La influencia de la Iglesia Católica sobre estos temas.
-Prostitución en ambos sexos.	-No hay capacidad técnica para el diagnóstico en la mayor parte de las unidades de salud; si hay no se cuenta con los reactivos necesarios.		-pobreza, desempleo, etc.
-En las mujeres un porcentaje importante de los casos el problema cursa de forma asintomática. -La baja calidad de la atención que no siempre detecta el problema -La migración interna y externa.	-En los sitios donde no hay capacidad Dx, los casos se manejan en base al manejo sindrómico -Cuando se cuenta con los medios el personal de salud aplica las normas de manejo de las ITS. -El sub-sector privado no aplica las normas del MINSA (no se han dado a conocer).		
-Abuso sexual y violaciones.			

ALTA PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: A pesar que no hay suficientes datos en relacion a la Salud Mental, se estima que hay en la población adulta existe un 27,9 % de trastornos mentales; identificandose como una de las principales causas la neurosis con un 13 % y en segundo lugar el alcoholismo con 5,8%. Esto se asocian a enfermedades como enfermedades como la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva o bipolar y las depresiones severas. Los grupos vulnerables son las mujeres, los ninos, los adolescente. Los mayores riesgos identifcados a traves de los servicios y estudios realizados senalan a la Region del pacifico como el ambito geografico mas afectados. Se estima que en Nicaragua el impacto en la economia es importante por la reduccion de la productividad y el costos elevados de su atención.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Desempleo y-o el trabajo que realizan.	-Se ha descentralizado la provision de los servicios de salud mental lo que permite el acceso al 50 % de la población que puede demandar estos servicios.	-Aunque existe experiencia comunitaria, esta esta enfocada a otras prioridades y aun es insuficiente para los problemas de salud mental	-Factores culturales, creencias y valores.
Crisis de los valores y creencias que soportan la estructura y cultura familiar que llevan a la desintegración familiar o a la disfunción familiar	-Hay una disminución de los servicios intermedios (CAPs) y es insuficiente disponibilidad de medicamentos en las unidades donde hay psiquiatra lo que hace que la población busque el H.Psiquiatrico.	-Falta de oportunidades de trabajo para el ascenso social.	-Pobreza
-Inmigracion	-La promocion en salud mentala ha sido insuficiente	-Hay baja cobertura del sistema educativo, informa sobre salud pero es insuficiente para formar en aspectos integrales del individuo.	- Derechos humanos.
-Violencia intrafamiliar (oscila entre el 10 y 20 % de la consulta de la salud mental)	-Existen limitaciones de recursos humanos calificado en salud mental. Ademas el personal no esta capacitado para identifcar y tratar los problemas de salud mental.	-Ha habido una insuficiente articulación entre las instituciones para enfrentar en conjunto los problemas	-La policia esta realizando acciones de promocion y prevencion del uso de las drogas, aunque su cobertura es baja
-Analfabetismo y bajo nivel de escolaridad	-Ha sido muy limitada la capacitacion del personal medico y de apoyo sobre los temas de salud mental.	-Mal manejo de la comunicación social en los medios informativos no le dan la dimension al problema ni a las soluciones	-La formación academica del personal medico y de carreras afines a la salud mental, no esta haciendo el énfasis que se requiere para DX y Tx integral
-Falta de integración a la redes sociales	-No se respetan los derechos humano de los pacientes en las actividades cotidianas	-Existe un grupo interinstitucional para la prevencion del uso de las drogas (40 ONG y organismos gubernamentales.	-No ha sido una prioridad en el MINSA lo que se expresa en los pocos recursos que se le han destinado.
-Edad (ninos, adolescentes y ancianos)	-Normas de atención a los usuarios de salud mental (sustancias psicotropicas)	-Proyecto PAINAR (varias instituciones que trabajan los riesgos)	-Se ha contado con el apoyo economico y tecnico de dos agencias (OPS y CDC) y SAREM.
-domicilio (urbano y rural).		-Las EMPs no ofrecen cuidados en salud mental.	-Falta una ley para regular los derechos en salud mental.
