



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario



Managua Julio 2008

N
WA
546
2049
2008

Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y
Unidad Nacional. Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar
y Comunitario (MOSAFC). MINSA: Managua, julio 2008

44 p.

- 1.- Modelo Salud Familiar y Comunitario
- 2.- Niveles de Atención de Salud
- 3.- Accesibilidad a los Servicios de Salud
- 4.- Servicios Básicos de Salud
- 5.- Proveedores de Servicios de Salud
- 6.- Prestación Integral de Atención en Salud
- 7.- Gestión en Salud
- 8.- Toma de Decisiones

©MINSA

Ficha elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud - MINSA

Presentación

El Ministerio de Salud como ente rector del sector salud, en cumplimiento con lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua, facultado por la Ley General de Salud, presenta a Ustedes, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), el cual recopila la experiencia de muchos años de trabajo en salud al servicio del pueblo nicaragüense.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. Este Modelo debe responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad. Este Modelo de Salud está enfocado a la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente.

Este Modelo, se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, función central del desarrollo social y económico global de la comunidad. Así mismo, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente. El modelo de gestión está dirigido a descentralizar la atención de Salud. El Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene un enfoque holístico que trasciende la Atención a la familia hasta la comunidad cuya base de actuaciones es el sector.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario contribuirá, sin duda alguna, a profundizar la Reforma del Sector orientada principalmente a la consecución de una mejor salud de nuestra población con Equidad, Accesibilidad, Universalidad, Calidad Técnica y Atención humanizada en cada uno de los servicios de salud.

Ministerio de Salud

CRÉDITOS

DIRECCION SUPERIOR

Dr. Guillermo González

Ministro de Salud

Dr. Adrián Zelaya

Secretario General

DIRECTORES GENERALES

Dr. Alejandro Solís

Dra. Juana Ortega

Dr. Alcides González

Dra. Liana Vega

Dra. Maribel Orozco

Lic. José Humberto Murillo

Lic. Jaime González

División General de Planificación y Desarrollo

División de Regulación y Normalización

Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia

Dirección General de Servicios de Salud

Dirección General de Vigilancia de la Salud (a.i.)

División General de Recursos Humanos

División General Administrativa Financiera.

EQUIPO TECNICO NACIONAL

Lic. Martha Silva

Dra. Dinora Corea

Dr. Jorge Orochena

Lic. Gerardo Delgado

Dr. Juan Bosco López

Lic. Martha Alguera

Lic. Ramón Membreño

Lic. Nidia Icaza

Lic. Marisol Gutiérrez

Dirección General de Servicios de Salud

Dirección General de Servicios de Salud

Dirección General de Servicios de Salud

Dirección general de Vigilancia de la Salud

División General de Regulación y Acreditación

División General Administrativa Financiera

División General de Recursos Humanos

División General de Recursos Humanos

División de General de Planificación y
Desarrollo

Dra. Luis Amanda Campos

Dr. Victor Calixto Cuevas

Dirección General de Vigilancia de la Salud

Dirección General de Vigilancia de la Salud

Colaboradores Organismo y Proyectos

PRONICASS/ USAID

OPS/OMS

ÍNDICE

I.GLOSARIO	6
II. INTRODUCCIÓN	9
III.ANTECEDENTES	9
IV.JUSTIFICACIÓN	12
V.MANDATOS	13
VI.GENERALIDADES	16
6.1 Definición	16
6.2 Objetivos del modelo	16
6.3 Atención Primaria en Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitario	17
6.3.1.1 <i>Accesibilidad a los servicios de salud</i>	17
6.3.1.2 <i>Integralidad de las acciones en los servicios de salud</i>	17
6.3.1.3 <i>Longitudinalidad (continuidad) en el proceso de la atención en salud</i>	18
6.3.1.4 <i>Coordinación entre los niveles de atención en salud</i>	18
VII. COMPONENTES DEL MODELO	18
7.1 Componente de atención/provisión de servicios	18
7.1.1 <i>Elementos de la provisión</i>	19
7.1.1.1 <i>Población</i>	19
7.1.1.2 <i>Abordaje integral de la salud</i>	21
7.1.1.3 <i>Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud</i>	22
7.1.1.4 <i>Modalidades de Entrega de los Servicios</i>	24
7.1.1.5 <i>Organización para la provisión de servicios</i>	25
7.2 Componente de gestión	30
7.2.1 <i>Organización del Sector: Roles y estructuras de la gestión en salud</i>	32
7.2.2 <i>Participación Ciudadana</i>	35
7.2.3 <i>Mecanismos de Coordinación de la gestión en salud:</i>	35
7.2.4 <i>Planificación en Salud:</i>	36
7.2.5 <i>Control de la Gestión</i>	38
7.2.6 <i>Recursos:</i>	40
7.3 Componente de financiamiento	41
7.3.1 <i>Financiamiento del régimen contributivo</i>	42
7.3.2 <i>Financiamiento del régimen no contributivo</i>	42
7.3.3 <i>Financiamiento del régimen voluntario</i>	44

I. Glosario

Auditoría de la calidad de la atención médica: es la evaluación sistemática y retrospectiva de la calidad (contenido) de la atención médica que se fundamenta en el análisis del expediente clínico.

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

Certificación: se refiere a la acreditación profesional que constata que los individuos y/o servicios cumplen con requerimientos académicos y estándares de competencia establecidas para la práctica profesional en salud pública. Las certificaciones afirman las competencias del ejercicio de las actividades o servicios que se brindan.

Consejo nacional de salud: es el encargado de asesorar a los gobiernos sobre las cuestiones de salud y socioeconómicas afines que afecten a la totalidad del país.

Control de gestión: son los procesos de monitorización, supervisión, vigilancia y evaluación del desarrollo de los planes y el logro de los objetivos que garantizan el cumplimiento de las políticas, funciones y metas del sistema de salud.

Control social de la gestión: significa que los individuos y las comunidades participan en la toma de decisiones sobre la gestión de las instituciones públicas o privadas de las cuales son usuarios de manera que los servicios entregados y estas instituciones se corresponda con las expectativas de la comunidad y las tradiciones del país en materia política, social, cultural y administrativa.

Control sanitario: es el conjunto de acciones para conseguir la máxima seguridad contra la propagación de enfermedades, con un mínimo de obstáculos para facilitar el tráfico de persona, productos, vehículos, objetos u otros.

Corresponsabilidad ciudadana: reconocimiento mutuo entre las autoridades municipales electas y la ciudadanía organizada como socios solidarios y corresponsables en el desafío de enfrentar correctamente cada una de las fases de los diversos proyectos específicos, que se proponen llevar a cabo en forma concertada, esto es: en su identificación, jerarquización y calendarización; en su elaboración detallada; en la búsqueda y compromiso de los recursos necesarios; en su ejecución, en su evaluación y finalmente en su mantenimiento posterior.

Descentralización: proceso de transferencia de la administración de la salud, competencias, responsabilidades, funciones, recursos, autoridad y poder de decisión desde los entes estatales centrales hacia los niveles locales.

Establecimientos proveedores de servicios de salud: son aquellos donde se realizan actividades dirigidas fundamentalmente a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud que habilitados por el MINSA proveen servicios de salud en cualquiera de los regímenes que contempla la Ley y su reglamento.

Estándar: es un nivel de desempeño esperado y alcanzable, que pueda ser comparado con el nivel de desempeño actual.

Proveedor: es el órgano responsable, en un territorio determinado, de desarrollar las atribuciones o competencias que le son conferidas por el SILAIS, siendo estas las de:

promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud así como, la gestión descentralizada de los recursos para la provisión de servicios.

Habilitación: proceso por el cual se evalúa el conjunto de requisitos que un establecimiento proveedor de servicios de salud posee para autorizar su funcionamiento.

Marco regulatorio: lo que está sujeto a la disposición legal. Más específicamente, se define como una declaración de la calidad esperada, expresada como normas o estándares de ejecución, especificaciones, guías de práctica clínica o protocolos, procedimientos administrativos o gerenciales.

Niveles de atención: son formas organizativas de los servicios de salud que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen, lo que les dota de capacidad para la resolución de problemas de salud.

Participación Ciudadana: proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva con la finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del país, con el fin de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado.

Política de descentralización del MINSA: lineamientos generales que definen el proceso de transferencia de la responsabilidad sobre los recursos necesarios y la toma de decisiones al nivel local.

Proveedores de servicios de salud: son las personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, que estando habilitadas por el MINSA, tienen por objeto la provisión de servicios en sus fases de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de salud.

Profesionales de la salud: recursos humanos con formación en áreas de la salud, debidamente certificados por cualquier institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida.

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

Red de establecimientos de salud: es un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí para responder a la demanda en salud de una población en un determinado territorio.

Red Comunitaria: Es un tejido social organizado en forma voluntaria para la promoción de la salud y la defensa de los derechos ciudadanos. Está conformado por: líderes comunitarios, consejos, comités, redes de organizaciones, promotores, brigadistas, parteras, Colaboradores Voluntarios (Col-Vol.), curanderos, chamanes, clubes y cualquier otra forma de organización de la comunidad. (Pasar al glosario)

Regímenes de financiamiento: son los regímenes que financian los programas de beneficios del sector salud.

Régimen contributivo: contempla el conjunto de beneficios y prestaciones, a los cuales los beneficiarios de los regímenes obligatorio y facultativo del INSS pueden acceder.

Régimen no contributivo: contempla el conjunto de beneficios destinados a financiar los servicios que se señalan en la Ley General de Salud¹ y su Reglamento², a los cuales puede

¹ Nicaragua. Ley No. 423, Ley General de Salud. Op. Cit. Artículos 40, 49 al 52

acceder la población vulnerable (mujer, niño, adolescentes, adulto mayor y extrema pobreza).

Régimen voluntario: contempla los beneficios y prestaciones a los cuales pueden acceder los usuarios, familiares o empresas con sus propios recursos.

Vigilancia de la salud pública: se define como el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública, incluyendo como elemento básico la disseminación de dicha información a los que necesitan conocerla. Incluye los siguientes elementos principales: (a) la vigilancia demográfica, (b) la vigilancia de eventos de salud, (c) la vigilancia del sistema de salud y (d) la vigilancia de la opinión de la población y su grado de satisfacción.

² Nicaragua. Reglamento de la Ley General de Salud. Op. Cit. Artículos 349 al 352

II. Introducción

El Pueblo de Nicaragua se encuentra nuevamente ante la oportunidad histórica de hacer efectivo su Derecho a la Salud, para ello se requiere de transformaciones que parten desde la acción individual hasta la dimensión global del Sistema de Salud, lo que significa romper con la relación desigual entre proveedores y usuarios de la salud orientada por el Modelo Neoliberal imperante en los últimos 16 años, concebido como "tanto tienes (o pagas), tanto obtienes", subordinando los principios básicos de la salud a formas organizativas perpetuadas de racionalidades económicas.

Para poder restituir de forma digna a las familias Nicaragüenses el derecho a la salud, se necesita trabajar desde la comunidad de manera conjunta y organizada con principios de humanidad, hermandad que se afiancen desde la acción de las personas, las familias, las organizaciones sociales, los actores sectoriales e intersectoriales públicos y privados para asegurar la salud en la comunidad de todas y todos los nicaragüenses.

Por tanto, los esfuerzos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional están orientados a mejorar la calidad de los beneficios del sector social y especialmente en educación y salud, donde se reconoce los problemas de salud y se asume el compromiso de soluciones integrales, resolviendo los problemas de exclusión social, haciendo coherente la acción con las políticas de mejorar la universalidad, accesibilidad, equidad en la prestación de los servicios, eficiencia y calidad.

El análisis de situación de salud 2007, indica problemas en la equidad del acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos. En un entorno en donde las necesidades son crecientes y los recursos limitados, le corresponde al Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través del Ministerio de Salud, la formulación de una propuesta de Modelo de Salud Integral humano, solidario, equitativo, eficaz y efectivo.

