



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Ministerio de Salud

Política Nacional de Salud



**PODER
CIUDADANO**
*Nicaragua
Para con Vos!*

Política Nacional de Salud

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad
WA Nacional. Ministerio de Salud
540 Política Nacional de Salud. MINSA. 2008
2049
2008 26 p.

1. Política Nacional de Salud
2. Transformación del Modelo de Salud
3. Situación de Salud
4. Lineamientos Estratégicos
5. Calidad de la Atención de Salud
6. Promoción de la Salud
7. Prevención de Enfermedades
8. Accesibilidad a los Servicios de Salud

Ficha Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

© MINSA 2008

INDICE

PRESENTACION	4
1 INTRODUCCION.....	6
2 Analisis de la situacion de salud de nicaragua.....	7
2.1 Determinantes de Salud	7
2.2 Situación de Salud.....	10
2.3 Situación del Sector Salud.....	13
3 Transformación del sistema nacional de salud.....	17
3.1 Visión y Misión del Sistema Nacional de Salud.....	17
4 Lineamientos de la POLITICA NACIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO DE RECONCILIACION Y UNIDAD NACIONAL	19
4.1 Lineamientos de la Política Nacional de Salud.....	19
5 Estrategias de desarrollo en salud	23
6 VIABILIDAD, IMPLEMENTACION, seguimiento y evaluación DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD	24
6.1 Viabilidad e Implementación.....	24
6.2 Seguimiento y Evaluación	25

PRESENTACION

El 5 de Noviembre de 2006 con el triunfo político de la Unidad, Nicaragua Triunfa encabezada por el FSLN se materializa la voluntad del pueblo Nicaragüense por transformar el modelo neoliberal existente, victoria que se institucionaliza el 10 de Enero de 2007, con el ascenso del Comandante Daniel Ortega Saavedra a la Presidencia para encabezar el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, abriéndose de esta manera un nuevo periodo histórico lleno de paz, esperanza y justicia social.

La situación encontrada en el Sector Social, específicamente en el campo de la Salud y Educación, privilegiaba a la población de los quintiles más ricos, siendo la privatización de los servicios de salud en las unidades del MINSA la expresión más visible de este anacrónico modelo neoliberal, que afectaba directamente el bolsillo de los nicaragüenses más empobrecidos. Igual situación se vivía con otros servicios básicos como la energía eléctrica, la educación, las comunicaciones y el transporte.

Por ello, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional ha definido como sus principales prioridades las siguientes: Salud, Educación, Agua, Producción, Energía, Infraestructura y Participación Ciudadana.

El cambio de gobierno ha significado el reinicio de un proceso de transformación en el área social, que ha demandado al Sector Salud, particularmente al MINSA, reorientar su enfoque de trabajo y redefinir su accionar en función de las prioridades establecidas en el Programa de Gobierno del Presidente de la República, Comandante Daniel Ortega Saavedra, lo que ha originado la reorientación de la anterior Política de Salud vigente al inicio de este segundo Gobierno Revolucionario, establecida para el período 2004 – 2015, por otra nueva Política Nacional de Salud, dirigida a restituir el derecho a la salud en función del bienestar de nuestro pueblo y coherente con los principios vigentes de gratuidad, solidaridad, universalidad, justicia social y participación ciudadana, mismos que deben guiar el actuar de los trabajadores de la salud en la prestación de los servicios de salud.

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, a través del Ministerio de Salud presenta a nuestro pueblo nicaragüense la Política Nacional de Salud, que contribuirá a la efectiva transformación del modelo de salud neoliberal heredado, siendo por tanto el documento oficial de referencia que contiene los lineamientos generales para su implementación en el sector salud, aprovechando la oportunidad histórica de restituir efectivamente el Derecho a la Salud para beneficiar al pueblo nicaragüense, privilegiando a los sectores más desprotegidos.

Nuestra nación merece y espera que sepamos asumir el compromiso y desplegar todo el esfuerzo necesario en beneficio del desarrollo económico y social. ¡El momento es ahora! unámonos en esta importante labor en la familia, el hogar, el barrio, la comunidad, en la escuela, en el centro de trabajo, con organización a fin de mejorar la salud de nuestro pueblo, elevando la calidad de vida que todas y todos los nicaragüenses merecemos.



Cro. Guillermo González González
MINISTRO DE SALUD

1. INTRODUCCION

El presente documento describe una serie de consideraciones relacionadas con la situación de salud y los lineamientos estratégicos de la nueva política nacional de salud de Nicaragua.

Esta Política Nacional de Salud, se ha formulado en función de las necesidades de las personas, familias y comunidades; que garantice el servicio gratuito y universal a los servicios de salud. De igual manera se ha equilibrado la prevención y promoción con la atención curativa, enfatizando en el trato respetuoso, cálido y humano que debe recibir la población en los servicios de salud, sobre todo en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención de la salud.