-Uso y abuso de drogas y alcohol.			-Incremento del accionar de las pandillas y los delitos contra el individuuo.
-Desastres naturales			Inseguridad ciudadana
-Falta de información			
-Falta de recreación sana			
-Estilo de vida poco saludables			
-Abuso sexual, violaciones			
-Accidentes de transito y lesiones debido a la violencia asociada			
-Suicidio(primera causa de muerte entre 15 y 34 anos, mas frecuente entre los hombres, hay 40 y 60 intentos por cada suicidio consumado)			

ALTA PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE DISCAPACIDAD: Se estima que la prevalencia de la discapacidad en Nicaragua oscila entre un 9 y 10 %*, mayormente incide en el pacifico rural, norte y cetral, su tendencia ha sido al incremento (independientemente que no se tienen todas las evidencias), afecta principalmente a mujeres, ninos y etnias, en condiciones de pobreza o extrema pobreza; las principales limitaciones se observan en la movilidad, la comunicación, conducta, participación en actividades vitales, incorporación a distas formas de participación.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Desnutricion proteico calorica	-La cobertura del MINSA de la atención de la capacidad es alrededor de 5 % en el pais	-Las familias en general no disponen de la información adecuada para manejar la discapacidad.	-Patrones y creencia culturales
-Analfabetismo y baja escolaridad.	-Es insuficiente la capacidad resolutiva, aunque la atención basica cubre los casos mas criticaos.	-Aun es insuficiente la accion comunitaria en el abordaje de la discapacidad	-No ha sido prioridad en las politicas publicas.
-Desempleo	- Hay definido un paquete basico de atención y un modelo de atención en salud en rehabilitación.	-Dispersion y desarticulación de los esfuerzos de atenció'onn de las instituciones y entre ellas sobre la discapacidad.	-Falta de una vision integral y desde los derechos humanos para el abordaje de la discapacidad.
-Abandono	-Se han entrenado a xx medicos formados y medicos entrenados en aspectos basicos de atención integral	-La oferta de los ONGs es similar a la del MINSA.	No se ha tenido una politica clara en la formación de recursos humanos
-Dcriminacion	El paquete básico del INSS no cubre los problemas congénitos que generan discapacidad	- Existen 25 escuelas especiales y solo se atienden a 3904 ninos.	-Pobre aplicación de la ley 202, por la no aplicación de recursos financieros para su concrecion.
-Aumento de factores de riesgo de enfermar y morir	-La formación de los recursos de que laboran en las instituciones vinculadas al manejo de la discapacidad es parcial.	- Solo 30 maestros estan entrenados en lenguaje de senas.	-En general las empresas no contratan a las personas con discapacidad
-Mayores riesgo de sufrir violencia, abuso y maltrato.	Aunque se han incrementado los medios de diagnóstico y tratamiento de la discapacidad aún son insuficientes	-Los consejos departamentales y municipales de rehabilitación aun no han sido estructurado	-La pobreza.
-Moyor probabilidad de embarazo precoz y de ARO.	Las limticiones de medicamentos afectan especialmente a estos grupos	Muy pocas acciones de promoción y prevención para evitar los problemas de la discapacidad	-En general las construcciones y los medios de transporte colectivo ofrecen barreras arquitectonicas
-Insuficiente aceptación de la condicion de la discapacidad en la propia persona y la familia.	No se está haciendo rehabilitación preventiva en los servicios hospitalarios para personas de la tercera edad		-Los medios de comunicación social no son accesibles para toda las personas que tienen alguna limitacion
-Movilidad reducida			

INCREMENTO DEL VIH/SIDA: Incremento acelerado de la tasa de incidencia del VIH/SIDA especialmente en los grupos de edad reproductiva, con una tendencia a la feminización más allá de los grupos de riesgo, afectando amas de casa, recién nacidos, etc. Las tasas más elevadas se presentan en la RAAS, Chinandega y Managua.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Analfabetismo y bajo nivel de escolaridad.	-Se actúa desde los servicios por demanda.	-No existen programas de información efectivos en general para la población.	-Machismo, Poligamia, etc
-Prácticas sexuales poco seguras (poco uso del condón.....).	- Búsqueda activa en embarazadas, aunque la cobertura es baja	-Los mensajes en general son escritos y no son captados por la población con problemas de educación.	-No ha sido una prioridad efectiva en las politicas de salud.