El presente documento denominado Marco Conceptual del "MOSAFC" esboza las líneas generales sobre una transformación de carácter sectorial con relación a la atención, forma de prestación de Servicios de Salud, toma gestión de decisiones y financiamiento necesario para su implantación y desarrollo.

En su contenido se describen los antecedentes y la justificación del por qué se requiere un cambio en el Modelo de Atención con enfoque programático individualizado, curativo, hospitalocentrista y transformarlo en el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario, define cuáles son los principales preceptos jurídicos para que el Ministerio de Salud asuma el liderazgo en el desarrollo de este proceso. Se expone la definición, propósitos, objetivos y principios de este Modelo. Finalmente describe sus tres componentes: provisión de servicios, gestión y financiamiento.

III. Antecedentes

A inicios del Siglo XX, la atención en salud era garantizada por médicos de cabecera en las principales áreas urbanas. Los hospitales eran centros de atención a indigentes, regentados por órdenes religiosas y con el apoyo filantrópico de personas pudientes de la sociedad y la colaboración profesional desinteresada de los médicos locales. Las acciones de salud pública, fundamentalmente dirigidas a la higiene comunal eran regidas por el reglamento de policía publicado por decreto del 25 de octubre de 1880 y sus modificaciones de mayo de 1938. Grandes grupos de población eran atendidos por agentes tradicionales como parteras, curanderos y brujos.

La Reforma al Sector de Salud, iniciada con la Ley creadora de los Ministerios de Estado en Noviembre de 1948 (Ministerio de Salubridad Pública) y continuada en 1955 con la Ley de Seguridad Social, organizó a las instituciones del sector según las características de las poblaciones y el tipo de atención a ofrecer otorgándole al Ministerio de Salubridad la responsabilidad de los aspectos de salud pública e higiene; al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social le correspondió la atención tanto ambulatoria como hospitalaria para los trabajadores afiliados al mismo y para sus beneficiarios.

Las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) que funcionaban en cada Departamento del país, eran regentadas por una junta de notables y administrados los establecimientos por órdenes religiosas, disponiendo “servicios de pensionado³” para las personas con disponibilidad a pagar por su utilización y, continuaban brindando atención a indigentes.

La coordinación de las instituciones del sector estuvo a cargo de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS). La medicina privada continuó con su práctica liberal.

En 1979, producto de la situación deplorable encontrada especialmente en el estado de salud de la población, los elevados niveles de desnutrición y pobreza, se inicia un proceso de transformación económica social generado por la revolución popular sandinista, así como transformaciones de las estructuras político institucional del país, en este marco el Gobierno de Reconstrucción Nacional creó por Decreto Ley el Sistema Nacional Único de Salud -SNUS (Decreto Presidencial N° 35 del 8 de Agosto), que unificó bajo administración del Ministerio de Salud a todos los establecimientos prestadores de servicios de salud pública y privados, incluyendo los servicios del INSS los cuales pasaron a ser parte del SNUS.

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

El Ministerio de Salud de esta forma se convirtió en el prestador exclusivo de servicios de salud para toda la población, impulsó un proceso de extensión de cobertura en todo el país, fundamentalmente en cuanto a servicios de primer nivel de atención a la luz de la entonces recién adoptada meta “*Salud Para Todos en el año 2000*” y de la estrategia de Atención Primaria en Salud (PIAAS⁴, campañas de vacunación, de higiene y limpieza desarrollo de las casas bases, etc.).

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

Con los cambios ocurridos en 1990 se introdujeron elementos para realizar una tercera generación de reformas en salud en Nicaragua, entre estos se devuelve al INSS la responsabilidad de los asegurados; se establece que las responsabilidades del MINSA son las acciones de salud pública y la atención de la población no asegurada, se abrió

³ Los servicios de pensionado consistían en la disposición de servicios de camas en hospitales públicos con condiciones de confort diferentes, que incluían los cuidados de enfermería y servicios de diagnóstico y tratamiento (laboratorio clínico, rayos X, quirófanos, farmacia y otros) a personas que podían pagar dichas comodidades. Por lo general estos servicios no incluían los honorarios médicos que eran acordados por el paciente en forma bilateral.

⁴ Plan Integral de Atención del Área de Salud: Primera experiencia de programación local de las áreas de salud, unidad operacional del SNUS.

nuevamente el espacio en los establecimientos públicos para la oferta de los servicios privados (Servicios Diferenciados); se trasladó la formación técnica de recursos humanos a entidades formadoras, y se procedió a un ajuste organizativo de los servicios públicos del MINSA; creándose los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

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

Entre 1993 y 1996 el MINSA concentra su atención en el desarrollo de un Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez en la búsqueda de nuevas alternativas de financiamiento y la apertura de nuevos espacios de democratización de la gestión. Dirigido a: (i) romper verticalismos y programas parcelados; (ii) reducir oportunidades perdidas; (iii) aumentar las coberturas de atención; (iv) optimizar los recursos humanos, materiales y financieros; (v) fortalecer los procesos de modernización del estado; (vi) introducir nuevos enfoques de atención a grupos priorizados; y (vii) facilitar la participación activa de la comunidad⁵.

Valoraciones hechas al desarrollo de este modelo⁶ señalan que no se logró la integralidad, se mantuvieron los programas verticales y paralelos con una insuficiente coordinación inter programática.

La necesidad de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, enfrentar los cambios demográficos, contener los problemas epidemiológicos, incrementar la demanda y disminuir las presiones operacionales, mejorando la eficiencia de la gestión y la efectividad de las acciones en salud, se formulan a finales de los años 90s Políticas Nacionales de Salud, cuyos ejes centrales fueron: La Modernización del Sector Salud, el Fortalecimiento del MINSA, el Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, Las Nuevas Estrategias de Salud Pública y las Reformas de la Seguridad Social.

Aportes importantes en esta etapa de reforma se han logrado en el marco de la modernización sectorial con la elaboración de la Ley General de Salud, Ley 423, y su Reglamento, contando con instrumentos jurídicos para garantizar la equidad y la seguridad en materia de salud.

Los arreglos institucionales desarrollados en los últimos 16 años tienen como marco de referencia la incorporación de Políticas Neoliberales en la economía nacional, con ajustes importantes en materia institucional del Estado (reducción en el número de sus instituciones y transferencia de muchas funciones al ámbito privado) aunado al limitado crecimiento económico y proceso de concentración de la riqueza, ha conducido a un escenario social donde la pobreza y la exclusión social determinan la demanda en los servicios de salud.

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

⁵ Nicaragua. Ministerio de Salud. Programa de capacitación sobre el modelo de atención integral a la mujer y la niñez. Proyecto de desarrollo de un modelo de atención integral materno-infantil OPS/OMS-PL-480. Managua 1995 (mimeografiado).

⁶ Nicaragua. Ministerio de Salud. Análisis del Sector Salud. Managua. 2000. p. 148-149.

sistema, descuidando los elementos sustantivos del desempeño del sistema de salud que permitan atender la dimensión y dinámica de los problemas de salud.

IV. Justificación

Los establecimientos de salud en el país históricamente se han enfocado en la atención curativa con tendencia a la especialización Médica. El MINSA en 1995 inició la implantación de un modelo de atención integral que destacó las acciones para el binomio madre-niño incidiendo en la morbi-mortalidad de este grupo poblacional, generando desarticulación de los servicios de salud, y por lo tanto descuido a los otros segmentos poblacionales.

El gasto en salud⁷ de Nicaragua representa un 7.8% respecto al Producto Interno Bruto (PIB) del año 2004, relación que es similar con respecto a los países del área centroamericana, sin embargo, a nivel nacional el per cápita es de U\$ 66 dólares, lo que hace que el presupuesto asignado sea menor al resto de países del área. Las principales fuentes de financiamiento del sector salud del año 2004 fueron los hogares (49.4%) y los fondos del tesoro (18.5%).

Según la última encuesta de nivel de vida del 2005 la población que vive en pobreza representa el 48.3%, de los cuales la población en extrema pobreza es el 17.2%. La extrema pobreza rural supera en 5 veces a la de las zonas urbanas.

La cobertura de atención en salud materna ha mejorado en los años recientes, tanto en la Atención Prenatal como en la Atención del Parto por personal calificado, según los resultados que ha encontrado la ENDESA 2006/07⁸, a pesar de ello el indicador de daño – la mortalidad materna- ha variado muy poco. Aunque los indicadores de proceso sobre la salud de niños y niñas han mejorado en los últimos años, la mortalidad infantil ha cambiado muy poco, según ENDESA 2006/07 en el quintil de ingresos más alto es de 19/1000 nacidos vivos y se triplica para el quintil de ingresos más bajo, 35/1000, expresión muy importante de la inequidad para los más pobres.

Desde el punto de vista geográfico, un factor crítico que interfiere en el acceso de la población a los establecimientos de salud es la densidad poblacional la cual tiene un rango entre 7 y 530 habitantes por kilómetro cuadrado, esto se complica aún más con el crecimiento no ordenado de la red de servicios, sin criterios de accesibilidad. Esto ha propiciado que en algunos lugares la población utilice únicamente los recursos comunitarios para cubrir sus necesidades.

Con respecto a la iniquidad los resultados según ENDESA2006/07, en comparación con el quintil de mayor bienestar los más desfavorecidos tienen las siguientes características:

- Probabilidad de mortalidad infantil dos veces mayor
- Tasa global de fecundidad tres veces más alta
- Desnutrición crónica total seis veces más alta
- Embarazo en adolescentes 3 veces mayor
- La utilización de los establecimientos de salud para la atención del parto es dos veces menor;

⁷ Nicaragua. Ministerio de Salud. Informe preliminar de Cuentas Nacionales de Salud. Managua, 2004.

⁸Nicaragua. Ministerio de Salud e Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud. Managua. 2006-2007.

- El cumplimiento de los esquemas de vacunación es 10 puntos porcentuales más bajo
- La prevalencia de EDA es tres veces más frecuente;
- El uso de métodos anticonceptivos modernos es diez puntos porcentuales menor;

Esta situación requiere de cambios innovadores para mejorar la equidad, calidad, y eficiencia en la prestación de servicios de salud, generar espacios de participación de la comunidad para enfocar los gastos en salud y optimizar los recursos financieros, tecnológicos y humanos disponibles en los niveles locales, generando procesos participativos que modulen el prototipo de un modelo de atención en el sector salud.

Con los avances del proceso de reforma del sector salud, surge la necesidad de adoptar un modelo de atención que garantice el acceso a los servicios de salud, que sea capaz de reducir las brechas en la situación de salud entre grupos de población de acuerdo a sus niveles de pobreza, sexo, edad, etnia y otras características de los grupos humanos identificados, a fin de eliminar el principal problema de salud, que es la inequidad.

V. Mandatos

Además del contexto político existe un marco jurídico que facilita el diseño de un modelo de atención que sea eficiente, equitativo, efectivo y participativo.

Según el **artículo 59 de la Constitución** *“Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.*

Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen”.

Otra responsabilidad es que el *”Estado procurará establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional y para su ubicación laboral.” (Arto.62 de la Constitución).*

Estos artículos han sido complementados en la **Ley General de Salud**, Ley No. 423, en la que se establece como objeto de la misma en el artículo 1: *“tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales.*

Asimismo la citada ley, en su artículo 5, marca los principios básicos, siendo éstos: *“gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad, sostenibilidad y responsabilidad de los ciudadanos”.*

La **Ley de Medicamentos y Farmacias**, Ley 292, en su artículo 3, dispone que:

“El Ministerio de Salud es el órgano competente del estado para ejecutar, implementar y hacer cumplir la presente Ley.

