**OCTUBRE DE 2000**

# 27

# Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

# ÍNDICE

**INTRODUCCIÓN** ..... **1**

**ANÁLISIS DEL PLAN MAESTRO DE SALUD DE NICARAGUA** ..... **3**

1. ACTIVIDADES ..... 3
2. LA APLICACIÓN EN NICARAGUA: DIFERENCIAS CON LOS LINEAMIENTOS ..... 3
3. LA APLICACIÓN EN NICARAGUA: OTRAS LECCIONES ..... 4
4. CONCLUSIONES ..... 5

**ANEXO 1: EL PLAN MAESTRO DE INVERSIONES EN SALUD (PMIS)** ..... **7**

TÉRMINOS DE REFERENCIA ..... 7

**ANEXO 2: GUÍA DE TRABAJO PARA ANÁLISIS DE LOS SILAIS** ..... **13**

**ANEXO 3: TALLER INSTITUCIONAL PARA EL PLAN DE INVERSIONES EN SALUD PARA EL MEDIANO PLAZO** ..... **23**

**ANEXO 4: ANÁLISIS RESUMIDO DEL SECTOR SALUD** ..... **29**

**ANEXO 5: LOS PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD** ..... **57**

**ANEXO 6: LAS ÁREAS TEMÁTICAS** ..... **69**

**ANEXO 7: INFORMACIONES BÁSICAS ACERCA DE HOSPITALES** ..... **73**

**ANEXO 8: FICHA DE PERFILES DE PROYECTOS** ..... **85**

**ANEXO 9: SEGUNDO TALLER INSTITUCIONAL DE PRIORIZACIÓN** ..... **89**

**ANEXO 10: GUÍA PARA FACILITADORES** ..... **91**

**ANEXO 11: ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN HECHA POR LOS PARTICIPANTES DEL TALLER DE PRIORIZACIÓN EN SALUD** ..... **93**

**ANEXO 12: ANÁLISIS DE LOS PROYECTOS REVISADOS EN EL TALLER DE PRIORIZACIÓN** ..... **97**

**ANEXO 13: PLAN DE INVERSIONES EN SALUD PARA EL MEDIANO PLAZO** ..... **101**

**ANEXO 14: REFLEXIONES ACERCA DE LA EXPERIENCIA EN NICARAGUA** ..... **105**

# INTRODUCCIÓN

Uno de los elementos de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe entre la USAID y la OPS es crear los instrumentos para la preparación de inversiones en salud, los que deben ser probados en al menos dos países. Con este propósito se preparó el libro "Lineamientos para la Formulación de Planes Maestros de Inversión" el que fue finalizado en 1998. De acuerdo al programa acordado con USAID la intención era hacer una prueba en terreno desde el inicio.

Los devastes causados por el Huracán Mitch a fines de 1998 dejaron muy en claro que los países necesitaban urgentemente ayuda para presentar ideas para la reconstrucción del sistema e infraestructura de salud. Quedó en evidencia la urgente necesidad de reforzar los procesos de preparación de inversiones, ya que, incluso con los recursos disponibles (como es el caso luego de desgracias naturales), no estaba claro cuáles deberían ser los proyectos prioritarios más allá de los paliativos a la tragedia misma, y menos aún en que orden deberían ser abordados.

A la luz de lo anterior, y en el contexto de los procesos asociados al Mitch, los socios decidieron probar los instrumentos en dos de los países más afectados por el fenómeno: Nicaragua y Honduras. Este documento presenta la experiencia de Nicaragua y será seguido próximamente por el análisis del proceso en Honduras, y por una revisión del impacto total del proceso.

El proceso del PMIS en Nicaragua no ha terminado. Su desarrollo mostró la necesidad de preparar un Análisis Sectorial de Salud, el que se había obviado ante la urgencia debido al Mitch. Se avanzó en la identificación de los componentes de dicho análisis sectorial en algunas actividades del PMIS. Resultó claro que es posible que se abran algunas áreas adicionales de necesidad de inversión como resultado de este análisis. Por otra parte, por razones que se explican en el texto, la metodología del PMIS fue probada a nivel institucional del Ministerio de Salud, pero se necesita repetir el ejercicio a nivel nacional. Este proceso será iniciado en un futuro próximo. Las evaluaciones de los procesos por parte de los participantes fueron altamente favorables.

Por este motivo la edición final del Plan resultante ha sido denominada "Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002". El mismo consiste en una colección de unos 80 proyectos debidamente ordenados y clasificados que se publican bajo el número 28 de esta Serie.

Los PMIS siempre son dinámicos y sujetos a revisión. Como el propósito de este ejercicio es evaluar la efectividad de la metodología, se consideró que la experiencia era suficientemente rica para proceder, en el entendido que la colección de proyectos sólo refleja el ejercicio al interior del Ministerio de Salud, y que el Plan Sectorial con todos los interesados será producido más adelante.

El equipo de la OPS en Nicaragua se constituyó por un Consultor Internacional, Dr. Cleofe Molina y un Asesor en Servicios, Dr. Armando Güemes, dirigidos por el Representante de la OPS, Dr. Philippe Lamy. El apoyo técnico fue proporcionado por las consultoras Lic. Tarina García e Ing. Vanessa Rosales, bajo la supervisión general del Ing. Hernán Rosenberg, Asesor Regional en Planificación e Inversiones en Salud.

# ANÁLISIS DEL PLAN MAESTRO DE SALUD DE NICARAGUA

## 1. ACTIVIDADES

Para lanzar los procesos se hizo un taller de preparación de PMIS conjunto de ambos países Nicaragua y Honduras. A fin de profundizar la instrumentación se usó como proyecto a ser desarrollado en cada país la preparación de un PMIS. Otros tópicos cubiertos fueron el análisis de los interesados, la negociación y la identificación de interesados. El taller fue evaluado muy positivamente por los participantes.

Posteriormente, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) solicitó que se repitiera el taller para incluir a otros países de la Región que no habían podido participar en el esfuerzo inicial. Naturalmente éstos no fueron financiados por la iniciativa, pero su experiencia se suma a la anterior. Funcionarios de Nicaragua y Honduras que no habían asistido al taller anterior participaron en este segundo taller.

Los talleres fueron organizados por el Asesor Regional en Inversiones en Salud y dos consultoras internacionales.

Tanto Honduras como Nicaragua solicitaron apoyo adicional mediante consultores internacionales que siguieron de cerca y en terreno el proceso en ambos países. Otros países también solicitaron este apoyo y uno (Guatemala) no lo quiso. Se realizaron varias misiones de supervisión, y las oficinas de representación de la OPS apoyaron el proceso en todo momento a través de sus consultores en servicios de salud. Para los distintos talleres y actividades se enviaron a la Oficina de la OPS consultores especializados cuando se estimó necesario.

Se concluyó que la debilidad de los sistemas de planificación en los ministerios hace prácticamente imposible este ejercicio sin un nivel de apoyo.

## 2. LA APLICACIÓN EN NICARAGUA: DIFERENCIAS CON LOS LINEAMIENTOS

- Una de las características de los PMIS es que se basan en necesidades determinadas por revisiones de demanda sectoriales, como las que se hacen a través de análisis sectoriales. La urgencia debida al Huracán Mitch así como la necesidad de preparar una cartera rápida, no permitieron hacer este proceso de modo sistemático. En su lugar se utilizaron diversos análisis y levantamientos de la situación existente preparados por la OPS, USAID, las IFI y otros actores. Eventualmente el manejo de la cartera Mitch se separó de este proceso, concentrándose el mismo en el mediano plazo, es decir, no inmediato. Posteriormente, como se refleja en el informe mismo, se ha comenzado un proceso de análisis sectorial. Si bien esto no altera la evaluación del PMIS, sí implica la posibilidad de que aparezcan subsectores no suficientemente cubiertos. Por esto, se considera que una vez terminado el análisis sectorial será necesario revisar la cartera producida. Pareciera que este factor no afectó mayormente el desarrollo del proceso PMIS.
- La situación nicaragüense motivó también que los análisis se hicieran en el ámbito del Ministerio de Salud (MINSA). Naturalmente hubiera sido preferible realizar una consulta más amplia,

pero las condiciones no estaban dadas. Por otra parte, el proceso demostró que hacía falta lograr el consenso interno, un logro mayor. Por este motivo, la colección ordenada de los proyectos procesados se está publicando con el título "Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002". Este consiste en una colección de unos de 80 proyectos debidamente ordenados y clasificados que se publican bajo el número 28 de esta Serie.

## 3. LA APLICACIÓN EN NICARAGUA: OTRAS LECCIONES

- La realización del PMIS presupone una capacidad institucional de preparación de proyectos. La experiencia demostró que ésta es baja en el mejor de los casos. Los mismos participantes en el taller de priorización, última etapa del PMIS, indicaron que muchos de los proyectos carecían de consistencia lógica, o presentaban errores graves de presupuesto, como por ejemplo evaluar bicicletas en $1.000. Esta debilidad se ha notado en varias ocasiones previas, y se han hecho ejercicios de capacitación al respecto. Sin embargo, éstos no han llegado a todos los niveles necesarios, como son los locales o los de los técnicos. Convendría revisar la estrategia respectiva de capacitación, especialmente si se continúa el proceso de descentralización y separación de funciones.
- El taller de priorización constituye *de facto* la culminación participativa del ejercicio, ya que es la oportunidad para que se vea la materialización de los esfuerzos y se tenga el último intercambio constructivo entre todos los participantes. Por esto se adjuntan una serie de documentos que se prepararon con este propósito, y se sugiere detallar más la logística de su ejecución en los lineamientos.
- La presencia de un consultor externo resultó ser clave para el proceso, sin embargo, cabe destacar la amplia colaboración de las contrapartes, los equipos locales están trabajando al máximo de su capacidad. Por este motivo, la aplicación de un programa de alta intensidad como el PMIS requiere este apoyo. Para el futuro se deberá discutir estratégicamente la labor de inversiones del nivel central del MINSA. En la medida que la separación de funciones sea efectiva, y la función de rectoría deba afianzarse, las actividades alrededor de las inversiones requieren un refuerzo serio, si no se quiere revertir a una situación en que las decisiones de inversión sectoriales se tomen sin una participación efectiva de este ministerio. En otras palabras, se debería preparar un programa alrededor del seguimiento de las inversiones y asignar los recursos necesarios para el mismo.
- Una de las impresiones más favorables de las actividades fue el alto nivel de interés y compromiso de los participantes. En este sentido una externalidad del PMIS fue levantar considerablemente la actitud de los participantes, quienes obviamente tenían bastante que decir. Sería importante establecer mecanismos regulares de retroalimentación así como espacios de intercambio frecuentes en el contexto de las actividades del MINSA. Al mismo tiempo, los participantes indicaron que hubieran apreciado una mayor participación de los cuadros superiores técnicos en el proceso. La escasez de recursos humanos arriba mencionado puede explicar este último fenómeno. Por otra parte, los procesos masivos tipo PMIS consumen muchos recursos humanos. En la medida que los participantes no tengan claro el impacto de esta actividad, podría haber una resistencia a comprometerse con la misma, lo que debe considerarse en el diseño del proceso del PMIS, mediante explicaciones sobre su alcance, impacto e importancia.
- Tal como se esperaba, una de las tareas más difíciles desde el punto de vista conceptual fue la priorización. En general, el sector funciona con el criterio de que todo es importante, y la tendencia adicional a no intervenir en terreno ajeno hace aún más difícil el proceso. Sin

embargo, una vez que quedó claro que la intención era ordenar y no descalificar los proyectos, las discusiones fueron ricas y profundas.

- Los lineamientos no especifican la inclusión de criterios de costo beneficio o costo efectividad explícitamente. En la práctica, las discusiones si utilizaron estos enfoques, aunque no de manera explícita ni sistemática. A juicio nuestro, dadas las condiciones del país mencionadas arriba, la introducción de los mismos hubiera retrasado y complicado los acuerdos, tanto por la capacitación adicional que hubiera sido necesaria para profesionales que no manejan técnicamente los conceptos, como por la reacción antieconomicista que producen estos indicadores. No obstante lo anterior, en la práctica se discutió indirectamente en torno a estos temas. Se podría considerar añadir explicaciones sobre cómo llevar una discusión sistemática al respecto en ediciones revisadas de los lineamientos.
- Otro tema que se debe considerar en ediciones futuras es la consolidación de lenguaje con otras publicaciones, en particular el de la OPS, ya que a pesar que no altera el contenido, se presta a confusión para los usuarios que en alguna documentación ven el uso de términos como "objetivos" utilizados con implicaciones semejantes pero no idénticas.

## 4. CONCLUSIONES

El PMIS fue un proceso efectivo, útil y bien apreciado en Nicaragua. Su utilidad futura dependerá de la asignación de recursos (humanos y financieros) de parte del Ministerio de Salud para su seguimiento, monitoreo y ajuste.

El informe consiste en una narrativa y una colección de anexos. El anexo 1: "El Plan Maestro de Inversiones en Salud" (PMIS) describe los términos de referencia para el ejercicio. El anexo 2, la Guía de Trabajo para el Análisis de los SILAIS, se preparó para las actividades en los niveles descentralizados. Los anexos 3, 4 y 5: Taller de Análisis Resumido del Sector Salud; Análisis Resumido del Sector Salud, y Problemas del Sector Salud, reflejan la estimación de demanda que se preparó sobre la documentación existente y que se utilizaron como insumo en el análisis sectorial.