Además de lo anterior, también está orientada al fortalecimiento, articulación y transformación del Sistema Nacional de Salud, especialmente al desarrollo de un nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario, siendo su punto de partida la concepción integral y moderna de la atención en salud, con enfoque de Promoción de la Salud y la Prevención de riesgos, dando respuesta así a la complejidad de la situación epidemiológica de la población y los determinantes de la salud, adaptando las intervenciones de salud a las características geográficas, políticas, culturales y étnicas de la población; rescatando la medicina popular y tradicional.

Para garantizar la implementación y cumplimiento de la presente Política; se desarrollará un proceso de monitoreo y evaluación permanente para determinar su efectividad e impacto en la situación de la salud de la población, así como los avances en la movilización, participación ciudadana de los Consejos del Poder Ciudadano en la gestión pública; base fundamental para la transformación y bienestar de todos.

2. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE NICARAGUA

2.1 Determinantes de Salud

Nicaragua cuenta con una población estimada en 5,142,098 habitantes para el 2005², que presenta en el período inter - censal (1995 – 2005) una tasa de crecimiento anual de 1.7%, el 67% de la población es menor de 30 años, el 45% de la población reside en áreas rurales, 51% de los habitantes son mujeres, el promedio de hijos por mujer (Tasa Global de Fecundidad) es de 2.7. Es una población joven en proceso de transición, en que el patrón epidemiológico se caracteriza por alta prevalencia de enfermedades transmisibles y paulatinamente se incrementa el peso de enfermedades crónico-degenerativas asociadas al envejecimiento de la población.³

Pese al relativo mejoramiento de los indicadores macroeconómicos, incluyendo la reducción de la deuda externa y el incremento de la inversión, una gran parte de la población aún vive en condiciones de pobreza (45.8% equivalente a 2.3 millones de habitantes), con marcada inequidad en el financiamiento de la salud⁴ (45% del gasto en salud proviene de hogares) y una importante brecha financiera estimada en \$5.3 billones para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁵, estos últimos asumidos como compromisos internacionales por el gobierno anterior. La exclusión social en salud se ha estimado que afecta al 58% de la población, siendo la pobreza y la inequitativa distribución de los recursos los principales factores que determinan la exclusión.⁶

La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000 en Nueva York, en la sede de naciones unidas, en la que se establecen los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁷, que ambiciosamente se intenta alcanzar para 2015.

¹ Tomado del Documento Análisis de Situación de Salud y recomendaciones para el Desarrollo Sanitario en Nicaragua OPS/OMS, Diciembre 2006.

² Tomado del Censo de Población del año 2005. Instituto Nacional de Información de Desarrollo–INIDE: <http://www.inide.gob.ni>.

³ Tomado del Documento Informe Final de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07. Junio del 2008.

⁴ Tomado del Documento 'Exclusión en Salud en Nicaragua'. MINSA/OPS. 2008.

⁵ Tomado del Documento Análisis de Situación de Salud y recomendaciones para el Desarrollo Sanitario en Nicaragua OPS/OMS, Diciembre 2006.

⁶ Tomado del Documento 'Exclusión en Salud en Nicaragua'. MINSA/OPS. 2008.

⁷ Tomado de <http://www.undp.org/spanish/mdg/goallist.shtml> (27 de abril 2007)

La pobreza extrema es mayor en las poblaciones indígenas y en municipios del Atlántico y fronterizos. La falta de acceso a los servicios de salud afecta entre el 35 y 40% de la población. Las necesidades insatisfechas en salud son mayores en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), Río San Juan, Jinotega y Matagalpa, esto coincide con el perfil de los más excluidos: las y los jóvenes, los campesinos, los miembros de hogares de los quintiles más pobres, los que residen en la región central y atlántica y las etnias de esta última región.⁸

De la Población económicamente activa en el año 2006 (equivalente a 1,748,759 habitantes), el 78.25 % no está adscrita a la seguridad social y los 380,189 asegurados activos, representan el 22.6% de 1,675,550 habitantes ocupados y el 21.7 % de la población económicamente activa del país.

El 20% de los menores de cinco años padecen de desnutrición crónica. Pese a que existen importantes avances en la formulación de políticas y estrategias relativas a la Seguridad Alimentaria Nutricional. A nivel de hogares, la inseguridad alimentaria está relacionada con el desempleo, el subempleo y los bajos niveles de ingreso que determinan la incapacidad financiera de cubrir la canasta básica. Hoy día, el salario mínimo no cubre la canasta básica en ninguno de los sectores de la economía. Los mecanismos institucionales y el nivel de inversión pública en el sector de agua potable y saneamiento son insuficientes.

A pesar de existir políticas y planes ambientales, y que el país ha ratificado una serie de convenios y acuerdos sobre manejo y uso sostenible de recursos naturales y biodiversidad, es evidente el deterioro progresivo ambiental: no se ejerce el derecho de las personas, las familias y las comunidades a un ambiente saludable. En ese sentido observamos que la deforestación afecta al 85% del bosque seco y al 65% del bosque húmedo, agravándose por incendios forestales y el inadecuado uso de la tierra. El 16.4% de los hogares tira la basura a la calle, de estos 13.2% son hogares rurales. El 70% de la basura generada no recibe ningún tipo de tratamiento.