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

El **Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua**, Ley 28, señala que:

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

La **Ley de Participación Ciudadana**, Ley No. 475, tiene por objeto:

“promover el ejercicio pleno de la ciudadanía en el ámbito político, social, económico y cultural, mediante la creación y operación de mecanismos institucionales que permitan una interacción fluida entre el estado y la sociedad nicaragüense, contribuyendo con ello al fortalecimiento de la libertad y la democracia participativa y representativa establecido en la Constitución Política de la República.”

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

El Modelo de Atención, no solo pretende ampliar la cobertura de los servicios de salud, reordenar y optimizar el uso de los recursos humanos y físicos en el sector, sino que además, busca mejorar la equidad, la calidad, la eficacia y la eficiencia, así como incrementar la satisfacción de sus usuarios.

Lo anterior, se puede lograr por medio de cambios en el enfoque de atención y en el modelo de asignación de recursos y responsabilidades, en el caso del sector público; en el escalonamiento de la oferta y la especialización del trabajo, según niveles de atención bien definidos; y en la incorporación de la comunidad organizada al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios de salud.

Con el modelo se espera, además, que contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla, así se puede observar que el **Art. 13** de la **Ley General de Salud** establece que: *“La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”.* Este artículo involucra a todos para lograr beneficios en salud.

La **Ley de defensa a los consumidores**, Ley No. 182, en su artículo 1 garantiza a los consumidores la adquisición de bienes o servicios de la mejor calidad, en sus relaciones comerciales, mediante un trato amable, justo y equitativo de parte de las empresas públicas o privadas individuales o colectivas. El usuario, consumidor de servicios de salud requiere que se le garantice la calidad de los mismos.

Política Nacional de Salud

La Política Nacional de Salud actual está encaminada a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación para el desarrollo de acciones que resuelvan los

problemas de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud (MINSA).

Los lineamientos generales de la política nacional de salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno, haciendo énfasis en la promoción y prevención, así como en el trato respetuoso y humano en los servicios de salud en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud. Orienta al fortalecimiento de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud.

En este contexto, la Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional señala los siguientes lineamientos:

1. *Lograr que las personas no se enfermen, un pueblo sano es feliz*: Desarrollar acciones de promoción y prevención con calidad, equidad y enfoque de género involucrando a la población en acciones de información, educación y comunicación.
2. *Atención de salud de calidad y medicina gratuita*: Garantizar la gratuidad de la atención de salud a la población con trato humanizado y digno, disponiendo de medicamentos genéricos de calidad en redes de farmacias, públicas, privadas y comunitarias.
3. *Disminución de las listas de espera quirúrgica y de listas de espera para consulta externa especializada*: Responder a las demandas quirúrgicas y de atención especializada a la población, implementando nuevas modalidades de atención alternativa, mejorando la articulación entre las instituciones del sector salud, la infraestructura y equipamiento de las unidades.
4. *Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayores dificultad de acceso*: Implementar un Modelo de Salud Familiar y Comunitario dirigido a las personas, familia y comunidad para superar los problemas de accesibilidad geográficas, económicas, funcionales y culturales. Aumentar la cobertura de la seguridad social y la universalización de su canasta básica.
5. *Implementación de estrategias innovadoras en salud en las regiones autónomas de la costa caribe*: Fortalecer el desarrollo de modelos de atención innovadores en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe con el fin de establecer la máxima correspondencia posible entre la actuación local del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico y cultural de sus poblaciones.
6. *Rescate de la medicina popular y tradicional, y otras formas de medicina no occidental*: Promover las diferentes expresiones de la medicina popular tradicional con derecho a participar en la prestación de los servicios.
7. *Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector salud*: Estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud en sus distintas formas de organización, Incorporando a la población en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria con un mayor compromiso, articulando sus acciones con las instituciones, organizaciones del territorio en la definición de un modelo de desarrollo humano como objetivo común.

8. *Desarrollo Integral de los Recursos Humanos del Sector Salud*: La política de recursos humanos se concertará en el sector con el fin de encontrar los mecanismos que incentiven al trabajador a comprometerse con la calidad de la atención. Al mismo tiempo que se le retribuya de manera justa en el marco de las condiciones económicas del país.
9. Alineamiento, armonización y apropiación de la cooperación externa en el sector salud: Se hace necesario redefinir la cooperación en función de la nueva política y estrategias del sector social.

La materialización de estas políticas permitirá crear nuevas condiciones de atención a la población con mayor eficiencia de forma tal que el impacto en el estado de salud de los Nicaragüenses contribuya al desarrollo del país.

VI. Generalidades

6.1 Definición

El MAIS como se establece en la Ley 423 ahora denominado MOSAFC, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan.

Dicho Modelo, es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para su implementación. Enfoca la atención a las familias, personas y comunidad como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea.

Este Modelo genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital.

6.2 Objetivos del modelo

De acuerdo con el Reglamento de la **Ley General de Salud**, son objetivos del MAIS⁹ ahora Modelo de Salud Familiar y Comunitario⁹:

1. *Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.*
2. *Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.*
3. *Proteger de epidemias a la población*
4. *Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.*
5. *Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.*

⁹ Nicaragua, Reglamento, Ley General de Salud. op. cit. Arto. 39, Año 2002.

6.3 Atención Primaria en Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitario

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación¹⁰”.

Para mejorar la salud, la atención primaria se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes; es decir, en el medio físico y social en el que las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas.

6.3.1 Principios del modelo¹¹

6.3.1.1 Accesibilidad a los servicios de salud

El ordenamiento de los servicios de salud se basará en criterios de accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica, etc. que garanticen una puerta de entrada para favorecer el primer contacto de los usuarios, incluyendo a las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe concretizar los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad y equidad¹². Asimismo se asume el principio de accesibilidad de la **Política Nacional de Población**¹³, aprobada en el año 1997, que reconoce:

- *“el respeto a los principios legales, culturales, morales y religiosos de la población”.*
- *“el papel integrador de la familia con relaciones basadas en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”.*
- *“el respeto a la diversidad étnica y el derecho que tiene cada comunidad para preservar y desarrollar su propia identidad cultural”.*

6.3.1.2 Integralidad de las acciones en los servicios de salud

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario contemplará a la persona como un ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea. Implica la orientación de la atención hacia la solución integral de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud.

Asegura que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas y/o grupos poblacionales lo necesiten. Esto implica responsabilidad territorial y poblacional por parte de los diferentes actores claves del sector social.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Septiembre de 1998. Párrafo VI.

¹¹ Nicaragua. Reglamento de la Ley General de Salud. op. cit. Arto. 40.

¹² Nicaragua. Ley General de Salud. Ley 423. op cit. Arto. 5.

¹³ Nicaragua. Ministerio de Acción Social. Política de Población. Managua 1996.á

6.3.1.3 Longitudinalidad (continuidad) en el proceso de la atención en salud

Es la relación personal a largo plazo que se establece entre el personal proveedor y usuarios del servicio de salud. Implica que el equipo de salud al cuidado de los usuarios se preocupe de su atención integral en los diferentes niveles de atención.

Esta característica del modelo de atención nicaragüense es uno de los pilares para asegurar la articulación entre los diferentes niveles de atención y la cohesión de la red de servicios de salud del país y, por tanto, de la referencia y contrarreferencia.

La atención longitudinal significa que los usuarios pertenecientes a una población identifiquen como suya a una red de servicios, su establecimiento inmediato de atención y personal encargado de proveerle servicios.

6.3.1.4 Coordinación entre los niveles de atención en salud

El sector de salud nicaragüense, al organizarse en redes de servicios por niveles de atención y con establecimientos de salud de complejidades diversas, requiere tener identificación clara de la población a atender, la cual puede acudir y acceder a los establecimientos para ser atendida en diversos aspectos de sus necesidades de salud. La coordinación debe ser lo suficientemente efectiva cómo para garantizar el acceso efectivo y la continuidad de la atención.

La coordinación es la base de la articulación de los servicios y su organización para responder al marco definido por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua; lo cual implica evolucionar hacia nuevas formas de atención compartida entre profesionales de diferentes perfiles, grado de especialización, ubicados en establecimientos de diferentes niveles de atención.

Esto se debe basar en una clara comprensión de parte del usuario, del personal que lo refiere a otro servicio o establecimiento en la red, así como también una comprensión clara del personal que lo recibe, acerca de la importancia y la responsabilidad de garantizar la atención continuada del usuario.

VII. Componentes del Modelo

El Reglamento de la Ley General de Salud indica que el Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene tres componentes: **provisión, gestión y financiamiento**.

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

El resultado esperado es servicios de salud eficaz, efectiva y eficiente, que generen una mejora equitativa de la situación de salud de la población y progresivamente, mayores niveles de satisfacción de los usuarios, asegurando la protección financiera frente a los riesgos que trae consigo el costo de los servicios.

7.1 Componente de atención/provisión de servicios

El desarrollo del Componente de provisión se sustenta en un Sistema Integrado de Servicios de Salud el cual se define como un conjunto de Servicios de Salud organizados de manera específica y complementaria, teniendo interrelación necesaria entre ellos para ser capaz de ofrecer atención con calidad y responder a los problemas de salud de una problemática definida.

La provisión de servicios es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brindan a la población y su ambiente, a través de una **red de servicios** articulados. La provisión de servicios incorpora criterios de asignación de la población a ser atendida y los principios relativos al proceso de **gestión clínica y gerencia del cuidado**, con énfasis en la satisfacción de los usuarios.

La provisión de servicios contempla la realización de las acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludable, protección frente a las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades.

El componente provisión incorpora como premisa central la promoción de la salud¹⁴, proceso mediante el cual las personas y las comunidades se apropian de los medios e instrumentos necesarios para estar en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de este modo, mejorar su estado de salud.

7.1.1 Elementos de la provisión

Los elementos incluidos en este componente son:

- a) Población
- b) Abordaje de la atención en salud a la población.
- c) Conjunto de Prestaciones de Salud por ciclos de vida.
- d) Modalidades de entrega de los servicios.
- e) Organización para la provisión de servicios

La provisión de servicios se centra en la atención integral a las personas, y para efecto de dirigir sus acciones considera la situación diferenciada de los grupos poblacionales según el ciclo de vida en niño, adolescente, adulto y adulto mayor, tomando en consideración el perfil epidemiológico, el riesgo, las diferencias de género y la vulnerabilidad del grupo poblacional.

Cada persona al entrar en contacto con el sector salud, debe ser abordada desde la perspectiva de persona, de su inserción en su núcleo familiar y en la comunidad a la que pertenece. Además debe merecer atención el medio en que se desarrolla.

7.1.1.1 Población

La población se protegerá de acuerdo a los regimenes de salud establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud 423, arto 338,339 y 340. Régimen Contributivo, No Contributivo y Voluntario.

El sistema de salud atiende a la población nicaragüense según sus necesidades, acceso gratuito y universalidad a los servicios de salud para que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud. Política Nacional de Salud (universalidad).

Grupos de Población por ciclos de vida:

La población definida para el Modelo de Atención se identifica por grupos de población

¹⁴ Los enfoques y estrategias para la promoción de la salud fueron presentados en la declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Ottawa del 17-21 de noviembre de 1986 conocida como “la Carta de Ottawa”. Esta declaración fue asumida en la declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá del 9-12 de noviembre de 1992 bajo auspicios de OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Colombia, a la que adhirió el Ministro de Salud de Nicaragua como participante de la conferencia.

según ciclo de vida, siendo estas las siguientes:

1) *Niñez*

Inicia desde que un ser humano es concebido y abarca a los individuos hasta antes de cumplir los 10 años de edad. La niñez es el grupo de población más desvalido que tiene la sociedad ya que es dependiente en diferentes grados. Períodos que abarcan la niñez: Embrionario y fetal, Neonatal o de recién nacido, Post-neonatal, Lactantes menores, Preescolares, Escolar.