Los anexos siguientes se refieren a la realización del proceso mismo:

El anexo 6 cubre las áreas temáticas; el anexo 7 cubre la información acerca de hospitales para el plan de inversiones en salud; el anexo 8 describe la ficha nacional para los proyectos de inversiones en salud.

Los anexos siguientes cubren el Taller de Priorización: el anexo 9 describe el "Segundo Taller Institucional de Priorización"; el anexo 10 es la Guía para Facilitadores, que fue utilizada por los facilitadores locales. El anexo 11 muestra un análisis de la evaluación hecha por los participantes del taller, y, por último el anexo 12 es el análisis de los proyectos revisados en el taller de priorización.

El anexo 13 es el Informe al Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (PWR) en Julio 1999, preparado por el consultor internacional, y el anexo 14 describe sus reflexiones acerca de la experiencia en Nicaragua.

# ANEXO 1: EL PLAN MAESTRO DE INVERSIONES EN SALUD (PMIS)

## TÉRMINOS DE REFERENCIA

### *Introducción*

El Ministerio de Salud (MINSA), en el marco de la Modernización del Estado, se encuentra aplicando las "Políticas Nacionales de Salud 1997-2002" cuyos objetivos principales son:

1) Modernización del Sector Salud.

2) Fortalecimiento del Ministerio de Salud.

3) Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria.

4) Nuevas estrategias en Salud Pública.

5) Reforma de la Seguridad Social.

Aunque en el corto plazo es ineludible ejecutar proyectos de infraestructura física, en el largo plazo aparecen oportunidades y desafíos vinculados a los procesos de reforma sectorial (RS) que hacen imprescindible diseñar una nueva política de inversiones que contemple:

1) Los programas de salud sobre las personas y sobre el ambiente.

2) Los factores de la producción de servicios de salud tales como los recursos humanos, la infraestructura, el equipamiento, los medicamentos y las formas de organizarlos.

3) Las funciones de regulación, financiamiento, provisión y evaluación.

4) El saneamiento básico, la intersectorialidad y la participación social.

Los Planes Maestros de Inversiones en Salud (PMIS) son concebidos como el marco referencial que, a partir del Análisis Sectorial y con el diseño de una cartera de proyectos de inversión basados en las brechas de atención, hace posible darle sostenibilidad al desarrollo del Sector Salud, al Plan Nacional de Salud y a la RS. Ello hace necesario:

1) Diseñar un Plan Maestro de Inversiones en Salud de mediano plazo para contextualizar los proyectos de reconstrucción con las Políticas Nacionales de Salud y la RS.

2) Desencadenar el proceso de Análisis Sectorial que involucre a todos los actores del sector, a los equipos del MINSA, de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS), Municipios, Universidades, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y Agencias de Cooperación.

***Fundamentos***

El PMIS, como instrumento de planificación, sirve para ordenar los proyectos de inversión y garantizar su coherencia con las orientaciones estratégicas y las políticas del sector.

El PMIS, como instrumento de negociación, le permite a la autoridad sanitaria interactuar con las fuentes de financiamiento públicas y privadas, nacionales e internacionales.

El PMIS, como instrumento de gestión, evalúa los resultados de los proyectos ejecutados y guía los criterios de introducción de nuevos proyectos.

***Grupo de Trabajo***

La Fuerza de Tarea (FT) para elaborar el PMIS estará formada por:

1) Un experto en proyectos de la Dirección General de Cooperación Externa e Inversiones.
2) Un experto en gestión de servicios de la Dirección General de Servicios de Salud.
3) Dos expertos en planificación y epidemiología de la Dirección General de Planificación.
4) El consultor de Servicios de Salud de OPS/OMS Nicaragua.
5) Un consultor internacional de OPS/OMS.

***Metodología***

La FT recopilará los documentos oficiales vigentes a la fecha acerca de:

1) Marco político, organizacional e institucional.
2) Perfil demográfico y epidemiológico.
3) Planificación y gestión de sistemas y servicios de salud.
4) Financiamiento y gasto.
5) Análisis de oferta y demanda de servicios de salud y brechas de atención.
6) Identificación de los problemas de salud y las áreas temáticas.
7) Definición de la ficha nacional de perfiles de proyectos de inversión en salud.
8) Definición de la cartera de perfiles de proyectos de inversión en salud, periorizados.

Con dicha información, y disponiendo del apoyo de otras dependencias del MINSA y de OPS, emitirá un informe llamado Plan Maestro de Inversiones en Salud (para el mediano plazo) cuyo contenido se encuentra en la nota # 1.

Para los efectos de facilitar el trabajo, se realizará un Taller de Análisis Sectorial durante la primera semana de Abril de 1999 y un Taller de Priorización en Salud durante la segunda semana de Mayo de 1999. Ver nota # 2.

***Programa de Trabajo***

***Negociación y constitución del Grupo de Trabajo***

1) Negociación y cierre con el MINSA.

2) Constitución de la Fuerza de Tarea.

***Primer informe:*** ***12 de Marzo de 1999***

1) Los puntos 1 y 2 del informe final:

- El contexto político.
- El contexto sanitario.

2) Las propuestas para:

- Taller de Análisis Sectorial.
- Taller de Priorización en Salud.
- Seminario de "Lanzamiento de las Prioridades en Salud" y anuncio del "Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS)".

***Segundo informe:*** ***9 de Abril de 1999***

1) El punto 3 del informe final:

- Los recursos.
- Propuesta de coeficientes técnicos para determinar la optimización de la oferta y las brechas de prestaciones.

2) Organización del Taller de Análisis Sectorial e informe de relatoría.

***Tercer informe:*** ***10 de Mayo de 1999***

1) El punto 4 del informe final:

- Análisis de la oferta y la demanda.
- Brechas de prestaciones.
- Propuesta de principales problemas del sector.
- Propuesta de ficha técnica, campos temáticos y de perfiles de proyectos disponibles.

2) Organización del Taller de Priorización en Salud e informe de relatoría.

***Cuarto informe:*** ***20 de Junio de 1999***

1) El punto 5 del informe final:

•El Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS).

## NOTA #1. EL PLAN MAESTRO DE INVERSIONES EN SALUD (PMIS)

***Contenido***

### *1. El Contexto Político*

1.1 Aspectos generales.
1.2 La política social.
1.3 La política económica.
1.4 La política de salud.

### *2. El Contexto Sanitario*

2.1 Características demográficas.
2.2 Perfil epidemiológico.
2.3 Análisis institucional.

### *3. Los Recursos*

3.1 Recursos humanos.
3.2 Infraestructura y equipamiento.
3.3 Medicamentos.
3.4 Gasto y sostenibilidad financiera.

### *4. Análisis de la Oferta y Demanda de Servicios*

4.1 Descripción de la oferta.
4.2 Descripción de la demanda.

### *5. El Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS)*

5.1 Campos temáticos.
5.2 La cartera de proyectos.

## NOTA #2. PROPUESTA DE TALLERES

***Taller #1:*** ***Análisis del Sector Salud***

**Objetivos:** 1. Identificar elementos claves del sector y de la acción intersectorial en salud.
2. Aplicar el instrumento: Metodologías para el Análisis del Sector Salud.
3. Contribuir al análisis integral del Sistema Nacional de Salud.

**Dirigido a:** 1. Mandos superiores y medios del MINSA.
2. Directores y mandos superiores de los SILAIS y Municipios.
3. Representantes de otros Ministerios, Empresas Públicas, Sector Privado, Universidades, ONGs., Agencias de Cooperación y Organizaciones de la Sociedad Civil.

**Fecha:** Primera semana de Abril de 1999.

**Lugar:** Granada u otro fuera de Managua.

**Nota:** Evento previo a la reunión de Ministros de Salud de Centro América a realizarse en Managua los días 8 y 9 de Abril de 1999.

***Taller #2:*** ***Las Prioridades del Sector Salud***

**Objetivos:** 1. Identificar y priorizar, en forma participativa, los problemas del sector salud.
2. Identificar y priorizar, en forma participativa, los proyectos de inversión.

**Dirigido a:** 1. Mandos superiores y medios del MINSA.
2. Directores y mandos superiores de los SILAIS y Municipios.
3. Representantes de otros Ministerios, Empresas Públicas, Sector Privado, Universidades, ONGs., Agencias de Cooperación y Organizaciones de la Sociedad Civil.

**Fecha:** Segunda semana de Mayo de 1999.

**Lugar:** Granada u otro fuera de Managua.

Coincidirá con la visita del Director de OPS/OMS a Nicaragua, por lo que podría organizarse un evento comunicacional en el cual:

1) La Sra. Ministro de Salud haría el lanzamiento oficial de "Las Prioridades del Sector Salud de Nicaragua" y anunciaría el diseño del "Plan Maestro de Inversiones en Salud", como una Política de Estado.

2) El Sr. Director de OPS podría anunciar el respaldo de la organización a la iniciativa y el apoyo permanente a los países de Centro América para sus proyectos de reforma sectorial y de explicitación de la política de salud.

# ANEXO 2: GUÍA DE TRABAJO PARA ANÁLISIS DE LOS SILAIS

SILAIS de:
Director del SILAIS:

## 1. TERRITORIO

### *1.1 Aspectos Geográficos*

1.1.1 Características generales
Superficie en Kms².
Límites geográficos.
Número e identificación de los municipios y de localidades que atiende el SILAIS.

1.1.2 Autoridad política del departamento.

1.1.3 Características físicas del territorio (topografía, hidrografía, clima).

### *1.2 Aspectos Ambientales*

1.2.1 Características ecológicas.
Fuentes de contaminación.
Riesgos de desastres.

1.2.2 Infraestructura de saneamiento. Especifique urbano, rural y por etnias.
Porcentaje de población con agua potable.
Porcentaje de población con alcantarillado.
Porcentaje de población con energía eléctrica.
Porcentaje de población con recolección de basuras.
Contaminación de fuentes de agua.
Sistema de control de calidad del agua potable.

1.2.3 Algunos problemas específicos.
Condiciones y control sanitario del sacrificio de ganado.
Insectos y roedores. Identificar los tres municipios más afectados.
Contaminación por plaguicidas. Identificar los tres municipios más afectados.

### *1.3 Aspectos Sociales*

1.3.1 Características de la vivienda. Especifique urbano, rural y por etnias.
Déficit de vivienda.
Número de personas por vivienda.

1.3.2 Características de las vías de comunicación y sistema de transporte.
Señale número de comunidades según vía de acceso predominante.
Señale número de comunidades según tiempo de traslado y medio de transporte.
Señale número de establecimientos con teléfono, fax, radio y correo electrónico.
Señale número de comunidades con teléfono, radio telégrafo y correo.

1.3.3 Características del sistema educacional. Especifique urbano, rural y por etnias.
Número de establecimientos públicos y privados existentes.
Matrícula escolar por niveles.

Porcentaje de deserción escolar.
Porcentaje de analfabetismo.

1.3.4 Actores sociales del departamento.
Número y lista de actores sociales representados formalmente.
Número y lista de partidos políticos y/o grupos en formación.
Especificar su representación y vinculación con el gobierno departamental.

## 2. POBLACIÓN

### *2.1 Aspectos Demográficos*

2.1.1 Características de la población. Especifique etnia en cada grupo.
Población total.
Distribución urbano y rural.
Población por grupos de edad y sexo.
Tasa de crecimiento.
Número de hijos por mujer en edad fértil.
Migraciones internas y externas.

2.1.2 Estadísticas vitales del departamento.
Tasa de natalidad.
Tasa de fecundidad.
Tasa de mortalidad general.
Tasa de mortalidad infantil del menor de 1 año.
Tasa de mortalidad infantil de 1-4 años.
Tasa de mortalidad infantil de 0-30 días.
Tasa de mortalidad materna.

### *2.2 Aspectos Económicos*

2.2.1 Actividades económicas primarias (producción agropecuaria, minas, pesca, etc.).

2.2.2 Actividades económicas secundarias (elaboración, industria, etc.).

2.2.3 Actividades económicas terciarias (sector servicios).

2.2.4 Tasas de desempleo.

2.2.5 Tasa de empleo informal.

2.2.6 Población económicamente activa.

2.2.7 Relación de dependencia.

### *2.3 Aspectos Epidemiológicos*

2.3.1 Riesgos a la salud.
Riesgos ambientales y viales.
Riesgos laborales.
Violencia social y familiar.
Hábitos potencialmente dañinos a la salud.
Índice de pobreza.
Tasa de embarazo en adolescentes.

2.3.2 Daños a la salud. En números absolutos y porcentaje.
Cinco primeras causas de consulta por morbilidad.
Cinco primeras causas de mortalidad general.
Cinco primeras causas de mortalidad infantil del menor de 1 año.
Cinco primeras causas de mortalidad infantil de 1 a 4 años.
Cinco primeras causas de egresos hospitalarios.
Cinco primeras causas de defunciones hospitalarias.
Cinco primeras enfermedades de notificación obligatoria.

## 3. OFERTA DE SERVICIOS

### *3.1 Capacidad Instalada*

3.1.1 Oferta de servicios ambulatorios por unidad de salud.

| Unidad de salud | Ubicación | | C de Salud* | | | P de Salud** | | Oferta Servicios*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Urban | Rural | A | B | C | A | B | Turno | Emer. | Básicos |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

* Centro de Salud A: c/ camas B: c/ especialista y laboratorio C: c/médico general
** Puestos de salud A: c/ médico permanente. B: c/ enfermería permanente.
*** Servicios básicos: programas de promoción (atención a la mujer y el niño, crónicos y enfermedades transmisibles).