⁸ Tomado del Documento 'Exclusión en Salud en Nicaragua'. MINSA/OPS. 2008.

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

Las diferencias territoriales son marcadas: las regiones del Caribe presentan los peores indicadores de calidad de vida, incluyendo poco acceso a servicios de salud. La alta dispersión geográfica y baja densidad poblacional, con 97.5% localidades con menos de 2,500 habitantes, al igual que la insuficiente infraestructura vial incide en la falta de acceso a servicios.

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

Los adultos mayores, una población creciente, son un grupo altamente vulnerable, afectado por mayores índices de discapacidad y enfermedades crónicas, careciendo en un 90% de seguridad social. No existen programas diseñados para la atención especial que requieren los adultos mayores.

La Mortalidad por suicidios ha experimentado un descenso pasando de 7.2 (2000) a 6.9 (2005) y la tasa preliminar para el 2006 es de 5.6. Los SILAIS donde se registra la mayor tasa de suicidios en el año 2006 son Jinotega, Rivas, Matagalpa, Chontales y Managua. Las principales causas a que se atribuyen los intentos de suicidio son: Trastornos Mentales, Violencia en todas sus formas, abuso y dependencia de sustancias adictivas.

2.2 Situación de Salud

El análisis de la situación actual de salud y sus tendencias demuestra la persistencia de altas tasas de mortalidad materna e infantil y de morbilidad específica por enfermedades transmisibles (diarreicas, respiratorias, de transmisión sexual, VIH/SIDA, y de transmisión vectorial). Por otro lado, tiende a incrementarse la morbimortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, así como las provocadas por causas externas como los accidentes de tránsito y la violencia.

La razón de mortalidad materna fluctúa en los últimos 13 años, presentando una tendencia hacia la reducción en los últimos años, como efecto de la intensificación de las acciones que procuran incrementar la atención institucional del parto, elevar al cobertura de mujeres que usan métodos anticonceptivos y de acciones de adecuación cultural del parto. En el 2006, la razón de mortalidad materna fue de 92.0/100,000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia post parto (46% de los casos), seguida de sepsis puerperal (11 %) y eclampsia (27%). Estas causas de muerte están asociadas a la aún alta tasa de fecundidad, el corto período entre los nacimientos, y la limitada cobertura y calidad en la prestación de servicios de salud reproductiva (planificación familiar, control prenatal, partos hospitalarios y puerperio).

La razón de mortalidad materna presenta grandes disparidades a lo interno del país, siendo más alta en los municipios de las zonas rurales y las regiones autónomas del Atlántico, que concentran comunidades étnicas y son zonas donde la población tiene dificultad para tener acceso a las unidades de salud, posee bajos niveles de escolaridad y alto nivel de pobreza. Estos factores, asociados al analfabetismo, se vinculan con altas tasas de embarazo en adolescentes, partos atendidos principalmente en el domicilio y abortos.

La tasa de mortalidad infantil ha presentado un estancamiento en el descenso que traía la tendencia en los últimos años, siendo de 30 defunciones de menores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos en el 2001 a 29 por cada 1,000 en 2006/07 (tasas quinquenales), siendo las principales causas los trastornos respiratorios del período perinatal, sepsis del recién nacido, neumonías, malformaciones congénitas y enfermedades diarreicas. La tasa de mortalidad infantil 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.

La mortalidad neonatal representa una gran proporción de las muertes infantiles. El 49% de muertes infantiles corresponden a neonatos, principalmente de niños que no logran cumplir una semana de vida, mortalidad neonatal precoz, reflejando una brecha de acceso a servicios a la población no asegurada y grupos vulnerables, así como, a planificación familiar, además de limitaciones en la calidad de la atención prenatal y durante el parto, agravados por las condiciones nutricionales de las madres.

La desnutrición infantil continúa siendo elevada. Un 20% de menores de 5 años presenta desnutrición crónica y el 6.3% desnutrición crónica severa, afectando más a los niños de la RAAN, Jinotega, Madriz y Matagalpa. El 9% de recién nacidos nace con bajo peso y cerca del 4% de las mujeres en edad fértil tienen problemas nutricionales. El 27.2 % de los niños entre 6 y 9 años de edad presentan desnutrición crónica y el 6.5% retardo severo en el crecimiento.

Las mayores tasas departamentales de enfermedad diarreica aguda están asociadas con menores coberturas de servicios de agua potable. Las enfermedades del sistema respiratorio⁹ fueron reportadas como la principal causa de morbilidad (38.2% de las personas encuestadas se sintieron enfermas en los últimos 30 días).