Se debe tener en cuenta que la niñez es el período en que se aprenden y consolidan muchos de los estilos de vida que serán reproducidos en la vida adulta y que serán determinantes en la situación de salud y enfermedad de cada persona y además que el principal vehículo de dicha formación es la familia, teniendo como apoyo importante a la escuela.

2) *Adolescentes*

Este grupo poblacional comprende a las personas de 10 a 19 años y en el se pueden distinguir dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud. La provisión de los servicios debe dirigir sus acciones hacia la prevención de adicciones, el embarazo precoz y no planificado, la promoción de estilos de vida saludable y la salud mental.

3) *Adultos*

Este grupo de población comprende a las personas de 20 a 59 años, que debe ser dividido al menos en dos subgrupos: las personas de 20 a 49 años y las de 50 a 59 años. La provisión de servicios debe dirigirse a la detección oportuna de factores de riesgo de problemas de salud priorizados en este grupo poblacional, así como acciones dirigidas a mejorar su salud sexual y reproductiva.

Se trata de un grupo de población en edad productiva y reproductiva cuyos problemas de salud son originados en edades tempranas fundamentalmente por hábitos y estilos de vida poco saludable, accidentes laborales y exposición a factores ambientales cuyos efectos solo se detectan después de largo período, lo que impone severas exigencias para su atención.

4) *Adultos mayores*

Este grupo poblacional comprende a las personas de 60 años y más. Como grupo esencial y vulnerable de la sociedad el adulto mayor debe vivir con dignidad y conservar la máxima capacidad funcional posible.

Población Vulnerable y grupos especiales.

Los diferentes regimenes de salud consideran especialmente a la población vulnerable,¹⁵ aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades básicas para su desarrollo humano, así como grupos especiales de personas de acuerdo a los factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

Para la identificación de grupos vulnerables se debe focalizar los grupos en base a criterios de riesgo como:

¹⁵ Nicaragua. Ley General de Salud, op. cit. Arto.8, incisos 2 y 3

- Accesibilidad geográfica.
- Acceso a servicios básicos.
- Comunidades con mínimo nivel de desarrollo.
- Inequidades de ingreso
- Disparidades de género.
- Oportunidades no equiparables entre las personas (discapacidad).

7.1.1.2 Abordaje integral de la salud

Una provisión de servicios efectiva y eficiente debe considerar a la población en términos de la persona, familia y comunidad como sujetos de la atención inmersos en un entorno físico y ecológico que le favorecen o limitan su salud.

1) Atención centrada en las personas

La prestación de servicios se centra en el cuidado y auto cuidado de las personas y no solo en la atención a “enfermedades”, por lo que las acciones se organizan en función al desarrollo sano de las personas según el grupo etareo a que pertenezcan.

Es importante destacar la *aptitud cultural* en la atención, que implica la identificación de las necesidades diferentes y el abordaje de atención a los miembros de poblaciones especiales por sus características étnicas, raciales, culturales o de otra índole.

2) Atención centrada en la familia

La familia es la institución social básica, es el punto de arranque decisivo en el proceso de socialización de las nuevas generaciones renovadoras de la sociedad¹⁶.

En su interior la familia tiene diferentes roles y funciones como la transmisión de valores y conductas, el desarrollo de lazos tanto afectivos como emocionales y la interacción con el sistema social. Es en la familia donde se fomenta la salud o se genera la enfermedad.

El enfoque de atención centrada en la familia lleva al prestador a conocer que factores en los miembros de la familia del usuario están influyendo en sus problemas de salud y también cuáles son los problemas que la familia y sus miembros están recibiendo de parte del usuario. Se identifican factores de riesgo y daños en el seno de la familia, incluyendo condiciones de vida y otros determinantes de su salud, a fin de ayudarles capacitándoles en el auto cuidado de su salud y en el apoyo entre sus miembros y tratar de resolver los problemas de salud de todos como una unidad orgánica.

3) Atención centrada en la comunidad

Las necesidades de salud de los usuarios son modificadas por su contexto socioeconómico, por lo que la identificación de dichas necesidades requiere conocer ese contexto.

Los servicios de salud orientados a la comunidad deberán contar con el conocimiento actualizado de las necesidades y prioridades en salud valoradas desde la óptica técnica como de la óptica comunitaria. En ellos, el personal de salud, los proveedores, participan en los asuntos de la comunidad y poseen conocimientos específicos sobre los sistemas sociales y de apoyo solidarios existentes, incluyendo los recreativos, religiosos y políticos.

¹⁶ Silva Gómez, Edelmira, et al. Influencia del medio ambiente en la organización familiar. Universidad Santo Tomás de Aquino. Bogotá. 1975. p.33

En este proceso, la comunidad y sus miembros, participaran tanto en los espacios de gestión en las unidades de salud, como en las acciones que fortalecen su propia salud como las jornadas de salud, las iniciativas de entornos saludables (barrios, escuelas, mercados, espacios o municipios y el entorno laboral), las jornadas programadas con la comunidad para la detección temprana de enfermedades que amenacen la salud de sus miembros, ferias de salud entre otras.

Para los grupos étnicos, las comunidades indígenas son la unidad geográfica base de su organización. Constituyen su garantía de sobrevivencia, puesto que a ese nivel los pobladores mantienen y reproducen su visión del mundo, la relación armónica entre los miembros de su comunidad y la naturaleza. A través de esas relaciones se ha transmitido de generación a generación la profunda espiritualidad y sus valores culturales que son ejes dinamizadores de la vida de la comunidad.

Esta visión obviamente incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades indígenas, por tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades. En el proceso salud enfermedad de la comunidad se encuentran relaciones entre los pacientes, sukias, profetas, curanderos y la comunidad en la cual el eje de las relaciones es la confianza¹⁷.

4) *Atención al medio ambiente físico y ecológico*

La provisión de servicios de salud adopta una estrategia de acción ambiental, básicamente preventiva y participativa en el nivel local que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y adecuado. Los pobladores deben ser informados sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud, bienestar y supervivencia¹⁸.

Parte de la provisión de servicios al medio ambiente físico y ecológico es una comunidad que participa activamente en la búsqueda de un ambiente saludable y la movilización conciente en la vigilancia de factores de riesgo, para este fin se requiere de la coordinación intersectorial e interinstitucional, así como de la comunidad organizada.

7.1.1.3 Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud

El Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud¹⁹, es un conjunto de beneficios de servicios de salud para toda la población que incluye acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Está dirigido a las personas, familia, comunidad y al ambiente, toma en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional, el perfil epidemiológico, el riesgo, la disponibilidad de recursos sectoriales y sociales, así como las características étnicas, culturales, ambiente físico y ecológico.

Los beneficios del Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud se clasifican de acuerdo a los ámbitos definidos en el Reglamento de la Ley General de Salud, en tres grupos:

1. **Servicios públicos en salud:** Grupo de beneficios y acciones de salud pública, vigilancia, fomento y educación dirigidas a promover hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud en la persona, familia y comunidad.
2. **Servicios de protección y prevención en salud:** Son acciones encaminadas a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población.

¹⁷ Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. op. cit. p. 23.

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud; Atención primaria ambiental (APA). OPS/HEP/98.1. Washington D. C. 1998. p. 24.

¹⁹ Nicaragua. Reglamento de la Ley General de Salud. op. cit. Arto 49.

3. **Servicios para la atención oportuna del daño:** Son acciones dirigidas a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas.

Las acciones de salud a brindar por ámbito del conjunto de prestaciones de salud serán definidas por ciclo de vida y ámbitos de atención, identificando las que tienen mejor efectividad para la resolución de la situación de salud del país.

Ninguno de los regímenes puede ofrecer a sus beneficiarios, menos prestaciones que las enunciadas en el conjunto de prestaciones de servicios de salud.

Servicios públicos en salud

1. Educación higiénica
2. Educación en salud
3. Inmunizaciones
4. Promoción a la salud
5. Prevención y control de las principales enfermedades transmisibles y Tropicales
6. Vigilancia y control de agua, alimentos, desechos sólidos y líquidos, medicamentos y otros productos relacionados con la salud, sustancias tóxicas y peligrosas
7. Vigilancia, investigación y control epidemiológico, epizoótico y Entomológico

Servicios de protección y prevención en salud

8. Atención prenatal, parto, y puerperio
9. Atención inmediata del recién nacido
10. Cuidados de la nutrición
11. Detección temprana del cáncer de cérvix y mama
12. Planificación familiar
13. Promoción de la salud bucal
14. Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo

Servicios para atención oportuna del daño

15. Atención a personas con discapacidad
16. Enfermedades prevalentes de la infancia
17. Emergencias médicas y seguimiento
18. Morbilidad ambulatoria
19. Pacientes con enfermedades crónicas
20. Problemas del recién nacido
21. Rehabilitación con base en la comunidad
22. Trastornos psiquiátricos

7.1.1.4 Modalidades de Entrega de los Servicios

La entrega de servicios de salud a la población en cantidad suficiente y con calidad para la satisfacción de sus necesidades básicas de salud y para el abordaje a los principales daños a la misma, requieren organizarla en las Unidades de Salud atención teniendo en cuenta las necesidades de la población, niveles de pobreza, acceso geográfico y cultural a los servicios de salud, costos a la institución sobre la entrega de servicios de salud en función de mejorar la calidad y cobertura.

La efectividad de los servicios de salud requiere de combinaciones adecuadas de modalidades de entregas de los mismos, de forma tal que se logre hacer sinergia entre la actuación de los diferentes proveedores de servicios de salud de la red: públicos, privados y comunitarios:

- Acciones en el Establecimiento: Se refiere a las acciones individuales y grupales que se brindaran en los establecimientos de salud de toda la red del sector (público, privado y comunitario).
- Acciones en la comunidad y el hogar: Se refiere a las acciones que se brindarán en la comunidad y los hogares por los proveedores de salud de toda la red del sector: Visitas programadas periódicas y sistemáticas a los hogares, brigadas integrales a las comunidades de alta vulnerabilidad, sesiones grupales, Jornadas Populares y Ferias de Salud, Lucha antiepidémica, Prevención de desastres.

Las modalidades de entrega de los servicios de salud, priorizarán la atención a comunidades alejadas, coordinadas con los líderes de la comunidad a fin de garantizar con ellos la mayor cobertura posible. Esta atención deberá brindarse en los locales de referencia ó preferencia del sector en horarios convenientes para la población.

Esta atención debe estar dirigida a grupos especiales de población, como es el caso de embarazadas, niños (as), crónicos y discapacitados.

La atención a la población de las comunidades pobres y alejadas se garantizará mediante la estrategia de brigadas móviles médicas hacia los grupos priorizados a los que se les

apoye en sus gastos operativos e incentivos de acuerdo con su rendimiento en función de la cobertura y calidad de servicios a grupos priorizados.

Los proveedores de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, establecerán vínculo permanente con las diferentes expresiones organizadas de la comunidad a fin de acercar los servicios de salud a las personas, familia y comunidad con énfasis en aquellas situaciones de vulnerabilidad, garantizando que estos servicios sean entregados de manera sistemática y oportuna. La provisión de servicios de salud debe estar enfocada fundamentalmente en la promoción y prevención de la salud, la que se basa en el fortalecimiento de la participación ciudadana como sujeto activo en la búsqueda de la salud de su comunidad. Para ello se deberán desarrollar diversos mecanismos de coordinación y organización fomentando así la co-responsabilidad social.