3.1.2 Características de la oferta de servicios por hospital.
Dependencia administrativa.
Quirófanos:
- Horas quirófano disponibles y ocupadas.
- Número de intervenciones quirúrgicas.
- Registro de listas de espera.
- Sistema de información.

Laboratorio clínico:
- Tipos de exámenes.
- Número de exámenes por egreso.
- Destino de los desechos.
- Sistema de información.

Diagnóstico por imágenes:
- Tipos de placas radiológicas.
- Número de placas radiológicas por egreso.
- Control de irradiación.
- Número de ecografías y de ecotomografías.
- Sistema de información.

Banco de sangre:
- Número de bancos de sangre.
- Tipos de derivados preparados.

- Número de transfusiones. Sangre total, glóbulos rojos y plaquetas.
- Número de transfusiones por egreso.
- Porcentaje de solicitudes satisfechas.
- Procedimientos de rutina para control de sangre extraída.
- Sistema de información.

Referencia y contra referencia:

- Centros a los que derivan.
- Centros de los que derivan.
- Diagnósticos de derivación más frecuentes.
- Sistema de información.

Otras instalaciones de diagnósticos y tratamiento:

- Rehabilitación (unidades y pacientes en control).
- Hemodiálisis (unidades y pacientes en control).

Servicio de anatomía patológica.

- Número de autopsias.
- Número de autopsias por fallecido intra hospital.

Comunicaciones.

- Teléfono.
- Fax.
- Correo electrónico.
- Radio.

Financiamiento.

- Presupuesto fiscal.
- Ingresos propios.
- Proyectos.

3.1.3 Plantilla de recursos humanos.

| **Hospital** | **Recursos Humanos Servicios Clínicos Servicios de Apoyo Clínico** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Méd** | **Enf** | **Aux** | **Téc** | **Gi** | **Pe** | **MI** | **Cir** | **Urg** | **Lab** | **BSa** | **Far** | **Imag** | **Dial.** |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

3.1.4 Describa y comente los servicios de salud en el departamento.

3.1.5 Número de consultorios privados:

- Medicina general.
- Medicina especializada.
- Hospitalización.
- Odontología.
- Hemodiálisis.

Número de farmacias.

Existencia de servicios de medicina tradicional y alternativa.

3.1.6 Organismos cooperantes y componentes que atienden en el departamento.

| Localidad | Organismo | Componente | Tipo Cooper. | OBS. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

### *3.2 Calidad*

3.2.1 Calidad técnica

Porcentaje de establecimientos que han organizado y tienen funcionando:

- Comité de calidad.
- Comité de ética.
- Comité de control de infecciones intra hospitalarias.
- Comité de uso racional de medicamentos.
- Auditoría de muertes infantiles y maternas.

Porcentaje de cesáreas sobre total de partos.
Porcentaje de necropsias sobre el total de fallecidos en el hospital.
Porcentaje de partos atendidos en domicilio por personal entrenado.
Porcentaje de partos institucional.

3.2.2 Calidad percibida.

Unidades que han aplicado estudios de satisfacción del usuario y los utilizan.
Señalar si existen y funcionan:

- Programas de mejoría de calidad y trato al usuario.
- Sistemas de orientación al usuario como afiches, murales, etc.
- Sistema de recolección y análisis de quejas de los usuarios.

### *3.3 Actividades de promoción y prevención en salud*

3.3.1 Prevención.

Cobertura de vacunas al menor de un año.
Cobertura de atención prenatal.
Cobertura de planificación familiar.
Cobertura de control de niño sano.
Cobertura de actividades a otros grupos priorizados.

3.3.2 Promoción.

Se realizan visitas domiciliares por personal entrenado.
Brigadas médicas móviles:

- Número.
- Integrantes.
- Frecuencia de visitas.

Modalidades de educación sanitaria a la población.
Acciones de control:

- Calidad de alimentos.
- Calidad de agua.

Iniciativas Hospital Amigo, Municipios saludables, etc.

### *3.4 Personal por unidad de salud*

3.4.1 Utilización del personal de salud.
Rendimiento de los recursos que atienden directamente a las personas.

- Consultas médicas por hora contratada disponible.
- Controles de enfermería por hora contratada disponible.
- Intervenciones quirúrgicas por hora quirófano disponible.
- Radiografías por egreso hospitalario.
- Radiografías por consulta ambulatoria.
- Exámenes de laboratorio por egreso hospitalario.
- Referencia satisfecha y no satisfecha por especialidades.
- Exámenes por consulta ambulatoria.

Comente la rotación del personal de salud y sus principales causas.

3.4.2 Formación del personal de salud.
Existe un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos.
Capacidad instalada en el territorio para capacitación.
Cursos regulares y matrículas por unidades de salud.
Capacitación en servicio:

- Campos temáticos.
- Capacidad de formación propia.
- Capacidad de formación externa, al SILAIS o al área geográfica.

### *3.5 Inventario de recursos humanos*

| **Perfil Recursos**<br>**Categoría de Unidad** | **Cantidad de Recursos** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Puesto** | | **Centro** | | | **Hospitales** |
| | **A** | **B** | **A** | **B** | **C** | |
| Personal directivo | | | | | | |
| Médico especialista | | | | | | |
| Médico general | | | | | | |
| Médico serv. Social | | | | | | |
| Enfermeras | | | | | | |
| Auxiliar de enfermera | | | | | | |
| Técnico de laboratorio | | | | | | |
| Psicólogo | | | | | | |
| Trabajador social | | | | | | |
| Técnico de Rx | | | | | | |
| Administ. Financiero | | | | | | |
| Técnico higiene. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Personal de ETV | | | | | | |
| Otros | | | | | | |
| Parteras | | | | | | |
| Brigadistas | | | | | | |
| Colaborador voluntario | | | | | | |
| **Total Personal** | | | | | | |

### *3.6 Inventario de Servicios de Salud que no son del MINSA*

| Tipo de Establecimiento | Número |
|---|---|
| Clínica privada | |
| Consultorio privado | |
| Laboratorio clínico privado | |
| Farmacia privada | |
| ONG que prestan servicios permanentes | |
| Otros: | |

## 4. DEMANDA DE SERVICIOS

### *4.1 Cobertura de las unidades de salud a la población de influencia*

4.1.1 Porcentaje de población efectivamente cubierta por el SILAIS.

- Distribución urbano rural.
- Distribución por grupos de riesgo.

Identificar brechas de cobertura:

- Geográfica.
- Urbano rural.
- Etnia.

Características y número de :

- Población con seguridad social.
- Población con planes de prepagos.
- Población sin cobertura.

Médico por 1.000 habitantes
Enfermeras por 1.000 habitantes
Auxiliar de salud por 1.000 habitantes
Médicos por enfermera
Enfermeras por auxiliar de salud.

4.1.2 Producción de servicios.
Número de consultas por:

- Médico general.
- Médico especialista.
- Enfermera.
- Odontólogo.

Número de exámenes:
- Laboratorio clínico.
- Por imágenes.

Relación consultas por egreso.
Relación exámenes por egreso.
Relación placas radiológicas por egreso.
Recetas despachadas por consulta.
Intervenciones quirúrgicas:
- Número.
- Tipo.
- Especialidades.

Gestión Clínica:
- Egresos.
- Días cama utilizados.
- Intervalo de sustitución.
- Condición al egreso.
- Porcentaje de ocupación de camas.
- Promedio de estancia.

Estudios de anatomía patológica.
- Número.
- Relación número de necropsias por egreso fallecido.
- Relación fallecidos por egresos.

## 5. GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

### *5.1 Recursos y métodos de administración*

5.1.1 El personal directivo del SILAIS conoce la política nacional de salud y las bases del proceso de reforma en salud.

5.1.2 Relaciones de la administración del SILAIS con la descentralización del MINSA.

5.1.3 Responsabilidad y recursos han sido transferidos del MINSA al SILAIS y de este al municipio:
Equipamiento.
Presupuesto.
Recursos humanos.
Insumos y materiales de reposición periódica.

5.1.4 ¿Existen y se usan manuales de normas y procedimientos?

5.1.5 ¿Tiene el SILAIS un plan de desarrollo institucional?

5.1.6 Consejo técnico del SILAIS:
- Existe.
- Funciona.
- Participantes.
- Periodicidad.

Plan de supervisión a la red asistencial.
- Existe.
- Frecuencia.
- Resultados.

Sistema de referencia y contra referencia.

- Existen normas de referencia y contra referencia
- Se aplican las normas.

### *5.2 Sistema de información para el SILAIS*

Descripción del sistema de información actual.

Oportunidad y calidad de la información.

Uso de la información para la gerencia de servicios. ¿Quién y con qué frecuencia?

Uso de la información para la gestión clínica. ¿Quién y con qué frecuencia?

### *5.3 Coordinación interinstitucional*

La participación social es un objetivo del plan de desarrollo del SILAIS.

Mecanismos para facilitar la participación social en la Red Asistencial.

Comisiones en que participa la población (formas y tipo de participación)

Programas interinstitucionales (tipo, recursos que manejan, destinatario de las acciones, objetivos y metas, instituciones que participan).

### *5.4 Financiamiento del SILAIS*

Presupuesto fiscal.

Ingresos propios.

Proyectos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. "Cuestionario para el Análisis de los Procesos de Descentralización y Desarrollo Local". HSP/SILOS-29 OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. 1990.

2. Guía Nacional para el Autodiagnóstico de los Procesos de Descentralización y Desarrollo Local en Salud. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Dirección del Sistema Público de Salud. Dirección de Protección de la salud. OPS/OMS. 1996.

3. Análisis de Situación de Salud. Guía Metodológica. Documento de trabajo. MINSA. OPS/OMS. Proyecto PROSILAIS. 1998.

4. Análisis de Situación de Salud. Guía Metodológica para el Primer Nivel de Atención. MINSA. OPS/OMS. 1999.

# ANEXO 3: TALLER INSTITUCIONAL PARA EL PLAN DE INVERSIONES EN SALUD PARA EL MEDIANO PLAZO

## ¡BIENVENIDO!

Usted ha sido seleccionado para formar parte del equipo del Ministerio de Salud de Nicaragua que elaborará el Plan Maestro de Inversiones en Salud de mediano plazo.

Este es un proceso de discusión participativa que tiene tres etapas:

1) En la primera etapa se discutirá y establecerá consenso acerca de las propuestas contenidas en el documento adjunto. Este documento, que será la base de discusión del Taller del día 15 de Junio de 1999, tiene los siguientes temas:

   - Análisis resumido del sector salud.
   - Los problemas del sector salud.
   - Las áreas temáticas.
   - Las fichas nacionales para los proyectos de inversión.

Para el Taller del 15 de Junio de 1999 es necesario haber leído el documento y contestado la guía que se adjuntan. Durante el trabajo de grupos, las opiniones personales serán discutidas para formar la opinión grupal, la que será llevada a la sesión plenaria.

Posteriormente, la Fuerza de Tarea sistematizará la información recogida de los distintos grupos en la sesión plenaria y entregará un informe final acerca de los cuatro temas.

1) La segunda etapa consistirá en preparar una cartera de perfiles de proyectos de inversión en salud identificados a partir de los problemas de salud y de las áreas temáticas consensuadas en la etapa anterior. Este trabajo técnico específico será realizado por los equipos a cargo de los programas del Ministerio de Salud y coordinado por la Fuerza de Tarea nombrada para este efecto.

2) La tercera etapa consistirá en un Taller de Priorización en Salud para analizar los perfiles de proyectos y priorizarlos, cuya fecha se confirmará oportunamente.

### PRIMER TALLER INSTITUCIONAL

### ANÁLISIS RESUMIDO DEL SECTOR, LOS PROBLEMAS DE SALUD, LAS ÁREAS TEMÁTICAS Y LA FICHA NACIONAL DE PROYECTOS.

#### INTRODUCCIÓN

El análisis resumido del sector salud, los problemas de salud y las áreas temáticas requieren ser conocidos, analizados y corregidos por los actores institucionales. Además, es necesario conocer el modelo nacional de ficha de perfiles de proyectos.

**OBJETIVOS**

1) Validar la propuesta de análisis resumido del sector salud.

2) Consensuar los problemas de salud y las áreas temáticas.

3) Presentar la Ficha Nacional de Proyectos y de Perfiles de Proyectos.

**ASISTENTES**

El Taller es institucional y está dirigido a los mandos políticos y técnicos del Ministerio de Salud, considerando en ellos a los Directores Generales, los Directores Específicos, a los Jefes Nacionales de Programas de Salud y a la Fuerza de Tarea.

**METODOLOGÍA**

1) Los documentos: Análisis Resumido del Sector Salud, Los Problemas de Salud, Propuestas de Áreas Temáticas y de Ficha Nacional para Perfiles de Proyectos de Inversión en Salud serán distribuidos tres días antes del Taller.

2) Los cuatro temas serán presentados al inicio del Taller mediante conferencia.

3) El Trabajo de Grupos se destinará a discutir los contenidos del Análisis resumido del Sector Salud, y de la propuesta de los Problemas de Salud y Áreas Temáticas.

4) El Plenario recogerá las observaciones de los grupos.

5) La Fuerza de Tarea sistematizará la información recogida y entregará una versión final.

6) La versión final será utilizada como insumo para la Propuesta de Cartera de Perfiles de Proyectos de Inversión en Salud.