La tendencia de la malaria es hacia el descenso, los casos actualmente se concentran en 36 municipios considerados de alto riesgo, que representan el 26% de la población del país, los cuales se ubican principalmente en la Costa Atlántica, Chontales, Matagalpa, Jinotega, Nueva Segovia y Chinandega. La mortalidad por malaria falciparum sigue siendo un problema en las regiones autónomas de la Costa Atlántica.

El dengue mantiene un patrón de transmisión endemo-epidémico con brotes anuales que no sobrepasan la tasa nacional de la década de los 90. La ocurrencia de casos cubre todo el territorio nacional, existiendo riesgo de dengue hemorrágico.

A pesar de los problemas de registro de la enfermedad de Chagas, estudios recientes (2000-2003) en escolares de 7 a 14 años, en 15 departamentos, demostraron alta seroprevalencia, con valores de 10.8% y 4.3% para Madriz y Nueva Segovia.

⁹ Encuesta de Medición del Nivel de Vida 2005.

La tuberculosis se mantiene endémica con tendencia al descenso de la incidencia pasando de 85/100,000 habitantes en 1987 a 39/100,000 en 2004, y de 35 a 36/100,000 en 2005 y 2006 respectivamente, aunque persisten tasas muy altas en la RAAN y RAAS, con 110 y 59 /100,000, respectivamente.

La epidemia de VIH/SIDA mantiene baja prevalencia en la población general (<1%), pero hay que considerar que existe subregistro. La incidencia anual se ha incrementado de 2.52/100,000 en 2000 a 7.66/100,000 en 2005. La vía de transmisión predominante es sexual (92%), con predominio de la relación heterosexual (73% del total). Entre personas heterosexuales VIH positivas, se incrementa la proporción de mujeres, aumentando de 31% en 2000 a 37% en 2005. La prevalencia es cercana al 9 % en hombres que tienen sexo con hombres. Existe bajo conocimiento de los factores de riesgo y protección, principalmente entre poblaciones con menores ingresos.

Las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) siguen bajo control y, en 2005, el país avanzó hacia la consolidación de la eliminación del sarampión y en la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, a través de la Jornada Nacional de Vacunación contra el Sarampión y la Rubéola. Sin embargo, en el periodo de 2000 a 2005, se observa una disminución gradual de las coberturas de vacunación, que no se debe solamente a problemas en la estimación de población, ya que se observa una disminución en el número total de dosis aplicadas de la Vacuna contra la Tuberculosis (BCG) y la Vacuna contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis (MMR), así como en el número de terceras dosis de Vacuna Oral contra Poliomielititis (OPV) y Pentavalente (DPT/HepB + Hib).

La prevalencia de la discapacidad en Nicaragua se estima en 10.25% de la población mayor de seis años, afectando más al sexo femenino.

La violencia intrafamiliar como expresión de la violencia social es un problema frecuente, reportándose que un tercio de mujeres encuestadas han sufrido algún episodio de violencia en su vida.

La prevalencia de diabetes en Managua fue de 9% (2003). La mortalidad por Diabetes Mellitus tiende a ascender de 8.9/100,000 en 1992 a 18.98 en 2005, afectando principalmente a mayores de 50 años.

La prevalencia de hipertensión en Managua fue de 25% y el factor de riesgo más frecuente fue el sobrepeso con 65.6% (IMC entre 25.1 y 29.9 kg/m²), seguido de la obesidad con 28.3% (IMC mayor de 30 kg/m²)¹⁰.

El cáncer de cérvix es la primera causa de muerte por tumores, en el sexo femenino, y en conjunto con el cáncer de mama representan el 30% de muertes reportadas por cáncer. La tasa de mortalidad por cáncer de cérvix detectada en los años 2005 y 2006 fue de 32.6 y 30.1 respectivamente por cada 100,000 mujeres mayores de 35 años¹¹.

La esperanza de vida al nacer para el período 2000-2005 se ha incrementado en 1.5 años desde el quinquenio anterior, estimándose en 69.5 años. Tiende a reducirse la tasa de mortalidad bruta pasando de 5,6 en 1995-2000 a 5.2 en 2000-2005. En todos los grupos etáreos la mortalidad en hombres es superior a de las mujeres. Los mayores de 65 años y menores de un año presentan las tasas de mortalidad específicas más altas, así como el mayor peso porcentual.

2.3 Situación del Sector Salud

Se entiende por Sector Salud, 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. En este sentido el Sector Salud actual está conformado por un sub sector público y un sub sector privado.

Dentro del sub sector público el Ministerio de Salud (MINSa) es el principal oferente de servicios de salud y la institución rectora de la salud. La principal entidad aseguradora en el país es el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), el que a través de 49 Empresas Médicas Previsionales (ahora denominada Clínica Médica Previsional - CMP) compra prestaciones médicas para asegurados y derecho habientes. La cobertura de atención por parte de las instituciones se estima en: Ministerio de salud (61.2%), INSS (16.5% afiliados y familiares), Gobernación y Ejército (6%), instituciones privadas (16.3%) Gran parte de la población complementa los servicios de MINSa con servicios privados y del sector ONG.