-Falta de información sobre los riesgos de las relaciones poco seguras.	-En los grupos riesgo aunque se hacen medidas de prevención	-Existen clubes de adolescentes que tratan estos temas, promovidos por el MINSA y ONGs, sin embargo, los mensajes reciben son muy técnicos y no tienen el impacto esperado.	-Limitaciones de recursos financieros.
-Baja percepción al riesgo de contraer una ITS en la población.	- Se ha desarrollado la consejería en las unidades de salud; igualemente existe una red ONGs que la brinda en diversos puntos del país.	-Se desconoce si el sub-sector privado aplica las normas del MINSA (no se han dado a conocer).	-Existen contenidos de información en el sistema educativo el que está influenciado por los tabúes de los profesores.
-Precocidad en el inicio de las relaciones sexuales.	-Cuando se detecta un caso se llega a conocer lo acontecido con la pareja, sin embargo, en general no se logra conocer e intervenir en la cadena de contactos.	-Existe una coordinación efectiva entre MINSA y organismos que trabajan en el tema de las ITS y el VIH/SIDA.	-La influencia de la Iglesia Católica sobre estos temas.
-Prostitución en ambos sexos.	-No se está tratando a los portadores del virus, ni los casos por limitaciones financieras.	-Existen barreras económicas para el acceso a los preservativos.	-pobreza, desempleo, etc
-En las mujeres un porcentaje importante de los casos el problema cursa de forma asintomática.	-Sólo existe capacidad técnica a nivel del MINSA central para el diagnóstico.		
-La baja calidad de la atención que no siempre detecta el problema	-Cuando se cuenta con los medios el personal de salud aplica las normas en la prevención de las enfermedades oportunistas en personas que conviven con el virus.		
-La migración interna y externa.			
-Abuso sexual y violaciones.			

ALTA INCIDENCIA DE ACCIDENTES LABORALES: La prevalencia de accidentes laboral es del orden del 83,0 por mil trabajadores, De estos, los mas frecuentes son los accidentes que producen danos mecánicos (la construcción y servicios) y le siguen los químicos, especialmente los agroquímicos (en el campo y las domésticos). En ambos casos por las limitadas medidas de prevención y medios de protección. Se estima que anualmente se producen más de 70,000 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Aproximadamente el 50% del total de intoxicados son de origen laboral. Los departamento mas afectados por los agroquímicos los departamentos mas afectos son Chinandega, Matagalpa y jinotega. La tendencia de las intoxicaciones de origen laboral es al descenso entre el 98 y el 2003.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Nivel de escolaridad bajo.	-No hay un progama nacional de salud de los trabajadores.	Las instituciones gubernamentales encargadas de velar por la salud de los trabajadores no tienen equipos para medir los riesgos laborales y cuando existen están en	-Existen inconsistencia en las ley en lo que respecta a las competencias de las intituciones en los asuntos laborales
-En general no son capacitados en los riegos del trabajo y las medidas de prevención.	Existe un programa de higiene y seguridad laboral (monitoreo)	Se brinda muy poca información a los trabajadores sobre sus derechos y los riesgos laborales.	-Las estructura jurídica tiene laboral es muy general y dificulta la aplicación de las normas existentes.
Rechazo al uso de los medios de protección por parte de los trabajadores.	-NO hay medicos especialistas en salud de los trabajadores y por tanto existen debilidades en el Dx, manejo y TX de las enfermdades profesionales	-Existen serias debilidades en la aplicación de las leyes por falta de profesionalismo en los distintos niveles de la gestión pública para atender las situaciones laborales.	-NO se asignan recursos a las instituciones del estado para que cuenten con los medios.