## PROGRAMA

| | |
|---|---|
| **Fecha:** | **15 de Junio de 1999** |
| 08:00 horas | Inscripción |
| 08:30 horas | Inauguración<br>Lic. Mariangeles Argüello<br>Vice Ministra de Salud |
| | Presentación de temas |
| | Análisis Resumido del Sector Salud<br>Dr. Miguel López<br>Director General de Planificación y Sistemas de Información |
| | Propuesta de Problemas de Salud, Áreas Temáticas y Modelo de Ficha Nacional de Perfiles de Proyectos<br>Lic. Anamaría Cerulli<br>Directora General de Cooperación Externa e Inversiones |
| | Organización del Trabajo de Grupos |
| 09:45 horas | Refrigerio |
| 09:45 horas | Trabajo de Grupos |
| 11:45 horas | Plenario<br>Presentación de Grupos |
| 13:00 horas | Almuerzo |
| 14:00 horas | Sistematización de la información<br>Fuerza de Tarea |

**GUÍA PARA EL TRABAJO DE GRUPOS**

Le rogamos que responda las siguientes preguntas:

1) Para el capítulo primero: EL CONTEXTO POLÍTICO y sus aspectos generales, la política social, la política económica y la política de salud.

a) ¿Qué materias, temas o aspectos desea agregar? Fundamente.

b) ¿Qué materias, temas o aspectos desea eliminar? Fundamente.

c) Otros comentarios.

2) Para el capítulo segundo: EL CONTEXTO SANITARIO y las características demográficas, el perfil epidemiológico y el análisis institucional.

a) ¿Qué materias, temas o aspectos desea agregar? Fundamente.

b) ¿Qué materias, temas o aspectos desea eliminar? Fundamente.

c) Otros comentarios.

3) Para el capítulo tercero: LOS RECURSOS, analizados según sean recursos humanos, infraestructura, equipamiento y tecnología, medicamentos, gasto y sostenibilidad financiera.

a) ¿Qué materias, temas o aspectos desea agregar? Fundamente.

b) ¿Qué materias, temas o aspectos desea eliminar? Fundamente.

c) Otros comentarios.

4) Para el capítulo cuarto: LOS PROBLEMAS DE SALUD, en cuanto a sus áreas intersectorial, de salud del ambiente, de salud de las personas y de salud del sistema.

a) ¿Qué materias, temas o aspectos desea agregar? Fundamente.

b) ¿Qué materias, temas o aspectos desea eliminar? Fundamente.

c) Otros comentarios.

5) Para el capítulo quinto: LAS ÁREAS TEMÁTICAS.

a) ¿Qué materias, temas o aspectos desea agregar? Fundamente.

b) ¿Qué materias, temas o aspectos desea eliminar? Fundamente.

c) Otros comentarios.

6) Para el capítulo sexto: LA FICHA NACIONAL DE PROYECTOS, tanto la ficha resumida como la ficha para perfiles de proyectos

a) ¿Qué materias, temas o aspectos desea agregar? Fundamente.

b) ¿Qué materias, temas o aspectos desea eliminar? Fundamente.

c) Otros comentarios.

# ANEXO 4: ANÁLISIS RESUMIDO DEL SECTOR SALUD

## CONTENIDOS

**Capítulo primero: EL CONTEXTO POLÍTICO**
Aspectos generales
La política social
La política económica
La política de salud

**Capítulo segundo: EL CONTEXTO SANITARIO**
Características demográficas
Perfil epidemiológico
Análisis institucional

**Capítulo tercero: LOS RECURSOS**
Recursos humanos
Infraestructura
Equipamiento y tecnología
Medicamentos
Gasto y sostenibilidad financiera

**BIBLIOGRAFÍA**

## CAPÍTULO PRIMERO: EL CONTEXTO POLÍTICO

### *1. Aspectos Generales*

Nicaragua es un Estado democrático representativo, con tres Poderes, Ejecutivo, Legislativo y Judicial, 15 departamentos, 2 regiones autónomas y 152 Municipios (1).

La población es de 4.357.099 habitantes (Censo 1995), el 54,4% vive en área urbana, el 17% está desempleado y el 24,6% de los mayores de 10 años son analfabetos (2). La población proyectada a 1999 es de 4.930.469 habitantes (22). De acuerdo con la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas, el 52,6% de la población urbana y el 93,5% de la población rural vive en situación de pobreza y el 23,1% de la población urbana y el 78,5% de la población rural vive en situación de pobreza extrema (3).

Los principales problemas políticos, económicos y sociales (4) que influyen en la situación de salud son:

a) La pobreza.

b) El crecimiento de la población.

c) El desempleo y subempleo.

d) El déficit en vivienda e infraestructura urbana.

e) La cobertura baja de los servicios de educación y de salud.

f) El saneamiento básico insuficiente.

g) La inseguridad ciudadana.

h) La malnutrición.

***Marco de Modernización del Estado***

Ordena la política social, económica y de salud (5) y sus objetivos son:

a) Coordinar la política social con la política económica, agropecuaria y de infraestructura.

b) Fortalecer el rol de regulación, evaluación y de control del Estado.

c) Focalizar y aumentar la eficiencia del gasto social.

d) Descentralizar y fortalecer la capacidad de gestión de los gobiernos locales.

e) Abrir espacios a la participación ciudadana.

***El Sistema Nacional de Salud***

Es el conjunto de instituciones, normas y procesos políticos, jurídicos, técnicos y administrativos que articulan a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas que realizan acciones de promoción, prevención, atención, recuperación de la salud y rehabilitación, así como a las instituciones académicas y organizaciones sociales que capacitan y organizan los recursos humanos destinados a ejecutar dichas acciones (6).

El subsector público lo forma el Ministerio de Salud (MINSA), el Cuerpo Médico Militar del Ministerio de Defensa (MIDEF), el Ministerio de Gobernación (MINGOB), el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y las Universidades Públicas. El subsector privado lo forman las instituciones con y sin fines de lucro y las universidades privadas (11, 12, 13).

La ley establece que el MINSA es el órgano rector, tiene un nivel central y un nivel departamental formado por el Sistema Local de Atención Integral de Salud (SILAIS). Posee una Red Asistencial de primer y segundo nivel con 973 unidades de salud. Atiende independiente del aseguramiento y capacidad de pago y realiza las acciones de promoción y prevención junto con la comunidad organizada. Se financia con el presupuesto general de la República, la cooperación internacional, líneas de crédito, fondos especiales y venta de servicios (1, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 20).

El país cuenta con 7,4 médicos, 2,9 enfermeras, 1,9 odontólogos por 10 mil hab. y 1,2 camas por 1.000 hab.(8). El gasto per cápita total en salud es de US$ 35, el segundo más bajo de Centroamérica, corresponde al 9,2% del PIB de 1995 (8, 9, 14). La cobertura de atención de salud por personal capacitado es de 81,5% para el control prenatal, de 73% para el parto y del 96% del PAI en el menor de un año (8, 10, 11, 12, 18).

El INSS regula y financia la provisión de servicios de salud para sus beneficiarios comprando un plan básico de salud pagado por un per cápita a empresas médicas previsionales (EMP) públicas y privadas

(11, 20). El subsector privado tiene 7 hospitales, aproximadamente 200 camas y 139 clínicas. Los laboratorios y farmacias no fueron determinados (9, 11).

***La Reforma del Sector Salud (RS)***

En los años 1990-1993 el MINSA, en el marco de la Modernización del Estado, analizó sus políticas, planes y programas y su impacto en la salud de la población; introdujo las primeras acciones de reforma del sector salud en 1991, modificó su organización y las relaciones entre los actores del Sistema Nacional de Salud; consolidó la estructura departamental (desaparecieron las Direcciones Regionales) y creó los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) y el Consejo Nacional de Salud (7, 11, 12, 19, 20). Además, explicitó la voluntad de descentralizar y darle autonomía a los hospitales, aunque por diversas razones, dicha voluntad no tiene expresiones concretas.

La Política Nacional de Salud 1997-2002 establece que los principales problemas del sector son los siguientes:

a) Los actores nacionales que deben cumplir las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios no están identificados.

b) Los recursos humanos están mal distribuidos y tienen baja productividad.

c) Las normas técnicas y administrativas no existen o están atrasadas.

d) La infraestructura y el equipamiento son insuficientes, obsoletos y carecen de un plan de inversiones y de un sistema de mantenimiento.

e) Los insumos son insuficientes.

f) La demanda de prestaciones de salud tiene grandes brechas.

g) La capacidad de atención en los hospitales está saturada.

h) La capacidad de gestión de los servicios es limitada.

Para solucionar dichos problemas, se han realizado estudios y consultorías, y se han desarrollado varios proyectos de apoyo directo a las unidades prestadoras de servicios de salud para mejorar su eficacia y eficiencia, las que cuentan con respaldo técnico y financiero de la Cooperación Internacional (3, 5, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 19).

La Política Nacional de Salud 1997-2002 (7) establece los siguientes lineamientos:

a) Modernización del sector salud.

b) Fortalecimiento del Ministerio de Salud.

c) Fortalecimiento de la atención hospitalaria.

d) Nuevas estrategias en salud pública.

e) Reforma de la seguridad social.

El MINSA modificó su estructura central en 1998 (Ley 290 y su reglamento). Reorganizó el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Consultivos a distintos niveles y la Comisión Interinstitucional de Apoyo a la Salud. (11, 12, 13).

#### *2. La Política Económica*

La República de Nicaragua ha declarado que su Política Económica (5, 14) persigue los siguientes objetivos:

***Controlar el gasto fiscal y hacer más eficiente el gasto social***

La primera etapa para ganar credibilidad y sostenibilidad financiera gubernamental consiste en mantener el Gasto Público por debajo del Producto Interno Bruto (meta lograda por tercer año consecutivo). El Ministerio de Planificación y Cooperación evaluará y monitorizará los proyectos para aplicar la inversión pública en saneamiento, educación primaria y salud, focalizados en el área rural.

***Facilitar la inversión***

Reformas estructurales serán aplicadas para facilitar la inversión privada (nacional e internacional), y de esta forma alcanzar una tasa de crecimiento económico alta y sostenida, y controlar la inflación.

***Mejorar el empleo y enfrentar la pobreza***

La estrategia fundamental para generar empleo productivo es el crecimiento económico, en un ambiente adecuado para aumentar la inversión privada.

Combatir la pobreza, especialmente hacia los grupos más vulnerables (población indígena y rural) mediante el crecimiento del empleo, el énfasis en la educación y en la creación de la red de protección social.

#### *3. La Política Social*

La Política Social de Nicaragua (4) busca los siguientes objetivos:

***Fortalecer a la familia, la sociedad y la red de protección social***

Promover, fortalecer y proteger a la familia como núcleo fundamental de la sociedad y desarrollar integralmente a todos sus miembros, con el propósito de mantener su unidad e intervenir en la dinámica poblacional para favorecer el crecimiento económico y social.

Fomentar una red de protección social para garantizar la supervivencia de los individuos, familias y grupos vulnerables, y facilitar las condiciones para la generación de empleo productivo y permanente.

Rescatar y fortalecer la identidad cultural y la libertad creadora, afirmando las bases institucionales de la gestión cultural del Estado para incentivar la creatividad artística. Desarrollar el deporte y una vida saludable para contribuir a la formación de individuos responsables, disciplinados y con alta autovaloración.

Proveer asistencia inmediata a las poblaciones damnificadas de cualquier tipo de desastre, para cubrir sus necesidades básicas y ayudarles a normalizar sus vidas en el menor tiempo posible y reconocer a las etnias y a las comunidades indígenas el derecho a la preservación de sus lenguas, artes, tradiciones y culturas.

Igualmente, busca desarrollar condiciones de seguridad física integral para que la sociedad en su conjunto pueda ejercer sus derechos y que le permita al individuo ser parte del desarrollo del país, sin marginalidad, discriminación, prejuicios ni violencia.

Apoyar las iniciativas de coordinación de una política social regional en Centro América, que promueva la integración e incorpore las particularidades de cada país.

***Fomentar la educación y mejorar la vivienda***

El Estado valora a la educación como una prioridad fundamental y le destinará recursos por su impacto positivo en la sociedad, la economía y la reducción de la pobreza. Disminuirá el déficit habitacional y el hacinamiento mejorando la calidad de la vivienda.

***Proteger la salud de las personas y del medio ambiente***

Para ello, garantizará el acceso gratuito a los servicios básicos de salud, y pondrá énfasis en la responsabilidad del fomento y protección de la salud en las personas, la familia y la sociedad.

Expandirá la red de agua potable y alcantarillado urbano y aumentará la cobertura de agua potable rural, coordinando las inversiones de infraestructura a través de los municipios.

Desarrollará programas nutricionales para las poblaciones vulnerables tales como los menores de cinco años y para las madres embarazadas y las que estén lactando que vivan en condiciones de pobreza.

Contribuirá a conservar el medio ambiente y a usar racionalmente los recursos naturales promoviendo el desarrollo sostenible, para superar la pobreza y mejorar la calidad de vida.

#### *4. La Política de Salud*

La transición epidemiológica, en su concepción clásica, está presente en Nicaragua. Los problemas de salud asociados a la epidemiología del subdesarrollo (infecciones comunes, malnutrición, saneamiento básico, muertes maternas y perinatales, etc.) están presentes, en forma simultánea, con los problemas de salud asociados a la epidemiología del desarrollo (enfermedades crónicas y degenerativas, violencias, SIDA, etc.). Los indicadores de mortalidad infantil y de mortalidad materna siguen siendo los más altos de la Región aunque tienden a disminuir (8, 10, 16, 22).