¹⁰ Tomado http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_txt/medicina_interna/Beneficios%20de%20dieta%20hipoproteica.pdf (27/ abril 2007)

¹¹ Oficina de estadísticas, Ministerio de Salud, año 2006.

Una de las principales distorsiones generadas por el Modelo de Salud Provisional era la compra de servicios a través de CMP del MINSA, afectando la disponibilidad de recursos públicos por la competencia en el uso de espacios, subsidios cruzados, venta de servicios de salud con aranceles inferiores a los valores de mercado y prestación de servicios de alta complejidad no contemplados en la canasta básica del modelo de Salud Previsional, cuyo costo no es recuperado por el MINSA.

Por otra parte, en la actualidad la falta de cumplimiento de la legislación vigente sobre seguridad social, que mandata la obligatoriedad de la adscripción al INSS para todos los trabajadores en las primeras 72 horas de contratados, es un problema fundamental para la cobertura de los servicios de salud. Por una parte, viola el derecho al aseguramiento de cerca de 40% de los trabajadores formales del país, incluyendo algunos trabajadores públicos y por otro lado, este grupo no asegurado utiliza recursos de salud del MINSA, que de otra forma podría destinarse a la atención a población no asegurada. No obstante, el INSS esta haciendo esfuerzos por revertir esta situación, así mismo ha comunicado a todos sus asegurados que ya no es necesario presentar su colilla del seguro para ser atendidos en las Clínicas Médicas Previsionales (CMP).

Por otro lado, existe limitada articulación entre las instituciones del sector salud y las acciones que desarrollan las comunidades, tanto en forma directa a través de agentes comunitarios (brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios, líderes comunitarios, etc.), como las que realizan organizaciones de la sociedad civil (grupos juveniles, clubes de madres, etc.), lo que no ha facilitado canalizar recursos y acciones en intervenciones efectivas que transformen la realidad sanitaria del país. Este hecho es sin duda un reto fundamental de transformación en el sector salud.

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

Hasta el momento han habido limitaciones en el sector salud para profundizar la estrategia de Atención Primaria en Salud en toda su dimensión; tanto en los servicios del Ministerio de Salud como los que compra la Seguridad Social, ya que

se adolece de acciones que incidan en los hábitos y costumbres de la población, en consecuencia No se enfatiza en la prevención de los problemas de salud y el control de los factores de riesgo que los generan. En parte esto es debido a la acción poco coordinada del sector y el tímido liderazgo del Ministerio de Salud en los últimos años.

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

Otro hecho relevante es que los Hospitales atienden demanda de servicios que corresponde al Primer Nivel de Atención en vista que estos últimos no resuelven las necesidades de la población y por tanto las emergencias de los hospitales y la consulta externa se ven saturadas, debilitando su capacidad de actuación en las acciones de promoción y prevención de la salud. La red hospitalaria requiere de una inversión sustantiva para renovar su infraestructura y garantizar los recursos humanos, financieros y materiales necesarios para responder a las necesidades de salud de la población según los niveles de resolución definidos para hospitales de referencia y de especialidades. Así mismo debe fortalecerse la articulación entre las redes de servicios de salud.

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

La inversión en salud en la última década ha sido muy limitada, al compararla con la inversión que hacen el resto de países centroamericanos, cuyo promedio de gastos per cápita por año es de U\$ 66.00 tanto en el ámbito público como en el privado (aportado por el gasto de bolsillo de los hogares); la tendencia de la inversión pública

ha sido a reducirse en comparación la inversión privada (actualmente representa el 24% de la inversión total), lo que se ha acompañado de una reducción del aporte internacional al sector salud.

En base a las Cuentas Nacionales en Salud -2004; el gasto del Sector Salud conformado por las siguientes instituciones (MINSA, INSS, Gobernación, Defensa e instituciones descentralizadas, Instituciones privadas y hogares) ha sido financiado por las siguientes fuentes: fiscal (19.9%), alivio interino (7.9%), cooperación externa (donaciones y prestamos) 11.3% y privadas (empresas, hogares y ONG) 60.9%. Destacándose en los últimos años los hogares con un aporte del 49.4% del total de las fuentes del sector salud.

Es imperativa la búsqueda de nuevas fuentes alternativas de financiamiento, para garantizar mayor asignación de fondos fiscales, alivio interino y ayuda de países y gobiernos amigos para cubrir la deuda sanitaria más las necesidades actuales. Además esto implica administrar mejor los recursos de manera eficiente, eficaz con equidad y sobre todo con transparencia.

Con respecto a la gestión y organización de los servicios de salud en el MINSA podemos destacar que los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) uno por cada departamento y regiones autónomas de la Costa Atlántica son la entidad gestora y proveedora a nivel territorial, que organiza y articula a las unidades de primer y segundo nivel, con funciones de aplicación del marco regulador, vigilancia en salud pública, gestión de recursos y establecimientos, control del aseguramiento de la atención y fomento de la participación social en salud.