El accidentado no usaba lo medios de protección mas adecuados (las mascarillas hay diferentes para cada tipo de riesgo)	-Hay recursos humanos calificados en el país, pero las instituciones rectoras no los contratan.,	La capacidad del sector para fiscalizar las condiciones de trabajo en las empresas es muy limitada	-Para el sector privado, el gobierno, ni para los sindicatos no es prioritario la salud de los trabajadores.
-El nivel de inspección de las empresas y de aplicación de las normativas laborales es muy bajo.	-Las EMPs no hacen promoción, ni prevención y solo se atienden los casos desde el punto de vista médico.	El sistema educativo no tiene programas adecuados para prevenir los accidentes laborales	-Se tiene como concepto que la salud de los trabajadores es un gasto.
-Desconocimiento por parte de las empresas de las normativas laborales	El personal de los servicios en general no está preparado para abordar estos problemas		-Los sindicatos su lucha es mas de reivindicaciones salariales que la atención a la salud de los trabajadores
-Ocurren en empresas donde la carga de horas extras es superior a la normativa.	Existen limitaciones en cuanto medios terapéuticos para manejar los problemas crónicos de origen laboral		-Las empresas no compran lo medios de protección mas adecuados (las mascarillas hay diferentes para cada tipo de riesgo).
-En trabajos vinculados al textil vestuario (lavado y planchado)			
-En empresas donde la maquinaria es obsoleta.			

MORTALIDAD Y LESIONES POR VIOLENCIA: Incremento de las tasas de mortalidad por violencia (agresiones, accidentalidad) principalmente en las ciudades del país; la prevalencia de lesiones y traumas representan el 2,8% de todes las causas de consulta a los servicios de salud, afectan en mayor proporción a hombres (4,7%) que a las mujeres (2,0%), en mayor proporción en las zonas urbanas (5,9%) que las rurales (2,6%), principalmente al grupo de 25-34 años.

FACTORES ASOCIADOS	FACTORES SERVICIOS DE SALUD	FACTORES SECTORIALES	FACTORES ESTRUCTURALES
-Desempleo o subempleo. -Bajo nivel de escolaridad. -Drogadicción y alcoholismo. -Desintegración familiar. -Pandillas o bandas de agresión -Limitados conocimientos sobre seguridad vial. -el no uso de las medidas preventivas (cinturòn de seguridad, etc.) -Problemas de la estructura vial (los caminos, carreteras, señalización, etc) -Estress y agresividad de la población -Irrespeto a las leyes de tránsito. -Problemas o fallas de los medios de transporte (vehículos) -Utilización de los servicios de salud	No se están haciendo acciones de promoción para enfrentar el problema No se cuenta con un adecuado sistema de atención de emergencia El primer nivel de atención no está preparado para atender estos problemas Limitaciones de recursos terapeuticos Limitaciones de logistica de traslado Alto consumo de servicios hospitalarios y des servicios de emergencia. Problemas en la disponibilidad de sengre Compiten con las cirugías programadas	-La participación de la comunidad en la seguridad pública es incipiente. -No hay programas educativos que estén dirigidos a enfrentar el problema -NO existen o son muy limitados los programas de educación vial. No hay ONGs que trabajen el tema -Existe desarticulación del sector para la atención integral del problema.	-Pobreza. -Ley de protección al nino y al adolescente. -Limitaciones financieras para la aplicación del nuevo código laboral La política de seguridad ciudadana cuenta con pocos recursos -Corrupción en general -El funcionamiento del sistema judicial es deficitario y con visos de corrupción -Los órganos de seguridad pública son deficitarios en recursos humanos y medios. -Los programas de televisión no hacen educación y por contrario fomentan la violencia. -Limitado desarrollo de ambientes de recreación sana para la juventud. -Limitada capacidad del gobierno y las alcaldías para ampliar y mantener la estructura vial. -Existen limitaciones para asegurar la revisión del estado del parque vehicular. -No existe programa de rehabilitación del interno en el sistema penitenciario.