La pobreza, analfabetismo, desnutrición y ruralidad, asociados a la percepción de que la organización y la productividad del sistema de salud son mejorables, configuran una situación compleja, que se agrava

por el marco legal desactualizado y la dependencia del financiamiento externo para gastos corrientes (3, 9, 11, 16, 21, 22).

El Ministerio de Salud pretendió fortalecer su rol regulador y normativo a partir de 1991. Para ello descentralizó formalmente las funciones técnico administrativas y de prestación de servicios a los SILAIS y quiso darle autonomía a los hospitales (aunque en la práctica no ha transferido atribuciones ni recursos). En el concepto del nuevo Modelo de Atención desea mejorar la capacidad resolutiva de la atención ambulatoria, estimular los hábitos de vida saludable, y profundizar la descentralización y la participación de la sociedad civil como colaborador en las tareas sectoriales (7, 19).

En 1997 se definieron las Políticas de Salud 1997-2002 (7) cuyos contenidos principales son:

***Modernización del Sector Salud***

La misión del sector salud es alcanzar el máximo nivel posible de bienestar físico, mental y social de los individuos, la familia y la comunidad, mediante un sistema más accesible, equitativo y eficiente. Para el año 2002 espera atender a la población según sus necesidades y recursos, con calidad, eficacia y tecnología apropiada.

Para ello, el MINSA pretende asumir el rol rector, regular la prestación de servicios y cumplir funciones de financiamiento y de provisión de servicios. Asimismo, declara que desea promover la venta de servicios médicos al sector privado.

El INSS financia los servicios de salud para sus asegurados y sus dependientes contratando a las Empresas Médicas Previsionales (EMP) habilitadas y en proceso de acreditación. Financia los riesgos profesionales y administra los fondos de retiro.

Para darle sostenibilidad a este propósito se publicó la Política Nacional de Salud 1997-2002. La Ley General de Salud se encuentra en la Asamblea Nacional, y están en distintas etapas de diseño y negociación la Ley Orgánica del MINSA, de Seguridad Social y de Medicamentos y Farmacias.

***Fortalecimiento del Ministerio de Salud***

Su misión es asegurar el acceso a servicios de salud a las personas, y promover, prevenir, restablecer y rehabilitar la salud con un enfoque integral y humanizado. Para ello, se redefinirá el Modelo de Atención, se aplicará un Paquete Básico de Prestaciones de Salud, se incorporarán nuevas modalidades de organización y de gestión y se identificarán los grupos humanos vulnerables y los territorios priorizados.

La reestructuración del Ministerio de Salud pretende aplicar mejor las herramientas de planificación, los programas de salud pública y el control de gestión. Asimismo, pretende planificar, regular y normar la política de inversiones públicas para el sector salud y desarrollar sistemas de mantenimiento de infraestructura y equipos, por una parte, e incorporar las actuales y futuras fuentes de financiamiento, por la otra.

Establecerá una política nacional de desarrollo de los recursos humanos que incluya la formación, capacitación y coordinación con los centros formadores, regulará el ejercicio de las profesiones de la salud, creará el Registro Nacional de Recursos Humanos, implantará un proceso de Habilitación y Acreditación de Unidades Prestadoras de Servicios, regulará y fiscalizará las condiciones de registro,

fabricación, almacenamiento, distribución, expendio y desecho de alimentos, tóxicos y agua, incluyendo desechos domiciliarios e industriales, y establecimientos productores, distribuidores, almacenadores y expendedores de bienes y servicios.

Además, definirá los estándares de los sistemas de información, las prioridades sanitarias, las metas cuantitativas, y las normas técnico administrativas nacionales, todas en un ambiente de mejoramiento global de dichos sistemas.

Los SILAIS son reconocidos como la entidad intermedia del Ministerio de Salud para proveer las prestaciones de salud en su territorio. Se hará énfasis en el financiamiento de acciones orientadas a la promoción y prevención, y a garantizar el acceso y la calidad de los servicios.

***Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria***

La inversión mejorará los hospitales (infraestructura y equipamiento) y/o sustituirá los más deteriorados, pero manteniendo la relación de camas por habitante. Políticas de mantenimiento de equipamiento y de desarrollo tecnológico serán establecidas e integradas a la evaluación de satisfacción del usuario. Asimismo, se tomarán decisiones gerenciales financieras, clínicas y de mercadeo para garantizar la sostenibilidad de las redes hospitalarias y el mejoramiento de la calidad de la atención.

La interacción de los dos niveles de atención es clave para utilizar más eficaz y eficientemente la red asistencial, en especial en cuanto a la calidad de la atención y a los tiempos de espera. Requiere, además de incentivos al desempeño y de información clara hacia la comunidad acerca de las prestaciones que ofrece cada hospital.

***Nuevas Estrategias en Salud Pública***

La prioridad es garantizar la equidad del acceso a la atención de salud a los grupos vulnerables y elevar la cobertura, eficiencia y efectividad en el corto y mediano plazo.

Con este propósito, los esfuerzos se concentrarán en intervenciones costo efectivas y se elevará la capacidad resolutiva de las unidades del primer nivel de atención, lo cual será complementado con el desarrollo de un amplio proceso de educación comunitaria para la salud, en el cual la promoción de estilos de vida saludables será el elemento central, facilitado por mecanismos explícitos de participación de la sociedad civil organizada.

El Ministerio de Salud garantizará un paquete básico de prestaciones de salud basado en el peso de enfermedad y en el costo-efectividad de las intervenciones.

***Reforma de la Seguridad Social***

Durante el quinquenio 1997-2002 se modernizará institucionalmente el INSS y se extenderá la cobertura de la seguridad social al sector informal de la economía. Se alcanzará un nuevo modelo para manejar los fondos de retiro y los riesgos profesionales y se elaborará una nueva Ley de Seguridad Social que legitime el actual Modelo de Salud Previsional e incluya un Plan de Salud para la Tercera Edad.

## CAPÍTULO SEGUNDO: EL CONTEXTO SANITARIO

### *1. Características demográficas*

#### *Estructura de la población*

La República de Nicaragua tiene una población total de 4.357.099 habitantes (Censo 1995) con una tasa de crecimiento de 2,6% anual y se proyectan 4.930.469 habitantes para 1999 (22). El número total de viviendas llega a 751.637 con un promedio de 5,8 personas por vivienda (2).

Existe subregistro de las mortalidades tanto general (56%) como infantil (40%), y de la natalidad (50% de los nacimientos son registrados después de 1 año de edad) (2, 22).

La estructura de población es muy joven. El 45,1% es menor de 15 años (superior a la media centroamericana). El grupo de 15 a 24 años representa casi el 20% de la población total (el 60% son menores de 20 años). La tasa de fecundidad es alta (el promedio de 3,8 hijos por mujer se eleva a 5,4 en las mujeres rurales, 1998). El 28% de los embarazos ocurre en adolescentes, el 42% de las madres son menores de 19 años y el 5% menores de 15 años (2, 18, 22).

La esperanza de vida al nacer es de 68,4 años y la población de 65 y más años crece más rápido que la población total (3,8% anual) (2).

Los grupos étnicos representan el 7,1% de la población total, ubicándose el 42% en la Región del Pacífico y el 33% en la Región Norte Central (2).

#### *Características socioeconómicas*

La población económicamente activa representa el 33% de la población, 58% hombres y 42% mujeres. El desempleo alcanza cifras oficiales de 17%, combinada con 32% de subempleo, siendo mayores en el área urbana (19,2%) y en las mujeres (55%). El 38% de los adolescentes tiene algún empleo informal (Censo 1995). El desempleo abierto, aunque variable, llega a 14, 3% en 1998 (14).

La población bajo la línea de pobreza y de pobreza extrema afecta más a mujeres y a hogares con jefes de familia femeninas, es de predominio rural y está en ascenso entre los adultos mayores. La razón entre el 20% de la población con más ingresos y el 20% más pobre es de 17, llegando a 20 en áreas rurales (3).

Nicaragua ocupó el lugar 127 en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD de 1997, el segundo más bajo de América Latina después de Haití, y el lugar 106 en el IDH relacionado a Género.

#### *Educación*

El 24,6% de la población mayor de 10 años es analfabeta (42,8% en la rural). El promedio de escolaridad es de 4,5 años (2,5 años en la rural). El 34% de los niños que ingresan a primer grado desertan antes de sexto grado. Sin diferencias de género (2).

#### *La distribución geográfica y las migraciones*

La distribución geográfica de la población es desigual. El promedio nacional de 35,9 habitantes por kilómetro cuadrado, es similar a la Zona Central y Norte (37,7), baja en la Zona del Atlántico (8,0) y sube en la Zona del Pacífico (139,9). La desigualdad entre Departamentos es mayor: La RAAN tiene 6 y Masaya 409 habitantes por $km^2$ (2).

La emigración del campo a la ciudad disminuyó la población rural de 65% (1950) a 45,6% (1995). La emigración externa tradicional, por razones políticas, militares y económicas, en la década de los años ochenta representó tanto como las defunciones, estimándose que solo en Costa Rica hay más de 350.000 emigrantes ilegales, y que el flujo anual tiene variaciones entre 20.000 y 30.000 personas (2, 21, 22).

Los jóvenes actuales determinarán la velocidad de crecimiento de la población por las decisiones que tomen respecto al tamaño de sus familias, decisiones que dependen de su educación, estado de salud, bienestar económico y oportunidades para elegir.

### *2. Perfil epidemiológico*

#### *Descripción general de la situación de salud*

Nicaragua presenta mortalidades general, infantil y materna con tendencia constante al descenso pero sus cifras están por encima del promedio regional, condicionada por factores demográficos (altas tasas de natalidad, fecundidad, deserción escolar y analfabetismo); socioeconómicos (pobreza, indigencia y ruralidad); por inequidades en el acceso a servicios (33% de la población rural está a más de dos horas de un hospital y solo el 12% de ella dispone de agua potable); por el saneamiento básico (31% de la población urbana conectados a un sistema de eliminación de excretas y solo el 51% de ella con recolección periódica de basura), y por la organización y prestación de los servicios de salud, entre otros (2, 3, 8, 10, 11, 12, 16, 17, 20, 21, 22).

El país se encuentra en una situación epidemiológica compleja, producto de la acumulación de problemas derivados de la epidemiología del subdesarrollo (alta prevalencia de algunas enfermedades transmisibles y parasitarias, y bajas coberturas en saneamiento básico y en servicios de salud), junto con la epidemiología del desarrollo (mayor importancia relativa de las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, trastornos mentales y anomalías congénitas, de las degenerativas como los tumores, de los accidentes de tránsito y violencias, y las discapacidades).

La malnutrición está presente en sus dos formas: por déficit (aguda y crónica) o por mal uso de los alimentos fuentes de energía (sobrepeso y obesidad) (11, 12, 18, 20, 22).

Aunque la mortalidad materna e infantil sigue disminuyendo, persisten los problemas derivados del saneamiento básico y de la cobertura del paquete de prestaciones preventivas y curativas. A la proporción de población sin acceso a servicios de salud (17%) se agrega la insatisfacción en agua potable (37,2%) y de saneamiento (68,5%) (11, 12, 20, 22, 24).

#### *Salud del ambiente*

La cobertura de servicios básicos es deficiente. La red de distribución de agua potable cubre al 62,8% de la población total. El 88,3% de la población urbana (el 30,8% con conexión en la vivienda) y el 54,8% de la población rural, pero con problemas de continuidad en el servicio. El 31,5% de la población

urbana (21,9% de las viviendas) dispone de alcantarillado. El fecalismo al aire libre es frecuente y la oferta de letrinas estimada por el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM) alcanza al 55,7% de las viviendas. (2, 11, 12, 16, 20).

La Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados administra 20 sistemas de alcantarillado, con 14 lagunas de estabilización. La situación más complicada es en Managua, cuyas aguas servidas domiciliarias e industriales son descargadas en el lago Xolotlán sin tratamiento alguno (20).

La recolección de deshechos sólidos cubre al 35% de la población, cuyo 56% llega a vertederos o rellenos sanitarios (13% de los vertederos a cielo abierto tienen autorización sanitaria), y existen 5 rellenos sanitarios manuales. Otro tema es el riesgo sanitario de los microbasurales urbanos y la disposición de basura en las calles (20). Tampoco se emplean criterios técnicos ni sanitarios para el almacenamiento, la recolección, el transporte y la disposición final de los deshechos sólidos peligrosos.

La calidad de la vivienda es mala y el déficit supera las 400.000 (26). El 46% tiene piso de tierra, el 19% no tiene cuartos para dormir, en el 72% cocinan con leña y el 29% carece de servicios de energía eléctrica (27).

El marco regulatorio ambiental es inadecuado, el país no tiene sistemas para evaluar los riesgos ambientales (degradación ecológica, ruido, radiación, uso de productos químicos y los lugares de esparcimiento). Además, en el uso de los suelos y los recursos naturales, no aplica prácticas de conservación del medio ambiente, agravada por la tala indiscriminada de bosques y por las técnicas inadecuadas de explotación agrícola (11, 12). Tampoco hay un sistema nacional de control de alimentos.