Después del cambio de gobierno el MINSA Central ha profundizado los procesos de desconcentración hacia los SILAIS dándose los primeros pasos para la descentralización particularmente la Regionalización de la Salud en la RAAN y RAAS de acuerdo a lo establecido en el Estatuto de Autonomía y la Ley General de Salud. Este proceso deberá profundizarse en los próximos años hasta llegar a la regionalización de la salud y la implementación total de su modelo de salud.

Conforme evaluación realizada en el año 2006 por el MINSA, la producción de servicios muestra una tendencia a la reducción de las coberturas (Planificación familiar, control prenatal, citología PAP, puerperio, vacunación), falta de registro de las fuentes de otras instituciones proveedoras del sector salud, baja calidad de los servicios y menor acceso geográfico en general para las regiones del Atlántico, Norte y Centro del país.

Conforme evaluación realizada en el año 2006 por el MINSA, la producción de servicios muestra una tendencia a la reducción de las coberturas (Planificación familiar, control prenatal, citología PAP, puerperio, vacunación), falta de registro de las fuentes de otras instituciones proveedoras del sector salud, baja calidad de los servicios y menor acceso geográfico en general para las regiones del Atlántico, Norte y Centro del país¹².

3. TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

3.1 Visión y Misión del Sistema Nacional de Salud

Visión

Garantía de salud como derecho constitucional y factor esencial para el desarrollo económico social de todas las familias nicaragüenses a través de un sistema de salud solidario, complementario y con la participación activa de la población que es la base del bienestar de todos.

Misión

Atención a los nicaragüenses según sus necesidades, garantizando el acceso gratuito y universal a los servicios de salud, promueve en la población prácticas y estilos de vida saludables que contribuyen a mejorar la calidad y esperanza de vida y los esfuerzos nacionales para mejorar el desarrollo humano.

Principios Institucionales del Sistema de Salud.

- Liderazgo
- Equidad
- Eficacia
- Eficiencia
- Calidad de la atención
- Transparencia
- Interculturalidad
- Sostenibilidad
- Solidaridad
- Responsabilidad compartida
- Ética y Sensibilidad humana
- Complementariedad

¹² Tomado del Documento Análisis de Situación de Salud y recomendaciones para el Desarrollo Sanitario en Nicaragua OPS/OMS, Diciembre 2006.

Objetivos de la Política de Salud.

Objetivo General.

Desarrollar un sistema de salud que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad en el que se desarrollen prácticas de género y generacional para contribuir a reducir las iniquidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.

Objetivos Específicos

- Garantizar el acceso gratuito y universal a servicios integrales de salud.
- Desarrollar una cultura nacional de prevención y protección de la salud de los nicaragüenses.
- Mejorar permanentemente la calidad de los servicios de salud de acuerdo a las expectativas y necesidades de la población.
- Profundizar el modelo de participación ciudadana en las acciones de salud para contribuir al Bienestar de los nicaragüenses.

4. LINEAMIENTOS DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO DE RECONCILIACION Y UNIDAD NACIONAL

Los esfuerzos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional en área de la salud estarán orientados por ocho lineamientos de política de 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 con eficiencia y calidad.

4.1 Lineamientos de la Política Nacional de Salud

1. Lograr que las personas no se enfermen, un pueblo sano es feliz

Desarrollar acciones y servicios de promoción y prevención, especialmente en los centros de salud y puestos de salud, con calidad, equidad y enfoque de género involucrando a la población en acciones de información, educación y comunicación.

Se trabajará en la prevención de la aparición de daños a la salud, en el control de las principales enfermedades endémicas y se dará atención preventiva a problemas no transmisibles, como es la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, etc.

Se fomentarán ambientes saludables e investigaciones para reducir el riesgo de enfermar o morir por situaciones relacionadas con el medio ambiente y los desastres naturales.

2. Atención en salud de calidad y medicinas gratuitas

Se dará atención a la población sin cobrarles, con calidad y otorgando las medicinas que necesiten en forma gratuita.

Las instituciones del Estado trabajarán con medicamentos genéricos, de calidad y bajo costo, se promoverá que los mismos estén disponibles en la red de farmacias privadas, públicas y comunitarias para que estén accesibles a la población en general. Debemos lograr que se reduzca el precio de los medicamentos.

Es indispensable la creación de una empresa de medicamentos para la adquisición y el abastecimiento de las unidades de salud y en una segunda etapa la comercialización.

3. Disminución de las listas de espera quirúrgica y de listas de espera para consulta externa especializada

Se crearán mecanismos efectivos de articulación entre las instituciones del sector salud para el desarrollo de acciones efectivas que permitan responder a las demandas quirúrgicas y de atención especializada de la población.

El mejoramiento de la infraestructura de las unidades de salud y el equipamiento que se incorpore será apropiado a la capacidad resolutive y a los aspectos culturales de la población.