7.1.1.5 Organización para la provisión de servicios

La Organización territorial de los servicios de salud sobre la base de un modelo de atención familiar y comunitario requiere el desarrollo de un Sistema Integrado de Servicios de Salud donde se establece una definición clara de las responsabilidades de los diferentes prestadores de atención y de los diferentes sectores sociales involucrados en el mejoramiento de la salud. Se necesita funcionar integralmente y complementariamente, siendo necesario coordinar y regular el accionar de los actores públicos y privados para evitar un funcionamiento independiente de los servicios de salud del Ministerio de Salud, evitando diferencias en la accesibilidad, cantidad y calidad de los servicios, que generen brechas en la atención para los más pobres. Para lograr calidad de la atención con criterios de integralidad, integración y continuidad, la provisión de los servicios de salud, se organizará en redes, con base en los niveles de atención establecidos por la Ley General de Salud.

La organización de la provisión de servicios contempla como estrategia el **Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios**, proceso por el cual los establecimientos de la red de servicios (públicos, privados y comunitarios) alcanzan en forma ordenada el nivel de cobertura y complejidad establecido para garantizar la atención integral a la población del territorio bajo su responsabilidad (directa e indirecta o de referencia). Dicha estrategia permitirá guiar las necesidades de inversión en salud en el corto, mediano y largo plazo, así mismo guiar la organización y distribución de los recursos existentes a nivel local.

La organización de la red implicará fortalecer la capacidad resolutive de los Establecimientos de Salud para responder de manera integral y oportuna a la demanda de los servicios de salud, esto requiere contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad en las familias, personas y comunidad. Así mismo implicará la organización de los servicios (agenda de citas, horarios de atención, reubicación de recursos humanos, dar a conocer a la población las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento de salud, entre otras).

1) Organización de redes

Una red de servicios de salud organizada, la conforman un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaz de responder a la mayoría de la demanda en salud de una población en un determinado territorio. Pueden ser sectorial, municipal, departamental, nacional y los vínculos que se puedan producir entre ellos.

Su propósito es aumentar la accesibilidad a los servicios de salud, reducir las brechas de atención y mejorar la continuidad de la atención y los cuidados a la salud.

Para la organización de la red de servicios, deben considerarse los siguientes criterios:

- Desarrollo del territorio o sector
- Accesibilidad
- Características de la población
- Oferta de servicios
- Tipos y número de establecimientos de salud existentes en el territorio articulado en redes.
- Selección de establecimientos a ser fortalecidos y que servirán como satélites.

Las principales características de las redes de servicios de salud deben ser:

- Ágil, articulada y complementaria
- Compartiendo fines y objetivos comunes
- Modelo organizativo de menor a mayor complejidad.
- Con roles claramente definidos a nivel sectorial social
- Centrada en las personas, familia y comunidad.
- Con un enfoque de atención primaria basado en la comunidad.
- Énfasis en las acciones de promoción y prevención en salud.
- Utilización racional y eficiente de los recursos disponibles.

Responsabilidad de la organización territorial de las redes de servicios

A nivel municipal la organización y funcionamiento de la red de servicios es responsabilidad del equipo gerencial de salud-MINSA del municipio.

A nivel departamental la sede del SILAIS es el garante de conducir la conformación de las redes municipales de salud y sus vínculos con los hospitales departamental, regional y de referencia nacional, velando por el cumplimiento de los criterios y características de las redes.

Las redes de servicios de salud se conforman por establecimientos comunitarios, públicos y privados, que actúan de forma complementaria en la resolución de los problemas de salud de las familias nicaragüenses.

1. a) Establecimientos de Salud comunitarios

- Casas Bases
- Casas Maternas
- Dispensarios médicos comunales
- Otros

1.b) *Establecimientos de salud públicos*

- Puesto de salud familiar y comunitario
- Centro de salud
- Hospital Primario
- Policlínico
- Hospital departamental
- Hospital regional con su centro de diagnóstico regional de alta tecnología
- Establecimientos del Ministerio de Gobernación (MIGOB) y Ejército de Nicaragua
- Hospital con servicios de referencia nacional
- Centros Nacionales de Servicios Especializados

1.c) *Establecimientos de salud privados*

- Clínica Médicas Provisionales
- Clínicas de ONGs
- Dispensarios Médicos de Instituciones Sociales o Religiosas
- Consultorios y Clínicas Médicas Privadas
- Hospitales
- Farmacias
- Laboratorios Clínicos
- Centro de Estudios por imágenes
- Establecimientos para fisioterapia y rehabilitación
- Ópticas y centros oftalmológicos
- Clínicas de Nutrición
- Centros de Medicina Natural
- Centros de Terapias Alternativas de medicina no occidental
- Cruz Roja Nicaragüense
- Otros Establecimientos

Con el propósito de asegurar efectividad y oportunidad en la atención, la organización funcional de la red de servicios estará integrada por:

- Proveedores de primer nivel de atención.
- Proveedores de segundo nivel de atención.
- Proveedores de servicios tercer nivel de atención.

2) Niveles de atención

Los niveles de atención son formas organizativas de los servicios de salud que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen, lo que les dota de capacidad para la satisfacción de necesidades y resolución de problemas de salud (Lord Dawson of Penn²⁰).

Cada nivel de atención, constituye un conjunto de acciones en salud, tanto para preservar la salud como para recuperarla, que utiliza métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas y, son puestos al alcance de todas las personas, las familias y comunidad.

Según la legislación vigente se definen tres niveles: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención.

Son funciones comunes a los tres niveles de atención las siguientes:

- Desarrollo de funciones administrativas de planificación, organización, ejecución y control de las acciones en salud, en coordinación y corresponsabilidad con la familia, comunidad y demás actores sociales.
- Coordinación con el resto de unidades de la red a través del sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.
- Mejoramiento continuo de la calidad, mediante el intercambio de experiencias entre los niveles de atención, la capacitación de recursos humanos, y la gestión de nuevas tecnologías, entre otros.
- La vigilancia de la salud.

2.a) Primer nivel de atención

Es el primer escalón de la organización del modelo de atención integral, ahora Modelo de Salud Familiar y Comunitario, esta dirigido a resolver las necesidades básicas de salud más frecuentes de la población, considerando que estas necesidades, se resuelven con tecnologías simples, de baja complejidad y efectivas.

Aborda los problemas más frecuentes de la comunidad y proporciona servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Los servicios de este nivel se prestan a la persona, la familia y la comunidad.

Las competencias de este nivel de atención se expresan en una gama de servicios clasificados en tres grupos:

1. **Servicios de promoción y protección de la salud**. Se considera la información educación y comunicación en salud dirigida a arraigar hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud y a desterrar y modificar favorablemente los estilos de vida lesivos a la salud, las acciones de higiene a la comunidad que comprende la vigilancia de la correcta eliminación de basuras y aguas, la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, el fomento de la higiene domiciliar y de la higiene personal, la higiene de los alimentos, incluyendo el control a los procesadores, expendedores y

²⁰ Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de servicios médicos y afines. publicado por OPS/OMS en publicación científica No. 93 Washington D. C. 1961. párrafo 4.

manipuladores de alimentos, la higiene de los locales de reunión, el control de vectores: transmisores de enfermedades tropicales, el conjunto de servicios de promoción de la salud y protección inespecífica y específica.

2. **Servicios de detección temprana, atención oportuna y rehabilitación adecuada de los principales problemas de salud.** Entre estos pueden mencionarse las enfermedades prevalentes de la infancia, las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH / SIDA, enfermedades de transmisión vectorial, la tuberculosis, los cánceres ginecológicos, la atención o referencia a emergencias, las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, asma, etc.), la rehabilitación basada en la comunidad.
3. **Servicios de fomento del desarrollo saludable de grupos de población vulnerable** En esto cuentan los referidos a la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niños, las acciones de atención prenatal, la atención oportuna de los partos de bajo riesgo y del período puerperal, los servicios dirigidos al desarrollo sano de los adolescentes basados en consejerías dirigidas a sus problemáticas específicas, la protección contra enfermedades inmunoprevenibles, la planificación familiar y acciones dirigidas a adultos mayores. Incluye acciones ambientales (físico y ecológico preventivas).
4. Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país, mediante la investigación.

2.b) Segundo nivel de atención

Es el nivel organizativo que brinda continuidad a la atención iniciada en el primer nivel de atención. En este nivel se atiende a los usuarios con problemas de salud que por su complejidad y/o requerimientos tecnológicos (diagnósticos y terapéuticos) no pueden ser resueltos en el nivel precedente, por lo que requieren una atención especializada.

El ingreso a este nivel puede ser solicitado desde el primer nivel, a través de dos modalidades: la inter consulta y la referencia. Las emergencias se atienden de forma directa, sin necesidad de una consulta de los facultativos del primer nivel.

Las competencias de este nivel de atención se expresan en una gama de servicios clasificados en:

1. Servicios ambulatorios: para atención de morbilidad a través de consulta médica de especialidades y otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.
2. Servicios de internamiento: para la atención especializada de cuadros patológicos agudos, intervenciones quirúrgicas, atención de emergencias, partos, agudización de casos crónicos y estudio de casos.
3. Servicios de rehabilitación.
4. Promoción y prevención integral.
5. Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país, mediante la investigación.

2.c) Tercer nivel de atención

Aunque en Nicaragua en realidad no existe como tal, se identifican algunos servicios especializados en áreas importantes como: Cardiología, Oncología, Nefrología, Radioterapia, los que serán convertidos en el futuro en Institutos de Investigación.

Es el nivel responsable de proporcionar servicios de salud en todas las sub-especialidades médicas y quirúrgicas de alta complejidad. Brinda apoyo diagnóstico y terapéutico que amerita alta tecnología y mayor grado de especialización. Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país, mediante la investigación.

3) Proveedores de servicios de salud

Los proveedores de servicios de salud son personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, nacionales o extranjeras debidamente autorizados, que tienen por objetivo la provisión de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud que requiere la población. Incluye cualquier otro proveedor cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.

Para la provisión de los servicios de salud se requiere de una serie de recursos básicos que incluye: el personal sanitario y comunitario, las instalaciones sanitarias y los bienes de consumo, médicos y no médicos, así como la organización de los mismos.

La cantidad y calidad de servicios a disposición de la comunidad depende en gran medida de la capacidad de convocatoria de las instancias de conducción sectorial, para la movilización de los recursos que la sociedad tiene a través de diferentes proveedores de servicios de salud.

Los establecimientos que presten servicios de salud deben estar debidamente habilitados. Su categorización será definida de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud.

Los proveedores brindarán sus servicios de salud en los establecimientos y en la comunidad estableciendo una interacción con la misma. La interacción con la comunidad será realizada a través de la red comunitaria existente, para esto cada establecimiento de salud, tendrá identificada su red y establecido los mecanismos de coordinación de forma sistemática.

7.2 Componente de Gestión

El componente de gestión permite identificar quién y sobre qué recursos se toman decisiones para el cumplimiento de los objetivos del MOSAFC, este componente está integrado por un conjunto de procesos, procedimientos y actividades que se estructuran y funcionan de forma desconcentrada, permitiendo así el proceso de descentralización.

La descentralización²¹ entendida como una forma de organización administrativa en la cual se confiere a través de una ley, autoridad, competencia, funciones y recursos que antes eran ejercidos o administrados por entidades sectoriales centrales, a entidades territoriales con autonomía política, administrativa y financiera. Estas entidades territoriales son personas jurídicas de derecho público, tienen patrimonio propio y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

²¹Nicaragua, Secretaria de la Presidencia - SETEC, Política y estrategia nacional de descentralización para el desarrollo local y reducción de la pobreza, Feb. 2007

La desconcentración²² de los recursos, entendida como una forma de organización administrativa en la cual un órgano centralizado confiere autonomía técnica a una instancia de su dependencia para que ejerza una competencia limitada y toma de decisiones para cierta materia o territorio. El ente gubernamental desconcentrado no tiene patrimonio propio ni personalidad jurídica, su status legal y presupuesto devienen del ministerio al que está vinculado jerárquicamente, es la estrategia predominante en el sector público. En el MINSA se esta profundizando en esta estrategia a nivel local.