***Salud de las personas***

a) Morbilidad. Los sistemas de información son insuficientes

Las principales causas de consulta ambulatoria (ENDESA 1998) son:

| | |
|---|---|
| Infecciones respiratorias agudas (nasofaringitis, neumonía y amigdalitis aguda) | 28,0% |
| Prestaciones preventivas (crecimiento y desarrollo, prenatal y contraceptivos) | 18,0% |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 16,8% |
| Infecciones génito-urinarias (infección renal, cistitis e infección urinaria) | 9,4% |

Las principales causas de egresos hospitalarios son:

| | |
|---|---|
| Parto (normal, prematuro y aborto) | 34,0% |
| Enfermedades infecciosas (intestinales y respiratorias) | 16,0% |
| Traumatismos | 5,0% |
| Quirúrgicas (apendicitis, hernia y colelitiasis) | 4,0% |

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (18) mostró que en las dos semanas previas a su aplicación, uno de cada cuatro niños menores de 5 años hizo un episodio de IRA (33% eran menores de un año), que el 23% tuvo fiebre y que el 58% fue llevado a un Centro de Salud. También mostró que el 14% de los menores de 5 años tuvo diarrea, que el 24% de los episodios ocurren en los niños de 6 a 11 meses de edad, así mismo, que el 97% de sus madres conocen las sales de rehidratación oral y solo al 58% las utilizó (16).

La desnutrición es un problema importante. El 24,9 de los menores de 5 años son desnutridos crónicos, moderados y severos (por debajo de -2DS de la mediana). La desnutrición severa afecta al 9,2%

del mismo grupo y va en aumento desde 1993 (8, 10, 18). Los factores predisponentes son el género (varones 3,1 puntos % más que las niñas), la ruralidad (la desnutrición rural dobla a la urbana) y la escolaridad materna (hijos de madres sin instrucción tienen 5 veces más desnutrición que los hijos de madres instruidas). La ingestión de calorías de los niños nicaragüenses cubre el 88,9 de la recomendación y la oferta calórica diaria per cápita ha descendido 4% en los últimos 25 años en contraste con el aumento de 19% en Centroamérica (8, 11, 12, 16, 22).

La lactancia materna exclusiva es de 2,1 meses, pero la mitad de los niños la tiene exclusiva solamente por 21 días, y menos de 12 meses en total. El 8,1 de los lactantes tiene lactancia materna exclusiva hasta los 4,5 meses de edad (10).

El déficit de hierro, vitamina A y calorías obedece a insuficiente disponibilidad y accesibilidad, asociado a patrones culturales de consumo y a la prevalencia de enfermedades infecciosas. La sal se ofrece yodada (10, 16, 21).

La Diabetes Mellitus es responsable del 4,7% del total de muertes registradas en 1998 y se esperan aumentos de la ceguera y pié diabético. Aunque el grupo etáreo más afectado es el mayor de 50 años, la tendencia es de desplazamiento hacia poblaciones más jóvenes (8, 18).

La tasa de accidentes del trabajo del INSS es de 16 x 1000 trabajadores inscritos para el período 1992-1996 y las muertes laborales han descendido de 27 a 11 en números absolutos para este mismo grupo. La atención de salud está asignada desde el Ministerio del Trabajo al Ministerio de Salud y en la población económicamente activa se consideran 24.000 niños entre 10 y 14 años formando parte del sector informal y 6.000 en el sector formal (16).

b) Mortalidad

El subregistro de la mortalidad general fue de 56% y la infantil de 40% en 1995. La tasa bruta de mortalidad desciende desde 23 x 1.000 habitantes (1950-1955) hasta 6.8, aumentando la importancia relativa de las muertes de los menores de 5 años. Su reducción es el componente demográfico que más impacto tiene en el crecimiento poblacional y en la estructura etárea. (2, 8, 18).

Entre las causas de mortalidad general ocupan el primer lugar las enfermedades del aparato circulatorio (23,2%), luego los accidentes, violencias y envenenamientos (13,9%), en tercer lugar y en ascenso constante los tumores con 10,2%. Luego y con cifras parecidas, las enfermedades transmisibles (9,7%) y las enfermedades perinatales (8,0). Cabe destacar que las ”otras causas” superan el 32% complicando la interpretación de las tendencias (2, 8. 18).

La tasa de mortalidad infantil muestra cifras variables entre 45,2 y 58 x 1000 NV, aunque en descenso respecto de la década pasada (71,8 x 1000 NV). Las principales causas de muerte en el menor de 1 año son las afecciones perinatales (43,4%), enfermedad diarreica aguda, neumonías, anomalías congénitas y otras. Las principales causas de muerte del grupo de 1-4 años son la enfermedad diarreica aguda, neumonías y accidentes. Cabe destacar que en el caso de la mortalidad neonatal, el 90,4% de sus causas corresponde a hipoxia y asfixia del recién nacido (2, 8, 18).

Las causas de mortalidad del menor de 5 años: infecciones respiratorias, diarreas y malnutrición, asociadas a la alta fecundidad, multiparidad y espacio intergenésico corto son evitables. El peso menor de

2.500 gramos al nacer, afecta al 11,7% de los recién nacidos, duplica el riesgo de morir antes del año de edad y se asocia a la desnutrición materna (8, 18).

La tasa de mortalidad materna varía entre 130 y 155 x 100.000 nacidos vivos con aumentos importantes en el grupo de madres menores de 19 años (28% del total de muertes). Las principales causas dependen de la calidad de la atención tales como retención de placenta, eclampsia, restos post parto y post aborto. El 37% de las muertes maternas ocurren en el puerperio y principalmente por hemorragia. Los factores asociados son los mismos de la mortalidad infantil (alta fecundidad, multiparidad y espacio intergenésico corto), y la cobertura y calidad insuficiente tanto en el control prenatal, como en la atención del parto. Solo el 14,8% de las mujeres controladas y atendidas en el parto acudieron a control de puerperio (2, 8, 18).

c) Enfermedades transmisibles

El control de las enfermedades inmunoprevenibles es notable. Las defunciones han pasado del 9,6% de las transmisibles al 0,5% entre 1992 y 1998, y han modificado su estructura del 81% causadas por sarampión al 100% causadas por tétano (8, 18).

La malaria tiene un comportamiento endémico, disminuyó 36% en 1998 respecto de 1997, pero como se esperaba, incrementó la notificación en las primeras semanas de 1999. El Índice Parasitario Anual se ha estabilizado en 18,7 x 1.000 habitantes y la letalidad ha descendido 5,5 veces entre 1990 y 1996 (8, 18).

El dengue, aunque ha presentado un comportamiento variable con máxima incidencia en 1994 (20.469 casos) estuvo en ascenso desde inicios de 1998 y terminó el año con 14.016 casos, (el dengue hemorrágico aumentó de 73 a 432 casos). Menos del 15% de los casos registrados cuenta con diagnóstico de laboratorio. (8, 18).

El cólera reportó un incremento de 7% en 1998 (1.454 casos) con respecto a 1997, cuya tasa de incidencia fue de 2,98 por 10,000 habitantes y su letalidad de 2,43% (8, 18).

Desde 1995 hasta Octubre 1998, la leptospirosis no registró casos. En Noviembre de 1998 aparecieron acumulados 855 casos sospechosos, 106 confirmados y 7 fallecidos. La leishmaniasis es muy subregistrada. La detección de donantes seropositivos para trypanosoma cruzi es realizada solo en el Banco de Sangre de la Cruz Roja (8, 18).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) descendieron 9,5% en 1998. En el período inmediato al Huracán Mitch hubo un aumento de hasta 94,3% por semana. La enfermedad diarreica aguda (EDA) tuvo un comportamiento semejante con un descenso anual de 3,2% pero incrementado en 31% en las mismas semanas (8, 18).

La tuberculosis reportó 1.526 casos nuevos en 1998, menos que los reportados entre 1990-1995 (promedio anual: 2.836), es responsable de 235 defunciones (1998), presentó tasas de incidencia de 69 por 100.000, de mejoría de 81% y de abandono de 7% (8, 18).

La erradicación de la polio fue certificada por la OPS/OMS en 1994. No se han registrado casos de sarampión desde 1994, la tos ferina tuvo tres muertos en 1997, el ultimo fallecido por tétanos neonatal data de 1997, y desde 1997 no se registraban muertes humanas por rabia. Siguen endémicas la malaria, dengue, cólera, IRA, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual (8, 18).

Las enfermedades de transmisión sexual subregistran en 50%, la tasa nacional es de 152 por 100.000 habitantes y con un incremento de 53% mayor en las mujeres. La gonorrea es la más frecuente. La tasa de SIDA es de 4 por 100.000 habitantes, se notificándose 1 mujer por cada 5,7 hombres. A Octubre de 1998 han fallecido 114 de los 195 notificados, por enfermedades oportunistas y escasa capacidad resolutiva de los hospitales (8, 18).

d) Enfermedades no transmisibles

Las causas cardiovasculares de mortalidad muestran un incremento sostenido desde 1992, llegando al 23,2%. No hay cifras concluyentes respecto de la mortalidad por hipertensión arterial ni tampoco acerca de las coberturas de programas específicos de intervención. Solo se ha explicitado su vinculación con los hábitos y costumbres de las personas y la percepción de que en el último tiempo ha aumentado su importancia relativa (8, 16, 18).

Los tumores representan el 9,8% de las defunciones registradas (1997) y son la principal causa de muerte de las mujeres mayores de 35 años, siendo el cáncer cérvico uterino el más frecuente (19,5% del total de tumores) y el cáncer gástrico (12,2%). Los datos nacionales acerca de citología en cuanto a cobertura (7,4%) y concentración (1.2) demuestran la ausencia de intervenciones, a pesar de la importancia del problema y su impacto familiar y social. Documentos oficiales afirman que no hay sistemas para la detección precoz ni para la referencia de citología alterada. Tampoco hay capacidad resolutiva para absorber la demanda potencial y se carece de educación para el auto examen de mamas (8, 18).

Los accidentes y violencias registran el 11% del total de defunciones, afectan de preferencia a la PEA y los accidentes del tránsito son la primera causa con casi el 21% de defunciones, seguida por los suicidios que llega al 14%. Cabe destacar que en el 28% de estas muertes no se establece si es intencional o accidental (8, 16, 18, 22).

La violencia intrafamiliar está mejorando. Se registró que el 29% de las mujeres han sufrido algún tipo de abuso físico o sexual de su pareja, 57% estando los hijos presentes y 36% estando embarazadas (21, 22).

La desnutrición sigue alta aunque es menor que en el decenio de 1980. Se desplaza hacia la población rural y a la menor de 1 año, lo cual explica el 5,4% de las muertes. La dependencia de alcohol y la cirrosis llega al 6,3% de las causas de muerte evitables, asociada a hábitos de consumo lo cual tiene un impacto individual, familiar y social (8, 16, 18, 22).

La intoxicaciones agudas por plaguicidas (vigilada desde 1992), tienen una tasa de 58 x 100.000 y la letalidad es de 9,13%. El subregistro es cercano al 10% (8).

e) Años de vida perdidos

El estudio de carga de enfermedad encontró que se pierden al año 850.000 DALYs (años de vida ajustados por discapacidad), el 55% es atribuible a muertes prematuras (la mitad por enfermedades infecciosas, un tercio por enfermedades crónicas y el resto por lesiones y otras). Los DALYs atribuibles a discapacidad, en el 53% se deben a enfermedades crónicas, 27% a lesiones y 20% a enfermedades infecciosas (10).

f) Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Está orientado a las enfermedades infectocontagiosas y a las enfermedades de transmisión vectorial. En general funciona bien, con informaciones confiables y oportunas. La red local es clave para su operación, especialmente identificando las enfermedades de notificación inmediata y el seguimiento de ellas, incluyendo el tratamiento de contactos cuando fuere necesario. Están conectados a la Red de Vigilancia Centroamericana Interfronteras (8, 10, 18).

Es necesario destacar la respuesta nacional e internacional frente al Huracán Mitch, cuyo control de los factores de riesgo de epidemias asociadas a estos desastres, logró que tuviesen una incidencia menor y, en algunos casos, interrumpir la evolución esperada.

### *3. Análisis institucional*

#### *La rectoría y las funciones de regulación y control*

El Ministerio de Salud es el rector sectorial. Su propósito es diseñar las políticas y normas, conducir al sector, garantizar el desarrollo del Plan Nacional de Salud, coordinar las acciones interinstitucionales e intersectoriales y controlar que esto efectivamente ocurra. Operan con comisiones dependientes del Gabinete Social que incluyen la coordinación específica con el Ministerio de Educación y las Universidades, y regulan el cumplimiento de las normas y procedimientos en el sector privado (13, 19).

El Ministerio de Salud ejerce la autoridad sanitaria y las funciones esenciales de salud pública, propone planes y programas de salud, organiza y dirige los programas, servicios y acciones de carácter preventivo y curativo, promueve la participación social y la intersectorialidad (19).

El control del financiamiento público es ejercido desde el Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante la ejecución presupuestaria. La Dirección de Planificación y Sistemas de Información formula las políticas, y planifica y genera la información para la toma de decisiones.

La Dirección de Cooperación Externa e Inversiones coordina los proyectos de inversiones y las fuentes de financiamiento (predominio de fuentes externas). La Dirección General de Recursos Humanos planifica, administra y controla su asignación, pero carece de procedimientos para evaluar el desempeño (13, 19).

Los establecimientos de salud son autorizados según demanda y las normas y procedimientos de acreditación son genéricos. La supervisión técnica se ejerce sólo por denuncia y no hay políticas ni procedimientos para evaluar tecnologías. La acreditación de instituciones formadoras compete al Consejo Nacional de Universidades (19).

Los 17 SILAIS, según la legislación vigente, deben ajustar las políticas, las normas, la organización y la administración de los recursos a la situación local (13).

***Función de aseguramiento***

La Política de Salud vigente expresa que se garantizará un paquete básico de servicios de salud a la población en general. No se cuenta con información confiable acerca de las coberturas efectivas ni de las modalidades del aseguramiento sanitario (7).