La implementación de nuevas modalidades de atención alternativa en los hospitales para lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos y mejorar la satisfacción de la población usuaria: Hospital de Día, Cirugías Ambulatoria, Brigadas Médicas Nacionales, Brigadas Médicas Internacionales.

4. Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayor dificultad de acceso

Se implementará un modelo de atención que desarrolla sus acciones en las familias y las comunidades para superar problemas de accesibilidad (geográfica, económica, funcional y cultural) y eliminar barreras que afectan a los pobres en el acceso a los servicios de salud.

Se trata de desarrollar acciones en las comunidades, con las personas y sus familias, priorizando poblaciones rurales con problemas de accesibilidad geográfica, pobres o en extrema pobreza, así como grupos de población que tienen mayor vulnerabilidad por su origen étnico.

En el área urbana, parte importante de este proceso será incrementar la cobertura de la atención a la población a través de la seguridad social y la universalización de su canasta básica.

5. Implementación de la Regionalización de la Salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe

Fortalecimiento del desarrollo de modelos de salud intercultural de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe desde las comunidades indígenas, afro-descendientes sustentado en la sabiduría ancestral de la medicina tradicional comunitaria y en los servicios preventivos y curativos occidentales.

Inicio del proceso de Regionalización de Salud sustentado en la Ley 28 de Autonomía y la Ley General de Salud, con el propósito de profundizar la autonomía costeña, como un medio para disminuir la desigualdad social, política, demográfica, étnica y culturales con el objetivo de lograr un desarrollo armónico de la patria.

6. Rescate de la medicina popular y tradicional, y otras formas de medicina no occidental

Serán promovidos el uso de plantas medicinales y los medios terapéuticos alternativos cuya efectividad ha sido probada científicamente.

Los proyectos de salud y las redes de medicina popular tradicional tendrán prioridad en los planes locales en lo que se refiere a la promoción y educación para la salud. Los capacitadores de medicina popular y tradicional serán debidamente reconocidos como sujetos claves de la comunidad.

Los miembros de la comunidad tendrán pleno derecho a participar en la prestación de servicios, a través del fomento de todas las expresiones de medicina popular y tradicional.

7. Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el que hacer del sector salud

Estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia.

La incorporación de la población debe basarse en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria en el país, que contribuya al desarrollo de las acciones en salud, más allá del apoyo a determinadas actividades que se identifica como medidas de auto ayuda.

Superar la actuación aislada de las instituciones y organizaciones del sector, hacia un modelo de actuación centrada en el desarrollo de la población como objetivo común; para ello es indispensable desarrollar acciones concretas que permitan consolidar la participación ciudadana en el acceso al poder decisorio sobre el desarrollo, control y transparencia del uso de los recursos en las acciones en salud.

8. Desarrollo integral de los Recursos Humanos del sector salud

La política de Recursos Humanos se fundamenta en el desarrollo del Talento Humano, como eje indispensable para la transformación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios institucionales y objetivos de la Política Nacional de Salud; debido a que los recursos humanos constituye el factor más decisivo para la generación de los cambios hacia un sistema de salud eficaz, eficiente y con enfoque humanizado en la atención a la población.

Esta política se llevará a efecto de manera concertada en el sector con el fin de encontrar los mecanismos e intervenciones que contribuyan a desarrollar una gerencia efectiva en materia de recursos humanos con la institucionalización de los procedimientos de gestión como la base normativa y rectora a nivel central y local, así también la determinación de estrategias de distribución adecuada de personal y de incentivos que motiven 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

En Nicaragua desde el año 2003 se viene trabajando en el proceso de articulación y armonización de la cooperación externa en el sector salud en función de las políticas de salud y las necesidades urgentes de la población. En este sentido, con el cambio de gobierno sandinista se hace mas necesario redefinir la cooperación en función de la nueva política y estrategias del sector social y particularmente en salud que ha establecido el compañero presidente Daniel Ortega Saavedra.

En este sentido, se ha expresado que es el gobierno y sus instituciones las que definen y deciden las líneas de Cooperación Internacional y sus mecanismos de operativización de la misma.

5. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO EN SALUD

La implementación de la Política de Salud se acompañará de 12 estrategias, las que se han concertado con los Consejos del Poder Ciudadano:

1. Desarrollo de un proceso de integración programático de las instituciones del Sector Salud bajo el liderazgo del MINSA.
2. Organización territorial de los servicios de salud sobre la base de un modelo de atención familiar y comunitario que se estructura en redes.
3. Desarrollo del sistema hospitalario del país estableciendo un sistema escalonado de atención sobre la base de un modelo regionalizado de oferta de servicios especializados.
4. Desarrollo de los procesos de regulación desde el MINSA para el conjunto del Sector Salud.
5. Desarrollo de un sistema de entrega directa de medicamentos a la población que incida dramáticamente en los precios que se ofertan en el mercado.
6. Formación acelerada de profesionales, técnicos y auxiliares que permita equiparar de acuerdo a necesidades reales su distribución a nivel nacional.
7. Proceso de transformación tecnológica de los servicios de salud que asegure mayor oportunidad en la atención y mejores niveles resolutivos en el interior del país.
8. Fortalecimiento de los procesos de participación y movilización ciudadana y de los trabajadores de la salud en las acciones de promoción y prevención que promueva el MINSA.
9. Fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención con un enfoque multi-sectorial y social que asegure su eficacia y efectividad.
10. Proceso sistemático de desarrollo de las capacidades gerenciales y de liderazgo en el MINSA.
11. Desarrollo de la CMP-MINSA como el eje del nuevo funcionamiento del modelo previsional.
12. Desarrollo del Instituto Nacional de Salud Pública para la atención de los principales problemas de salud prevalentes en el país.