Para desarrollar y consolidar la implementación del componente de gestión, el MINSA coordinará y promoverá la participación del sector público, privado y comunitario.

Son elementos constitutivos del componente de gestión:

1. Organización: Roles y estructura de la gestión en salud
2. Participación Ciudadana:
 - a. Espacios de Concertación
 - b. Control Social
3. Planificación en Salud:
4. Control de la Gestión
 - a. Sistema de Garantía de la calidad
 - b. Sistema de Información para la toma de decisiones:
 - c. Procesos evaluativos
5. Recursos:
 - c. Desarrollo del Talento Humano
 - d. Recursos Físicos
 - e. Recursos Financieros
 - f. Suministros

El desarrollo de estos procesos contribuye a:

- Generar capacidades de gerencia de los recursos asignados al territorio
- Redimensionar el campo de acción, funciones y responsabilidades de los diferentes niveles de gestión del sector de salud.
- Trasladar la toma de decisiones a los equipos de conducción a nivel local sobre la captura y administración del conjunto de recursos requeridos en la provisión de servicios de salud.
- Articular el accionar del sector social en el mejoramiento de la salud a nivel local
- Equidad en la asignación y utilización de recursos.
- Mejorar de manera continua la calidad de los servicios de salud.
- Fortalecer los mecanismos de control social en el sector salud

²² Nicaragua, Secretaria de la Presidencia- SETEC, Política y estrategia nacional de descentralización para el desarrollo local y reducción de la pobreza, Feb. 2007

- Incrementar la efectividad del accionar del sector salud
- Mejoramiento sostenido de la salud en las personas, familia y la comunidad.

I. Actividades: Objetivos de Estructura

- Definir actividades de cada nivel de atención.
 - Elaborar normas para operacionalizar y fortalecer la red.
1. Reconocer servicios existentes
 2. Reconocer los recursos privados, públicos, etc.
 3. identificación y convocatoria de los líderes

I. Actividades: Objetivos de Procesos

1. Diseño y Organización de redes complementarias.
2. Adecuación de los niveles para el adecuado desempeño de acuerdo al diseño.
3. Difusión institucional y pública de cómo se diseña la red y su funcionamiento.

7.2.1 Roles y estructuras de la gestión en salud

Sistema de Salud

De acuerdo a la Ley General de Salud, se entiende por Sistema de Salud a la totalidad de elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población²³.

Sector Salud

Se define Sector Salud como el conjunto de Instituciones, Organizaciones, personas, Establecimientos Públicos o Privados, actores, Programas y actividades, cuyo objetivo principal, frente al individuo, la familia y la comunidad, es la atención de la salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción recuperación y rehabilitación.

El ***Ministerio de Salud como órgano rector del sector***, coordina, organiza, supervisa, inspecciona, controla, regula, ordena y vigila las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con las disposiciones legales especiales²⁴.

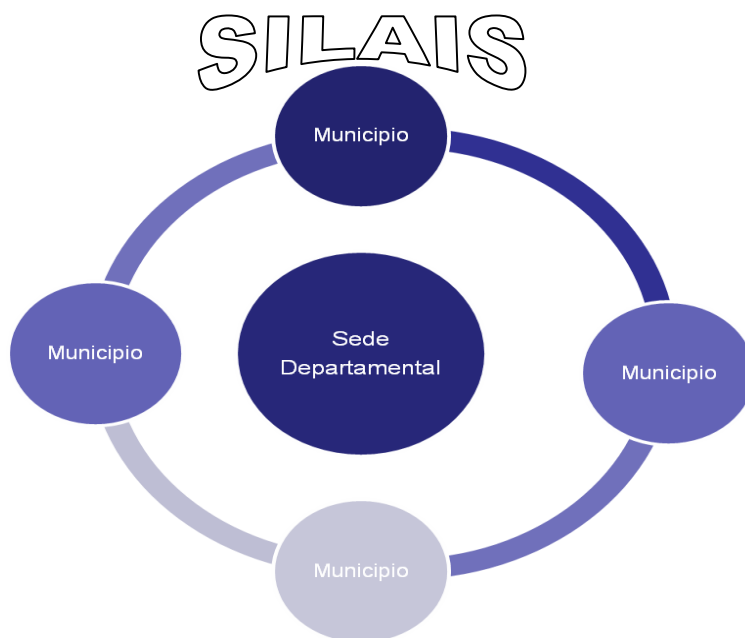
El Sistema Local de Atención Integral en Salud, Conforme la Ley General de Salud, es la unidad administrativa operativa donde se concentran un conjunto de recursos, sectoriales e intersectoriales de salud, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud, en un área de territorio y población determinada, según las prioridades y necesidades territoriales que se establezcan y que justifiquen este desarrollo institucional.

²³ Nicaragua, Ley No. 423, Ley General de Salud, Arto. 3.

²⁴ Op.cit, Arto. 4.

Para garantizar la conducción única en el SILAIS, el Ministerio de salud ha establecido Delegaciones en cada uno de ellos. El delegado del MINSA en el SILAIS es la máxima autoridad en el territorio y representa al Ministro de Salud en el mismo.

A continuación se presenta una representación gráfica del Redimensionamiento del SILAIS:



Este sistema tiene una expresión administrativa-operativa en las siguientes instancias:

1.- A nivel de las Regiones Autónomas se considerará **Equipo de Conducción de Salud a nivel regional**, a las Comisiones de Salud de los Consejos Regionales son el órgano consultivo del sistema de salud de las regiones autónomas, siendo la Secretarías de Salud las máximas autoridades técnicas de salud de la región, las que establecen coordinación directa con el nivel central del MINSA y el SILAIS, que actúa como instancia de enlace.

2.- A nivel de las otras regiones del país se considerará **Equipo de Conducción de salud a nivel departamental**: a los miembros de la sede del SILAIS, siendo la autoridad sanitaria representante del órgano rector, como unidad administrativa garantiza la articulación y el cumplimiento de las leyes, políticas, normas, planes, programas y proyectos de salud a nivel sectorial e intersectorial. Dispone de mecanismos de articulación con la red de servicios de salud, estructuras y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con presencia a nivel municipal y departamental.

3.-Equipos de Conducción de salud a Nivel Municipal: Son los miembros de la sede municipal de salud, siendo la autoridad sanitaria en este nivel del territorio, donde se concentra y operativiza un conjunto de recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud, según las prioridades y necesidades territoriales que se establezcan y justifiquen su desarrollo local. Dispone de mecanismos de articulación con las estructuras y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias a nivel municipal. Cuenta con el Sector como unidad básica territorial para la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud.

4.-Equipo conductor de Salud Familiar del Sector: Son responsables de desarrollar acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios, este equipo facilita la organización para la acción y control de las actividades sanitarias se desarrollan por el Equipo de Salud Familiar y la red comunitaria. Contaran con una Sede de Sector que será el lugar o establecimiento de referencia de la red comunitaria donde confluye con el Equipo de Salud Familiar para coordinar y planificar las acciones de salud a desarrollarse en el territorio.

5.-Comunidad: Del latín común-unidad. Es la interacción social viva y dinámica, integrada por el conjunto de familias interactuando unas con otras en un espacio concreto. Se desarrolla en el escenario político, económico y social. También se desarrolla en un Medio ambiente o entorno. Forma parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Es la dimensión privilegiada para la interacción y la integración de las personas y de las familias y por tanto en él se debe de actuar con acciones de promoción y prevención.

Según el Arto. 175 Cn. ***El territorio nacional se divide para su administración en departamentos, regiones autónomas y municipios.***

Según el Arto. 1 de la Ley 40-261, Reformas e Incorporaciones a la Ley No. 40, Ley de los Municipios, ***El municipio*** es la unidad base de la división política administrativa del país, se organiza y funciona con la participación ciudadana. Son elementos esenciales del municipio: El territorio, la población y su gobierno.

Territorio, es el ámbito ó espacio territorial en el que el municipio ejerce sus funciones.

Población, son las personas que habitualmente viven y que de forma temporal se encuentran en el territorio.

Gobierno, esta formado por los representantes de la población que vive en el municipio, los cuales son electos mediante el voto.

Así mismo es importante destacar para efectos de fortalecer las redes de servicios, el principio de subsidiariedad establecido en el párrafo tercero del artículo 2 de la Ley 40-261, ya citada, en el que se lee: Cualquier materia que incida en el desarrollo socio-económico de la circunscripción territorial de cada Municipio, y cualquier función que pueda ser cumplida de manera eficiente dentro de su jurisdicción o que requiera para su cumplimiento de una relación estrecha con su propia comunidad, debe de estar reservada para el ámbito de competencias de los mismos municipios. Estos tienen el deber de desarrollar su capacidad técnica, administrativa y financiera, a fin de que puedan asumir las competencias que le correspondan”.

En función de lo anterior es conveniente señalar que es posible establecer convenios de delegación entre el MINSA y los Gobiernos Locales, tal como se dispone en el Arto. 11 “Los Gobiernos Municipales, previa aprobación de sus respectivos Concejos, podrán contratar con el Poder Ejecutivo la delegación de atribuciones que correspondan a la administración central, acompañada de la transferencia de los recursos necesarios para la ejecución de la obra o la prestación del servicio”.

Esta articulación es fundamental ya que el nivel local de gobierno tiene competencia en salud, tales como:

1. *Promover la salud y la higiene comunal. Para tales fines deberá:*
 - a. *Realizar la limpieza pública por medio de la recolección, tratamiento y disposición de los desechos sólidos.*

- b. *Responsabilizarse de la higiene comunal, realizando el drenaje pluvial y la eliminación de charcas.*
- c. *Coordinar con los organismos correspondientes la construcción y mantenimiento de puestos y centros de salud urbanos y rurales.*
- d. *Promover y participar en las campañas de higiene y de salud preventiva en coordinación con los organismos correspondientes²⁵.*

6 Sector: Unidad Territorial epidemiológica, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios. Es un área territorial de salud determinada por un número de habitantes

7.2.2 Participación Ciudadana

Dado el rol relevante de la participación ciudadana en el proceso de transformación del sistema de salud y su posicionamiento en la estructura territorial, es importante considerar lo establecido en la Ley 475²⁶ de participación ciudadana, en la que se define como un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas, con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado.

Para ejercer con responsabilidad la participación ciudadana en el desarrollo local existen diferentes espacios de concertación constituidos en los diferentes niveles territoriales, como los consejos comunitarios, redes territoriales, Consejos del Poder Ciudadano (CPC), gabinetes comarcales, mesas de concertación nacional, departamental, regional o municipal, que permiten la planificación, co-ejecución de acciones y el desarrollo del control social.

Como resultado de la participación efectiva y activa de la población se logra un Control Social de la gestión, lo que permite una mayor transparencia y eficiencia en el uso de los recursos, logrando así un mayor impacto en los resultados de las acciones en salud y de otros sectores.

7.2.3 Mecanismos de Coordinación de la gestión en salud:

Para logro de objetivos y metas en los diferentes niveles de la organización de la salud se requiere desarrollar diferentes como mecanismos de coordinación entre los actores e instituciones que conforman el sector salud.

Intersectorial

Se logrará a través de coordinaciones y alianzas estratégicas que los diversos sectores establecen dentro de su ámbito de competencia, alrededor del cumplimiento de objetivos, implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud que se desarrollan bajo la rectoría y el liderazgo del MINSA. Con este fin se aprovechará las estructuras existentes, como los Consejos Departamentales y Municipales de Salud.

²⁵ Nicaragua, Ley 40-261; Ley de Reforma e Incorporaciones a la Ley 40, Ley de Municipios, Numeral 1, artículo 7.

²⁶ Nicaragua, Ley No. 475, Ley de Participación Ciudadana, Diciembre 2003.

Interinstitucional

Se desarrolla a través de coordinaciones y alianzas estratégicas, teniendo como punto de partida la identificación de objetivos comunes para la realización de acciones de promoción y prevención.