El 95,5% de la población está potencialmente cubierta por el subsector público (85% por el MINSA, 4,5% por el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Gobernación, 6% por el Seguro Social). El subsector privado cubre al 4,5% de la población, los que por subsidariedad también son usuarios de los servicios del MINSA (11, 12).

La regulación y el aseguramiento sanitario, supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios radican en el Sistema Nacional de Monitoría, Supervisión y Evaluación (Dirección General de Servicios de Salud y Coordinación Nacional de los SILAIS), dirigida al sector público.

El sector privado es supervisado en la provisión de medicamentos, cumplimiento de medidas higiénico sanitarias, control de epidemias y registros de nacimientos y fallecidos (13).

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) asegura las prestaciones mediante el plan básico comprado a las Empresas Médicas Previsionales públicas y privadas mediante un sistema de pago per cápita.

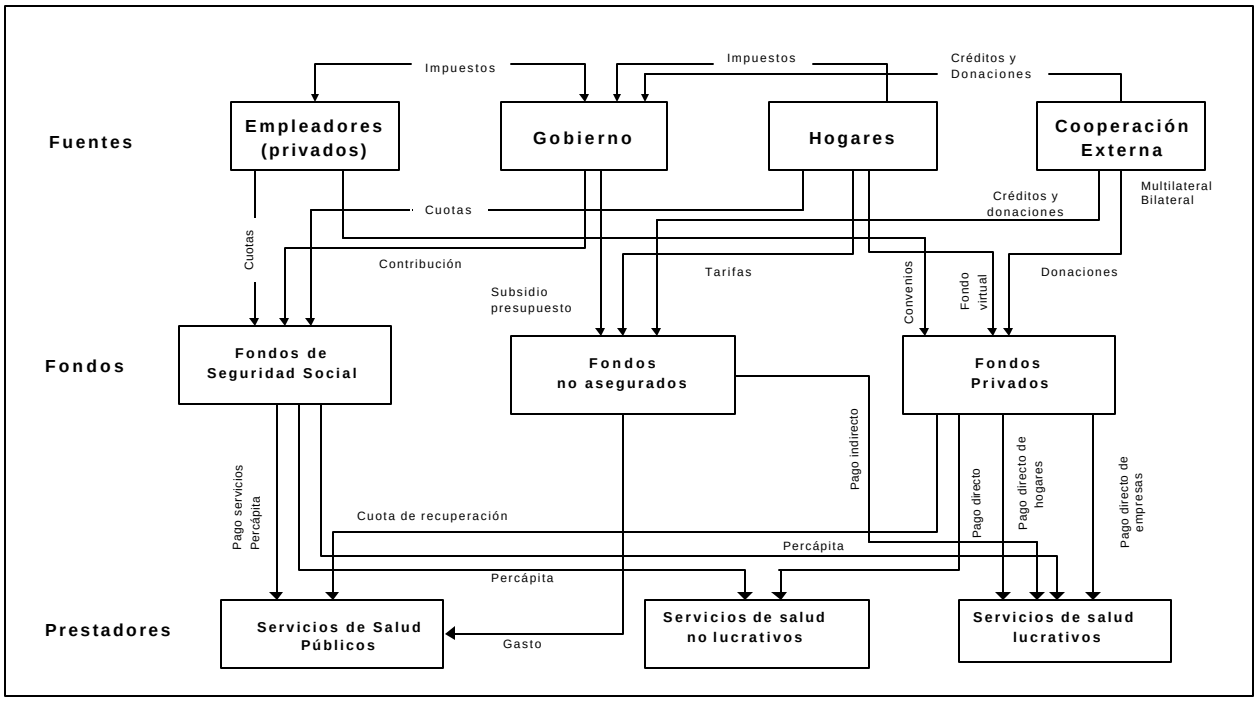
La Lista Básica de Medicamentos es de uso obligatorio en establecimientos públicos y gratis para la madre y el niño, para portadores de ciertas enfermedades y para la tercera edad (15).

***Función de financiamiento***

Los establecimientos del subsector público tienen asignación presupuestaria del Gobierno Central a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de la cooperación internacional bilateral y multilateral, de las líneas de crédito y de los fondos especiales.

La supervisión se ejerce a través del control de presupuesto asignado y ejecutado y es controlada por la Contraloría General de la República (9, 11, 12).

**Flujos Financieros en el Sistema de Salud de Nicaragua**




Fuente: Tomado de Cuentas Nacionales de Salud. Documento de trabajo.

**Fuentes de financiamiento:** Son las instancias primarias que proveen los recursos económicos. Las fuentes internas son el Gobierno, los empleadores y los hogares. La fuente externa es la cooperación externa que corresponde a créditos y donaciones de agencias multilaterales y bilaterales.

**Fondos de financiamiento:** Son los receptores de los flujos financieros provenientes de las fuentes. Administran los recursos y compran los servicios. En Nicaragua hay tres agentes que desarrollan tal función:

a) Fondos para no asegurados. Incluye el MINSA y otras instituciones que contribuyen a la salud de su fuerza laboral (Ministerio de Gobernación y Ministerio de Defensa), y algunos entes autónomos que entre sus beneficios laborales incluyen servicios de salud (Ministerio de Agricultura y Ganadería, Banco Central de Nicaragua, etc.).

b) Fondos de Seguridad Social. Recibe la cuota obrero patronal y el aporte del Estado para cubrir el Plan Básico de Salud.

c) Fondos Privados. Constituido por las ONGs. y la disponibilidad de los hogares para financiar directamente las necesidades de salud.

Prestadores de Servicios: El sector público (MINSA, MINGOB, MINDEF,) y el sector privado (clínicas, hospitales y consultorios particulares). El INSS no tiene instalaciones de servicios por la separación de las funciones de financiamiento y de provisión (9).

***Función de provisión***

La Red Asistencial tiene dos niveles de atención, el de complejidad creciente y definida por la capacidad de resolución de los problemas de salud de las personas y el del ambiente (13).

El primer nivel está representado por el conjunto de acciones institucionales, de la comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos de la población. El segundo nivel es el conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de salud que se realiza en los hospitales para enfrentar los problemas de mayor complejidad (11, 12, 13).

Los niveles de atención de salud, se rigen por las políticas, planes, programas y normas nacionales que son adecuados a la realidad específica de cada territorio. El municipio es el territorio base para la organización del primer nivel de atención, sin embargo, encontramos signos de centralización en la gestión del sector salud, especialmente en la contratación del personal y en las asignaciones del presupuesto (11, 12, 20).

El MINSA con su Red de SILAIS realiza las acciones de promoción y prevención apoyado en la comunidad organizada (red de casas base, brigadistas, parteras empíricas adiestradas, etc.) para aumentar la cobertura a la población en riesgo de enfermar o morir por diarrea y patologías inmunoprevenibles, detectar embarazadas de riesgo, promover el control de la fertilidad humana, prevenir y controlar el cólera, realizar acciones de prevención, control y erradicación de malaria y dengue y la atención del parto domiciliario (3, 11, 12).

La provisión de prestaciones más complejas es desarrollada en los hospitales, cuyos mecanismos de referencia y contra referencia son insuficientes (11, 12, 18, 21).

Otros prestadores son:

a) El Cuerpo Médico Militar provee servicios preventivos, curativos y de rehabilitación a los activos y a los en retiro del ejercito y sus beneficiarios.

b) El Ministerio de Gobernación provee servicios de salud a los activos de la Policía y sus beneficiarios y a los presidiarios. Se articula con el ejército y el MINSA para atenciones de mayor complejidad.

c) La Cruz Roja administra el Banco de Sangre y realiza asistencia sanitaria básica y alimentaria en casos de desastres.

Otras entidades públicas con alguna provisión de servicios son:

a) Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillado: provee agua potable.

b) Empresa Nicaragüense de Energía Eléctrica.

c) Alcaldías: control y recolección de desechos sólidos.

d) Ministerio de Agricultura y Ganadería: control y erradicación de enfermedades a animales de consumo humano.

e) Ministerios de Acción Social, Educación y Vivienda para sus temas específicos.

El subsector privado, con y sin fines de lucro es incipiente, tiene siete hospitales, 200 clínicas de atención ambulatoria y un número no definido de laboratorios y farmacias.

Las Empresas Médicas Previsionales, 34 registradas, ofrecen un paquete básico de servicios financiados con un pago per cápita, cuyas prestaciones no incluidas: atención odontológica, rehabilitación física y cirugías oncológicas y reconstructivas son realizadas por el MINSA y/o el sector privado.

La información para la gestión de establecimientos y servicios es poco oportuna. La población cubierta por el MINSA tiene libre elección de la unidad para demandar el servicio y el asegurado del INSS para adscribirse a la EMP. En la zona rural, la libre elección es mínima.

## CAPÍTULO TERCERO. LOS RECURSOS

### *1. Recursos humanos*

#### *Distribución de los recursos humanos*

El sistema de salud cuenta con 24.408 trabajadores (1997). Hay aumentos específicos de egresados de salud pública, médicos y enfermeras. Los recursos humanos más calificados (especialistas y subespecialistas) están concentrados en Managua y en los departamentos del Pacifico (8, 9, 11, 12, 18, 19, 20, 22).

La tendencia a corto plazo es la reducción del número de trabajadores de la salud en tiempo completo, específicamente médicos especialistas y generales. Se ha propuesto la contratación por horario y la redistribución del personal en las zonas del Atlántico y central del país. El sector privado no tiene registro del número de recursos humanos.

Tendencias de algunos tipos de recursos humanos. 1991-1997

| Tipo de recurso humano | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | Aumento % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Médicos | 2457 | 2537 | 2879 | 3104 | 3263 | 3404 | 3539 | 44,0 |
| Enfermeras Profesionales | 791 | 785 | 1009 | 1172 | 1268 | 1307 | 1374 | 73,7 |
| Técnicos de Laboratorio | 529 | 570 | 576 | 647 | 665 | 655 | 665 | 25,7 |
| Egresados de Salud Pública | 28 | 16 | 16 | 19 | 66 | 98 | 161 | 475,0 |
| Médicos por 10.000 hab. | 7 | 7,2 | 7,1 | 7,5 | 7,9 | 7,9 | 8 | 14,1 |
| Enfermera por 10.000 hab. | 1,6 | 1,9 | 2,6 | 2,8 | 3,1 | 3,06 | 3,1 | 95,0 |

Fuente: Dirección de Recursos Humanos Ministerio de Salud, 1998

Numerosos estudios demuestran que la distribución de los recursos humanos ha acentuado su iniquidad ya que al comparar macroregiones se encuentra, en el caso de los médicos, un rango entre 0,47 y

1 x 1.000 habitantes, situación que se agrava al analizar su distribución al interior de las macroregiones y de los departamentos y se hace mayor al constatar la concentración de especialistas en Managua.

La nómina nacional no siempre coincide con la oferta real en las unidades de salud.

Recursos Humanos de Salud del MINSA. 1998

| Tipo de Recurso | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Médico** | **Enfermera** | **Auxiliar de Enfermería** | **Otro trabajador** | **Administrativo** | **Servicios Generales** |
| 3.696 | 1.488 | 5.199 | 7.764 | 2.191 | 4.070 |

Fuente: Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, 1998

***Formación y evaluación***

La formación está radicada en las universidades, sin coordinación con los requerimientos del sistema, y sin evaluar el desempeño ni la puesta al día en el conocimiento. Existe escasa movilidad en la localización de los contratos y se carece de incentivos económicos para el desempeño (11, 12, 19).

***2. Infraestructura***

La red de establecimientos del MINSA cuenta con 973 unidades (166 centros de salud, 33 hospitales y el resto son puestos de salud urbanos y rurales). Provee atención de urgencia en los hospitales y en los principales centros de salud. Los tipos de establecimiento fueron definidos (13) y sus sistemas de referencia y contra referencia enunciados, aunque en la práctica, no se ajustan a ellos.

***Tipos de establecimientos***

**Puesto de Salud.** Es la unidad de menor complejidad destinada a organizar e implementar acciones para atender los problemas básicos de salud de la población.

Desarrollan acciones de fomento y protección, ejecutan actividades de recuperación, refieren al centro de salud correspondiente los problemas que no pueden ser resueltos por sus medios y controlan a aquellos pacientes que habiendo sido tratados en un nivel de mayor complejidad, requieren vigilancia posterior.

Realizan acciones para detectar problemas sanitarios ambientales y buscar soluciones intersectoriales y facilitan la participación comunitaria y el establecimiento de Casas Bases, orientan el trabajo voluntario de brigadistas, promotores, parteras, etc.

El Puesto de Salud “A” cuenta con personal médico y de enfermería permanente y con visitas periódicas del trabajador sanitario.

El Puesto de Salud "B" cuenta con personal de enfermería permanente y con visita periódica de personal médico y del trabajador sanitario, de acuerdo a la disponibilidad de recursos y los requerimientos epidemiológicos.

**Centro de Salud.** Es la unidad básica del sistema de servicios de salud municipales, responsable de programar, ejecutar y evaluar los programas de salud del nivel primario de atención. Brinda atención de salud a las personas y al ambiente en forma integral y coordina las acciones de los Puestos de Salud y las Casas Base. Actúa según complejidad creciente y utiliza los mecanismos de referencia necesarios.