6. VIABILIDAD, IMPLEMENTACION, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD

6.1 Viabilidad e Implementación.

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

- En primer lugar, la implementación de la Política Nacional de Salud requiere de un ordenamiento e integración de la inversión en salud, desde la perspectiva que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano. Esta inversión se viabiliza en el Marco Presupuestario de Mediano Plazo, el que conducirá todos los esfuerzos y recursos nacionales, así como de la cooperación externa en el corto, mediano y largo plazo.
- En segundo lugar, establecimiento de un consenso social e institucional, con el fin de asegurar un proceso sostenido y sistemático de implementación de la Política Nacional de Salud, a través de las acciones definidas en la Planificación Plurianual del MINSa 2008 -2010.
- En tercer lugar, implementación de un proceso sistemático de seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud que permita ajustarlas periódicamente de acuerdo a su impacto en la situación de salud de la población, las modificaciones del desempeño del sector salud y su contribución al desarrollo del país, contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012.
- La Política Nacional de Salud se dará a conocer al pueblo de Nicaragua y a todos y cada uno de los actores involucrados en su implementación, tanto en el ámbito Intersectorial, como el sectorial e institucional, lo que se hará a través de una campaña de divulgación masiva que permita su conocimiento y apropiación en todos sus contenidos.
- Desde esa perspectiva, la implementación efectiva de la Política Nacional de Salud estará asociada a la puesta en marcha del Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012. Anualmente el MINSa elaborará un Plan Institucional de Corto Plazo orientada a resultados, estableciendo las vinculaciones con las instituciones y organizaciones del sector salud integrando los recursos nacionales y de la cooperación externa.

- El éxito de la implementación de la Política Nacional de Salud depende del empeño y liderazgo de las instituciones y organizaciones del sector salud para asegurar el desarrollo de alianzas estratégicas intra e intersectoriales para el cumplimiento de las acciones establecidas en la Planificación Plurianual del MINSa 2008-2010 en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012, así como dirigir los recursos, de tal forma que se alcancen los resultados previstos en el mediano y largo plazo. Un actor clave serán los gobiernos municipales, estructuras de participación, Consejo del Poder Ciudadano y las instancias globalistas (Secretaría de la Presidencia y Ministerio de Hacienda y Crédito Público).

6.2 Seguimiento y Evaluación

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

Esta Política Nacional de Salud se formula así mismo en correspondencia con el Marco Estratégico del Sector y del País para alcanzar las Metas del Milenio. Dado el carácter dinámico de las necesidades en salud y a la pertinencia entre lo planeado y las acciones desarrolladas en la realidad, se podrá requerir en dicho período de la incorporación de nuevas políticas o de ajustes a las mismas, situación que deberá ser evidenciada en una evaluación formal de la misma.

Es por ello que en función de los resultados de la evaluación, la Dirección Superior del Ministerio de Salud, en el ejercicio de la rectoría del sector salud y de las facultadas que le otorga la Ley General de Salud, podrá adecuar dichas políticas, con la participación de las diferentes instancias institucionales o de participación intra e intersectoriales, municipales y comunitarias, tomando en consideración “participación ciudadana” como eje transversal.

Los resultados de esta Evaluación también evidenciarán la necesidad de ajustes en la Plan Plurianual del MINSa 2008-2010. Se establecerá con mayor precisión los alcances de la Política Nacional de Salud (objetivos, metas y acciones estratégicas), éste deberá contener el diseño de los indicadores y mecanismos de seguimiento sistemático, con el fin de que los mismos puedan ser utilizados para el seguimiento y evaluaciones correspondientes.

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

La Primera Evaluación de la Política Nacional de Salud deberá realizarse en el Tercer año de Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, una segunda evaluación antes de finalizar nuestro Gobierno, dando continuidad en el primer año del próximo Gobierno Sandinista siguiendo el mismo ciclo de evaluación. Esta evaluación debe ser realizada con participación ciudadana con el propósito de valorar la eficacia y eficiencia de las acciones desarrolladas, así como el impacto alcanzado, tanto en la situación de salud como en las transformaciones previstas en el sistema nacional de salud.

**El pueblo no se detiene
en su lucha por la
Restitución de sus Derechos**

¡Viva el Poder Ciudadano!

Impresión:

Génesis Impresiones / 253-6834