La participación interinstitucional procurará superar o reducir la brecha en la cobertura de programas y servicios básicos, mejorar la efectividad y calidad técnica percibida de los servicios de salud.

7.2.4 Planificación en Salud:

De conformidad con los principios rectores, la función de planificación se concibe como un proceso continuo y permanente, conformado por un conjunto integrado de momentos que se desarrollan en los diferentes niveles de gestión del sector de salud: Análisis de la Situación, Planificación de Corto, mediano y Largo Plazo, Proceso Integrado de Programación-Presupuestación, expresado en la formulación del Plan Operativo Anual, Control de la Gestión y Realimentación²⁷.

La Planificación en Salud tiene como instrumentos rectores los siguientes:

1. La Política Social del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
2. La Política Nacional de Salud
3. El Plan de Desarrollo Humano de Nicaragua, Componente Salud 2008-2012
4. El Plan Multianual de Salud, que incluye el Programa de Inversiones en Salud.

Tanto el Plan de Desarrollo Humano de Nicaragua, como el Plan Multianual de Salud son los instrumentos a través de los cuales se operativizan las políticas nacionales de salud y se establece la relación entre los diferentes niveles de gestión.

Estos instrumentos expresan las políticas y lineamientos del GRUN en su Componente de Salud, en ellos se plantea como Tema de Nación "Servicios de Salud Gratuitos, de Calidad, con atención preferencial para los pobres y con énfasis en la Salud Preventiva", asimismo la Política Nacional de Salud contempla como objetivo "Desarrollar un sistema de salud que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad, con enfoque de género y generacional para contribuir a reducir las inequidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país". Para operacionalizar ambas directrices se han definido tres objetivos estratégicos que orienten el proceso de planificación y gestión de los servicios de salud para los siguientes años:

- (i) Desarrollar una cultura nacional de promoción y prevención de la salud
- (ii) Garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud de calidad
- (iv) Profundizar las reformas sectoriales en salud para contribuir a la construcción de un Estado Social.

El Proceso de Planificación en Salud comprende además de los planes institucionales, los planes de salud comunitarios, acuerdos de gestión con los Consejos del Poder Ciudadano y otros, acuerdos y compromisos de trabajo entre las redes de salud, y otras formas innovadores que faciliten alinear acciones y recursos en apoyo al cumplimiento de metas de

²⁷ Nicaragua, Ministerio de Salud, Política de Planificación, Agosto 2001.

salud.

Para operativizar este marco político-estratégico de la Planificación en Salud se establece el **Proceso Integrado de Planificación y Presupuesto del MINSA**, el cual parte de los siguientes instrumentos:

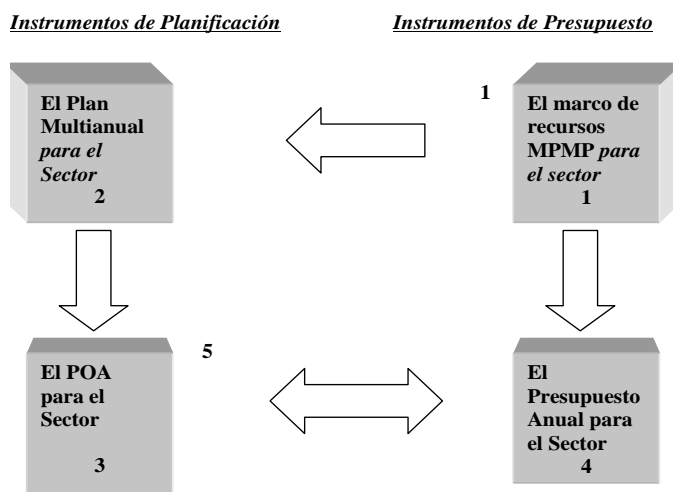
1. La Proyección Presupuestaria Plurianual de Mediano Plazo (tres años), o sea el Marco Presupuestario de Mediano Plazo (MPMP)
2. El Plan Multianual del Sector
3. El Plan Operativo Anual
4. Presupuesto Anual

A continuación se explican los pasos del Proceso Integrado de Planificación y Presupuesto de Corto y mediano plazo:

- ~ La definición de la proyección presupuestaria confiable de mediano plazo (tres años) para el sector, denominada Marco Presupuestario de Mediano Plazo (MPMP), estará indicada por el Ministerio de Hacienda y Crédito público basada en suposiciones realistas del desarrollo macro económico y cálculos confiables de los gastos incluyendo reformas y calculo confiable de ingresos incluyendo todo financiamiento externo. La proyección presupuestaria de mediano plazo será revisada anualmente, actualizándose esta proyección de manera anual y de forma progresiva en el tiempo.
- ~ La formulación de un plan multianual igualmente se define para el periodo de tiempo correspondiente al MPMP (tres años). Los objetivos y actividades en el plan se basarán en y dentro del marco financiero definido en el MPMP para el sector. Esto hará que los objetivos y actividades en el plan multianual sean consistentes con los recursos económicos existentes, y por ende, realistas y pertinentes. De igual forma el Plan Multianual se deberá actualizarse de manera anual y de forma progresiva en el tiempo, dándole un carácter dinámico y consistente al Proceso de Planificación de Mediano y Largo Plazo. Debe entenderse por los diferentes actores institucionales que este instrumento integra lo programático y presupuestario para un periodo de 3 años.
- ~ A partir del primer año del plan multianual se traduce en el Plan Operativo Anual, representando de igual forma el primer año del marco financiero del MPMP, los mismos objetivos, las mismas actividades y el mismo financiamiento según expresado en el primer año del plan multianual, a un nivel de mayor detalle, haciendo correspondiente el Presupuesto Anual a la estructura del Plan.
- ~ De igual forma deberá entenderse la transformación del primer año del MPMP para convertirlo en el Presupuesto Anual, representando el mismo marco financiero según el primer año en el MPMP, a nivel de mayor detalle y presentado en las mismas estructuras según el MPMP.
- ~ Finalmente deberá revisarse que el marco financiero del POA sea igual que el marco financiero del Presupuesto Anual. Cualquier enmienda al Presupuesto Anual (debe evitarse en lo posible) debe reflejarse a través de la modificación correspondiente en el POA. Los Objetivos y productos definidos en el plan Multianual se financiarán de diversas fuentes disponibles y no solo por el

presupuesto general de la república, por tanto debe lograrse integrar todos los recursos disponibles en el sector.

A continuación se presenta el siguiente grafico que ilustra los pasos del Proceso integrado de Planificación y Presupuesto.



A partir de estas definiciones programáticas-presupuestarias los niveles locales y el nivel central, inician el proceso de ejecución el que estará íntimamente ligado con la monitorización, para cerrarse con el proceso de evaluación que alimenta al análisis de situación, iniciando nuevamente el ciclo de planificación anual y multianual. Los diferentes niveles de gestión tendrán de referencia el Plan Multianual y el POA y deben integrar en ellos las acciones de todos los actores que trabajan en salud.

El ciclo de planificación es un proceso dinámico, que se actualiza de manera anual y avanza en su proyección trianual de manera continua. Guarda concordancia con los Planes Nacionales y Marco Presupuestario de Mediano Plazo, instrumentos rectores, de esta forma dinámica se garantiza un proceso que es continuo, relevante, consistente y articulado que asegura el cumplimiento de cumplimiento de las Políticas.

Cada año se debe realizar un análisis de situación, que permita hacer ajustes en los alcances (objetivos, productos, actividades y recursos) del Plan Multianual.

7.2.5 Control de la Gestión

Para garantizar el desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitario se hace necesario impulsar procesos de dirección colectiva en los que la amplia participación de directores de todas las unidades de gestión del SILAIS aporten en la valoración de los aciertos, limitaciones y problemas para el cumplimiento de los objetivos y metas definidas. Esta dirección colectiva se garantiza en los Consejos técnicos en los cuales se debate acerca de la situación en el SILAIS y en forma colegiada se decidan las intervenciones a implementar, con el compromiso de todos por el éxito de las mismas.

El control de gestión en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario se basa en los procesos de vigilancia, monitorización, supervisión y evaluación de la situación de salud y el desarrollo de los planes en el logro de los objetivos que garanticen el cumplimiento de las políticas y metas del sistema nacional de salud.

Las herramientas para ejercer el control de gestión son las siguientes:

- a. Sistema de Información en Salud
- b. Sistema de Garantía de la Calidad
- c. Procesos evaluativos

Sistema de Información en Salud:

El sector salud dispone de un sistema de información en salud que provee y comparte información, conocimientos y evidencias útiles, confiables, seguras, oportunas y de fácil acceso para los actores sociales que inciden preservando la salud y mejorando los procesos higiénicos, sociales, biomédicos, epidemiológicos, gerenciales, específicos y conexos del sector salud, según los ámbitos de competencia establecido. Se desarrolla en los diferentes niveles de gestión, atención y su funcionamiento en redes.

Sistema de Garantía de la Calidad:

El Sistema de Garantía de Calidad, está orientado a brindar un alto grado de satisfacción a los usuarios y usuarias de servicios de salud, cumpliendo con estándares técnicos de excelencia con prontitud, calidez, equidad, efectividad, competencia técnica, seguridad y eficacia. Una condición esencial del sistema de garantía de la calidad es que los servicios de salud sean accesibles a las personas, familia y comunidad, a través de la red de servicios públicos, privados y comunitarios con amplia participación ciudadana.

El Sistema de Garantía de Calidad tiene entre sus componentes; la habilitación, la acreditación, la regulación de profesionales, la auditoria de la calidad de la atención y los tribunales bioéticos. Asimismo, la Garantía de Calidad se asocia con la participación de la sociedad para lograr una articulación dirigida a evaluar los procesos de atención que brindan los prestadores de servicios público y privado, denominándose esta actuación como Control social ó auditoría social.

Procesos evaluativos:

Los procesos evaluativos se componen básicamente de tres componentes: la monitorización, la supervisión y la evaluación. Todos ellos buscan valorar el desempeño de la organización como un todo en los diferentes niveles de la gestión del sector salud y red de servicios públicos, privados y comunitarios.

La monitorización es un ejercicio sistemático y periódico de medir la cobertura del programa de intervención (el grado en el cual está llegando a la población objetivo), de realizar un seguimiento de los procesos que se desarrollan a su interior (si es o no consistente con las especificaciones de los instrumentos y guías metodológicas, de las intervenciones del plan) y de identificar el empleo de los recursos (qué recursos financieros, materiales, físicos, humanos y organizacionales se están utilizando en la conducción y la ejecución).

Durante el proceso de ejecución se hace indispensable, además de dar seguimiento sistemático a la misma, contar con un instrumento de acompañamiento de dicha ejecución, que esté orientado a garantizar que las acciones se realicen de acuerdo a las normas, protocolos o estándares definidos para cada una de ellas y además que permita un proceso de capacitación al personal que las realiza para garantizar la calidad de las mismas y para ello se cuenta con la supervisión capacitante, que actúa como un mecanismo periódico, instructivo, educativo y asesor. También puede ser una acción puntual, inducida por los resultados de la monitorización.

Evaluar es, fundamentalmente, medir: recolectar, sistematizar e interpretar los datos necesarios que permitan describir una situación real alcanzada por el desarrollo de las acciones programadas; comparar dicha situación alcanzada con la situación propuesta (situación objetivo, los objetivos); analizar y explicar las razones de las fallas y los problemas que hayan obstaculizado o que han favorecido la obtención de los resultados y por tanto el logro de los objetivos previstos; informar de los hallazgos a los niveles decisorios para que con base en ellos se reajusten, si fuere el caso, bien sean los medios empleados para alcanzar los objetivos, o cambiar los objetivos si se comprueba que estos no están de acuerdo con las necesidades y realidades de la situación a modificar.

La evaluación en salud es el proceso mediante el cual se mide el alcance que se ha logrado en los objetivos propuestos. Esta herramienta del proceso evaluativo responde a las preguntas ¿se han conseguido los objetivos de salud del programa y con qué eficiencia? Es medir un fenómeno o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre-establecidos y hacer juicios de valor sobre la intervención o sobre cualquiera de sus componentes con la finalidad de tomar una decisión. La evaluación permite conocer cual es la situación en relación con el problema de salud sobre el que se ha intervenido y observar si se han obtenido las modificaciones que planteaban los objetivos de salud, por qué y a que coste.

7.2.6 Recursos:

a. Desarrollo del Talento Humano

El desarrollo del talento humano, se establece como un proceso progresivo y permanente de renovación individual, científico-técnico, gerencial y se debe centrar en el enfoque de competencias laborales, articulándose con otros subsistemas de gestión de recursos humanos, especialmente con Selección, Inducción, Gestión del Desempeño. La planificación se basa en las necesidades de desarrollo del personal, problemas de salud de las localidades, las necesidades institucionales y los avances científico-técnicos.

La administración del talento humano existe para mejorar la contribución de las personas a las organizaciones, ya que éstas, tienen la facultad de aprender a través de los individuos que la conforman, por lo tanto, la formación y el desarrollo de las personas son un elemento fundamental en el escenario del aprendizaje organizacional. La gerencia de Recursos Humanos debe participar activamente en los procesos de cambio, a fin de facilitar el fortalecimiento de una organización flexible con capacidad de adaptación y asegurar las conductas necesarias para fortalecer la cultura organizacional.

b. Recursos Físicos

La gestión en la adquisición, asignación y ejecución de los recursos físicos está regida por normas administrativas establecidas en el Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SNIP) que se orientan en los diferentes niveles de gestión del sector salud. Los procesos que se realicen en este ámbito deberán tener correspondencia con el Proceso de Planificación de Salud anual y plurianual (Planes estratégicos y operativos).

El Sistema Nacional de Inversión Pública define las normas para la gestión y utilización de los bienes, obras y servicios de la red pública. Asimismo gestiona recursos ante los diferentes organismos de financiamiento internacional.

c. Recursos Financieros: Se deben considerar provenientes de todas las fuentes presentes en el territorio ya sean estos fiscales, propios, recursos externos. Para ello se debe trabajar en la articulación de todos los actores del territorio.

d. Suministros

El suministro es un elemento básico para la efectiva provisión integrada de servicios de salud a la población, se debe disponer de un Sistema de Información para la Gestión de Insumos Médicos y No Médicos el que estará constituido por un conjunto de datos y registros interrelacionados que brindan información esencial para la toma de decisiones.

La gestión del suministro tiene como propósito garantizar la entrega correcta y oportuna de insumos a través de un conjunto de actividades que contribuyen a la disponibilidad de éstos en la prestación de servicios de salud a usuario(as).

7.3 Componente de financiamiento

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe garantizar la cobertura de servicios a toda la población estableciendo las normativas para lograr equidad en la entrega de servicios a la población. El financiamiento está dado en tres regímenes²⁸ los que definen las modalidades de asignación y formas de pago, los programas de beneficios a los que puede acceder siempre que se cumpla con las condiciones de cada uno de ellos:

- Régimen contributivo
- Régimen no contributivo
- Régimen voluntario

El financiamiento de los tres regímenes deben contemplar al menos los beneficios del Conjunto de Prestaciones de Salud.

Para efectos del financiamiento del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, es necesario considerar, sobre todo la equidad, en base a dos componentes básicos:

1. Las fuentes de financiamiento: Identifican el origen de los recursos con que se cubren las asignaciones presupuestarias sean estos fiscales, propios, recursos externos (préstamo y donaciones que complementan los recursos propios). Con su identificación se responde a la pregunta quien financia: el estado, los bolsillos de los hogares u otros financiadores. Dichas fuentes son los canales, por cuyo medio se obtienen los recursos necesarios para equilibrar el Presupuesto en Salud y poder llevar a cabo la provisión de los servicios de salud.
2. La forma de asignación de fondos: está referido a cómo se distribuyen los fondos. Las restricciones de recursos financieros son una realidad que está presente en todos los países; para hacer una mejor asignación de fondos se deben definir cuáles son las prioridades programáticas en función de los problemas y riesgos de salud y las poblaciones priorizadas, lo que determina los resultados a obtener en estos ámbitos. Esto responde a la pregunta en qué se va a invertir los recursos disponibles, para mejorar la salud de la población. La estructura del Plan Multianual de Salud, así como la Red Programática-Presupuestaria son instrumentos referentes para la asignación de recursos a prioridades de salud y deben estar debidamente articulados.
 - Por otro lado la asignación de fondos a los SILAIS (unidades ejecutoras) se apoyará con una metodología de asignación, que a la vez deberá promover la equidad, eficiencia y la calidad en la provisión, así como el desarrollo de comunidades

²⁸ Nicaragua, Ley No. 423, Ley General de Salud, op. cit. Arto. 38

saludables. Por lo cual se deben establecer mecanismos de monitoreo y evaluación de los resultados para asegurar el cumplimiento de metas de salud.

7.3.1 Financiamiento del régimen contributivo

El régimen contributivo contempla el conjunto de beneficios y prestaciones, a los cuales los beneficiarios de los regímenes obligatorio y facultativo del INSS pueden acceder previa contratación con empresas privadas o públicas.

Este régimen debe financiar las acciones contempladas por el Conjunto de Prestaciones de Salud en sus grupos de protección y prevención de salud y atención oportuna al daño. El INSS deberá además ampliar su canasta de servicios, extender la cobertura de sus afiliados y derechos-habientes y contribuir en el financiamiento del programa de enfermedades de alto costo y el programa de emergencias de acuerdo a las normativas.

7.3.1.1.Fuente de financiamiento

- Las cotizaciones de los afiliados a regímenes de enfermedad común, maternidad y riesgos profesionales, establecidos en la Ley Orgánica de Seguridad Social.
- Los bienes y derechos que desde su creación le hayan sido transferidos por el Estado.
- Los rendimientos financieros que se obtengan por el manejo de sus excedentes de liquidez.
- Los demás bienes y derechos que adquiera legalmente por cualquier otro título.

7.3.1.2.Forma de asignación y forma de pago

Para la prestación de servicios médicos a los cotizantes del régimen laboral el INSS contrata los establecimientos proveedores de acuerdo a su normativa.

Tanto la asignación como el pago deben garantizar el acceso a los beneficiarios de la oferta de servicios de salud establecidas de forma homogénea y equitativa.

7.3.2 Financiamiento del régimen no contributivo

Los recursos del régimen no contributivo están destinados a financiar los servicios que se señalan en la Ley²⁹ General de Salud y su Reglamento³⁰, priorizando los servicios de salud identificados como bienes públicos³¹. Una segunda prioridad es el financiamiento para los grupos de población vulnerable de los servicios definidos en el grupo de protección y prevención y los de atención oportuna del daño. El tercer orden de prioridad lo representan los programas de atención a enfermedades de alto costo y programas de emergencias.

Los SILAIS son responsables del cumplimiento de los objetivos del Plan Institucional.

7.3.2.1 Fuente de financiamiento

El régimen no contributivo se financiará con:

- 1.- Las asignaciones del presupuesto general de la República, así como cualquier otro aporte de asignaciones especiales.

²⁹ Nicaragua. Ley No. 423, Ley General de Salud. op. cit. Artos. 40, 49 al 52

³⁰ Nicaragua. Reglamento de la Ley General de Salud. op. cit. Artos. 349 al 352

³¹ Ver Conjunto de Prestaciones de Salud ítem 6.1.1.3 de este documento

- 2.- Incluye los ingresos obtenidos por facturación al Instituto Nacional de Seguridad Social de servicios prestados a sus beneficiarios en establecimientos públicos.
- 3.- Las donaciones, aportes, subvenciones y demás recursos financieros que reciba de personas naturales jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, bajo las previsiones de la Ley General de Presupuesto de la República de Nicaragua.
- 4.- Los recursos del crédito externo con destinación específica que forman parte del régimen no contributivo.
- 6.- Los demás recursos que establezcan otras leyes y normas aplicables.
- 7.- Fondos Propios: Recursos provenientes por prestación de servicios a población con mayor capacidad de pago. Los cobros de dichas prestaciones deben cubrir los costos reales de los servicios y los beneficios deben ser invertidos en el Presupuesto de la Unidad.

El órgano rector define los procedimientos para la gestión, administración y control de los fondos del régimen no contributivo.

En las actuales condiciones de pobreza del País, el cobro directo a los usuarios por los servicios públicos básicos, no tiene ninguna viabilidad financiera, sino que conducirá a una descapitalización de las familias. Debido a ello, no debe realizarse ningún cobro en los servicios públicos de salud.

7.3.2.2 Formas de asignación

Debe desarrollarse una descentralización económica-financiera y asignación clara del presupuesto con distribución diferenciada que privilegie a los sectores más desprotegidos. El presupuesto del Ministerio de Salud debe ser asignado a cada territorio de forma diferenciada, proporcionando una asignación per-cápita mayor en las zonas de mayor postergación. De esta manera el presupuesto se constituye en un mecanismo de distribución del producto social del país.

Los criterios específicos de asignación de recursos son los siguientes:

- Poblacionales:
 - Análisis territorial: en este debe considerarse la densidad poblacional del territorio que demanda sus servicios, sin guiarse exclusivamente por la división político administrativa de los departamentos y regiones autónomas del país, a efecto de considerar también el acceso a los mismos de acuerdo a la red vial disponible.
 - Estructura demográfica: siendo criterios de discriminación positiva, la población infantil, mujeres en edad reproductiva y la de tercera edad.
- Nivel socioeconómico: población pobre, con énfasis en pobreza alta y severa.
- Perfil epidemiológico: las asignaciones de recursos deben tener en cuenta la situación de salud de la población (incluyendo la presencia de factores que afectan la salud de las personas, la familia, la comunidad y el ambiente) y la incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades.
- Productividad: se debe tomar en cuenta la optimización en la utilización de los recursos financieros asignados a la unidad ejecutora.

- Nivel de resolución de los establecimientos y redes de servicios.

Los procedimientos para la asignación de los recursos serán definidos por el Ministerio de Salud mediante metodología de asignación, igualmente se definirá la forma y periodicidad de la medición de su impacto en la equidad.

Entre los Mecanismos de asignación se encuentran:

1. Transferencia de categoría por renglón o presupuesto prospectivo: este mecanismo de asignación vincula los recursos con la producción en el establecimiento proveedor de servicios de salud a la que se entregan, aplicando estricto control sobre la utilización de los recursos en función de los rubros elegibles para cada renglón de gasto.
2. Per-cápita simple: asignación en función del número de habitantes de la población a cubrir.
3. Per-cápita ajustada por riesgo: en la medida que disponga de la información y de los recursos se podrá asignar, tomando en cuenta las condiciones de pobreza, la perspectiva urbana, rural, estructura demográfica, incidencia y prevalencia de enfermedades.

7.3.3 Financiamiento del régimen voluntario

7.3.3.1. Fuente de financiamiento

Los recursos del régimen voluntario provienen de los propios usuarios, familiares, o empresas, e incluyen:

- Los aportes de los afiliados a este régimen, destinadas a financiar planes adicionales a los establecidos como obligatorios en la Ley General de Salud y, la Ley de Seguridad Social para el régimen contributivo obligatorio.
- Los rendimientos financieros que se obtengan por el manejo de sus excedentes de liquidez.
- Los copagos y cuotas moderadoras enteradas por sus afiliados y beneficiarios.
- Pagos directos.



Sandino:
estamos
cumpliendo!

PODER
CIUDADANO
Nicaragua
Gana con Vos!

Daniel

MÁS DEMOCRACIA, MÁS PODER!