El Centro de Salud "A" (con camas) posee entre 10 y 30 camas, cuenta con servicios de internamiento de pacientes y priorizan a la madre, a los niños menores de 6 años, a las enfermedades transmisibles, morbilidad general, parto y cirugía menor de forma permanente y ejercen funciones de docencia, investigación y educación sanitaria.

Se les pueden asignar cirujanos por períodos cortos y cuentan con servicios de laboratorio, Rayos X (algunos), farmacia y otros servicios básicos.

El Centro de Salud "B" (sin camas) tiene médico especializado y general o en servicio social, odontólogo, enfermeras, técnicos y auxiliares de salud. Puede contar con otros profesionales de salud de acuerdo con los programas que desarrolle.

El Centro de Salud "C" (sin camas) tiene médico general o en servicio social, odontólogo y personal de enfermería y auxiliares de la salud. Otros profesionales y técnicos visitantes de acuerdo a necesidades básicas, requerimientos epidemiológicos y nivel de resolución.

**Hospital.** Es el establecimiento que realiza acciones de recuperación y rehabilitación, que cuenta con servicios de internamiento y demás recursos para la atención especializada y no especializada.

Sus prestaciones pueden ser con paciente hospitalizado (internación) y ambulatorio (pacientes referidos y de emergencia). Además, tiene actividades de docencia e investigación. En las capitales de departamentos están ubicados los hospitales de menor complejidad y en Managua los que cumplen funciones de centro de referencia nacional.

La oferta de camas es de 1,2 por 1.000 habitantes en 33 hospitales con 3.930 camas para agudos, y 407 camas para crónicos. Los egresos hospitalarios se han incrementado alcanzando 74,2% de grado de uso de camas.

Aunque no se registran aumentos de los partos institucionales, si ha ocurrido en las cirugías mayores, los exámenes de laboratorio y los exámenes radiológicos.

**Casa Base.** Es la unidad de la comunidad organizada a nivel local, que desarrolla acciones de prevención, promoción y atención básica de salud, en conjunto y como colaborador del Puesto de Salud (10).

***Sistema de Referencia y Contra Referencia***

Es un mecanismo para asegurar la provisión de los cuidados y asistencia requeridos por los paciente, haciendo uso de los servicios prestados por la Red Asistencial.

Se realiza entre niveles de menor complejidad a otros de mayor complejidad y viceversa. La Referencia y Contra Referencia deben proveerse con agilidad y oportunidad, valorando el riesgo del paciente. Para ello deben identificarse los procedimientos que aseguren la continuidad en el diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de los enfermos.

Aunque la norma nacional es reciente, los sistemas no están operando en la forma prevista ya que la población demanda atenciones del primer nivel de atención en los hospitales o lo que es peor, mediante los servicios de urgencia. Esto implica exceso de demanda sobre una parte de la red y uso de las prestaciones de mayor costo.

***Organización de la Red Asistencial***

La Dirección General de Servicios de Salud y Coordinación de los SILAIS fue mandatada para organizar y evaluar el funcionamiento de la Red Asistencial y cada Dirección General fue asignada para elaborar las normas que les correspondan. Los Directores de SILAIS son los responsables de la red asistencial en su territorio departamental.

La distribución de establecimientos y la accesibilidad geográfica es aceptable en la zona urbana donde el 13% de la población de Managua se encuentra a más de 30 minutos de la Unidad de Salud más cercana. Sin embargo, no es así en la zona rural en que la población que se encuentra a más de dos horas de un hospital es el 33%, de un Centro de Salud es el 22% y de un Puesto de salud es el 10%.

***3. Equipamiento y tecnología***

***Equipos disponibles***

En el subsector público, la información corresponde a hospitales y centros de salud con camas del MINSA. El número total de diversos equipos es de 9.915 (11) y su condición de uso es la siguiente:

a) En funciones: 73%.

b) Con desperfectos: 9%.

c) Inactivos: 18%.

Estado actual del equipamiento radiológico MINSA. 1997

| Tipo de Equipos | En funciones | Dañados | Inactivos | Total |
|---|---|---|---|---|
| Radiología Fijos | 30 | 8 | 15 | 53 |
| Radiología Móvil. | 31 | 3 | 12 | 46 |
| Radiología Dentales | 9 | 1 | 2 | 12 |

No se dispone de información del Ministerio de Defensa ni del Ministerio de Gobernación. No se cuenta con información respecto de la disponibilidad de equipamiento del subsector privado, excepto sobre los dos hospitales privados de Managua.

Disponibilidad de equipamiento Subsector Público por nivel de atención. 1997

| **Tipo de Recursos** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subsector** | **Salas de Parto** | | **Laboratorio Clínico** | | **Equipos Radiología** | |
| | **1er.Nivel** | **2do.Nivel** | **1er.Nivel** | **2do.Nivel** | **1er.Nivel** | **2do.Nivel** |
| MINSA | 24 | 21 | 90 | 47 | 12 | 115 |
| MIDEF | Nd | 2 | Nd | 5 | Nd | 2 |
| MIGOB | Nd | 1 | Nd | 2 | Nd | 1 |
| TOTAL | 24 | 24 | 90 | 54 | 12 | 118 |

Disponibilidad de equipamiento ambos sectores por nivel de atención. 1997

| Tipo de Recursos | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subsector** | **Salas de Parto** | | **Laboratorio Clínico** | | **Equipos Radiología** | |
| | **1er.Nivel** | **2do.Nivel** | **1er.Nivel** | **2do.Nivel** | **1er.Nivel** | **2do.Nivel** |
| Público | 24 | 24 | 90 | 54 | 12 | 118 |
| Privado | Nd | 6 | Nd | 9 | Nd | 10 |
| Total | 24 | 30 | 90 | 63 | 12 | 128 |

La fuente de información para ambas tablas es la Dirección de Planificación y Registros Médicos del Ministerio de Salud, 1997.

Los tres equipos de tomografía axial computarizada disponibles son privados (Instituto Roberto Calderón, Hospital Bautista y Clínica Dr. Jiménez). Las unidades de diálisis se ubican, una en el hospital infantil y otra en el hospital médico quirúrgico. Hay dos unidades de cuidados intensivos de neonatología en el sector público (Hospital Berta Calderón y La Mascota) y uno en un hospital privado (11).

No hay un sistema de evaluación de tecnologías ni criterios explícitos para incorporar nuevos equipos, rehabilitar o retirarlos de uso. No está definido el presupuesto destinado a conservación y mantenimiento de equipos. El 85% del personal de mantenimiento es empírico (11, 12).

***4. Medicamentos***

### *Oferta del mercado*

El mercado farmacéutico está creciendo. La oferta de productos ha aumentado 53 veces desde 1990, incluyendo los medicamentos genéricos. El gasto privado también crece, especialmente en el medio urbano. Los sistemas de adquisiciones por licitación internacional han aumentado el poder adquisitivo de los fondos públicos destinados al efecto.

Medicamentos y otros productos sanitarios

| **Indicador** | **1991** | **1992** | **1993** | **1994** | **1995** | **1996** | **1997** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Productos comercializados | 100 | Nd | 210 | Nd | 4.000 | 5.400 | 5.400 |
| No de medicamentos genéricos | Nd | Nd | Nd | Nd | 1.000 | 1.350 | 1.350 |
| Gasto total (fábrica) $C millones | Nd | Nd | Nd | Nd | Nd | 51.0 | Nd |
| Gasto per capita (fábrica) $ C | Nd | Nd | 11.90 | Nd | Nd | Nd | Nd |
| Gasto per capita venta público en dólares. | Nd | Nd | Nd | Nd | 1.49 | 1.85 | 1.36 |

Proyecto de mejoría de calidad de servicios. Medicamentos esenciales. MINSA 1997.

Los cinco productos de mayor venta nacional (1995) fueron Neurobionta, Voltaren, Ciproxina, Lexotan y Cataflan.

### *Paquete básico de medicamentos*

Existe la Lista Básica de Medicamentos como referencia para la prescripción profesional y la adquisición por parte de las instituciones del sector público. En su composición se incluyen medicamentos eficaces, de comprobada seguridad y que contribuyen a resolver los principales problemas de salud. Su oferta es obligatoria en los establecimientos públicos, aunque no siempre están disponibles (11, 12, 15).

La División de Farmacias del MINSA controla la prescripción de fármacos y sus importaciones, autoriza la apertura de farmacias privadas y controla la presencia de farmacéutico graduado. Se estima que entre el 10 y el 20% del mercado farmacéutico carece de registro sanitario y entre el 10 y el 15% ingresa en forma ilegal.

## *5. Gasto y sostenibilidad financiera*

### *Las distintas formas de gasto y su relación con el PIB*

El Producto Interno Bruto para 1996 varía entre US$ 380 per cápita (8) y US$ 440 (9). El déficit del Gasto Público Total respecto del PIB ha disminuido y en la actualidad representa el 96,9% del PIB. El Gasto Público Social el 12,3% y el Gasto Total en Salud el 8,96% del PIB (9).

El gasto per cápita en salud (1995-1996) es de US$ 35.00 (23,3% del sector público). La proporción pública del gasto desciende de 80% (1980) al 55% (1995-1996) (9).

### *Tendencias en el gasto*

Las fuentes de financiamiento son variables dada la alta frecuencia del aporte externo y en este caso, de las donaciones. La fuente pública fluctúa entre 38 y 42%; la fuente privada entre 40 y 42% como expresión del incremento en el aporte de los hogares (77%) y el desarrollo de las Empresas Médicas Privadas. La cooperación externa se mueve entre 17 y 22% y la proporción entre préstamos y donaciones es de 1,2 aproximadamente. Aumentos en la fuente pública suelen estar asociados a inversiones en infraestructura como ocurrió en 1996 (9).

El INSS financia la canasta básica de prestaciones de salud para sus afiliados mediante la compra de dicho plan de salud a las Empresas Médicas Previsionales pagando un precio per cápita (9, 11, 12).

Existe financiamiento público implícito para el aseguramiento privado por la vía de asegurar la atención en los establecimientos del MINSA para las prestaciones no contempladas en la canasta básica del INSS como por la obligatoriedad de la atención, sin considerar la capacidad de pago del usuario. No hay información acerca del destino del gasto en salud del subsector privado (9, 11, 12, 16, 20).

Gasto nacional en salud por agentes gastadores. 1995-1996

| | **Año** | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Institución** | **1995** | **%** | **1996** | **%** |
| Ministerio de Salud | 1.377.155,43 | 54,25 | 1.508.983,85 | 55,4 |

| Institución | Año | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1995 | % | 1996 | % |
| Ministerio de Defensa | 29.707,19 | 1,07 | 27.016,82 | 0,99 |
| Ministerio Gobernación | 26.145,35 | 1,03 | 21.547,70 | 0,79 |
| Seguro Social | 266.752,75 | 10,51 | 280.200,25 | 10,28 |
| Otros Ministerios | 26.331,80 | 1,04 | 27.128,08 | 1,22 |
| Sub total Público | 1.726.092,52 | 68,00 | 1.864.876,70 | 61,20 |
| Sub total Privado | 812.318,84 | 32,00 | 861.971,95 | 38,80 |
| Total | **2.538.411,40** | **100,00** | **2.726.848,65** | **100,00** |

OPS/OMS, MINSA: "Fuentes de financiamiento y gastos en salud 1995/1996"

El sector público administra el 68% del total del gasto. Los hogares administran sus propios recursos y financia el 32% restante (9).

La información sobre financiamiento del gasto en salud no es suficiente ni oportuna.

Al desagregar las fuentes de financiamiento por nivel de participación en 1995, los hogares dieron el mayor aporte con 36,50%, seguido del Gobierno Central con 32,8% (9, 11, 12, 18, 20). En 1996 el gobierno incrementa su participación equiparándose con los hogares en casi 36%. La cooperación externa disminuyó 40% (1996) en las donaciones.

La tabla siguiente muestra que los gastos en ambos niveles no tienen diferencias significativas en el período. Por tipo de servicios, se encuentra que del gasto total, el 15,6% se utilizó en Promoción y Prevención (es responsabilidad del MINSA quien aporta el 89,49% de gastos totales para este tipo de servicios). La atención curativa representó el 78,4% del cual la ambulatoria es el 41,8% y la hospitalaria el 36,6%. La administración ocupó el 5,5% del gasto. Por cada córdoba en promoción y prevención se gasta 5 en atención curativa.

Distribución porcentual del gasto en salud por nivel de atención

| | Público | | Privado | | Total de gasto | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1995 | 1996 | 1995 | 1996 | 1995 | 1996 |
| Primer Nivel | 23,1 | 23,2 | 11,2 | 13,2 | 34,3 | 36,4 |
| Segundo Nivel | 27,1 | 26,3 | 3,7 | 3,6 | 30,8 | 29,9 |
| Policlínicas | 9,1 | 9,7 | Nd | Nd | 9,1 | 9,7 |
| Cent.Nacional de Referencia | 2,6 | 2,2 | No aplica | No aplica | 2,6 | 2,2 |
| Farmacias | Nd | Nd | 23,2 | 21,5 | 23,2 | 21,5 |
| Total | **61,9** | **61,4** | **38,1** | **38,3** | **100** | **100** |

Fuente: Estudio de Fuentes de financiamiento y gastos en salud 1995-1996.

**BIBLIOGRAFÍA**


1. Constitución Política de Nicaragua. 1995.
2. CENSO de Nicaragua.Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. 1995.
3. Estudio de Demanda de Servicios de Salud-Nicaragua. Proyecto MINSA-BID. 1996.
4. Política Social de Nicaragua. República de Nicaragua.1997.
5. La Modernización del Sector Público. Unidad de Coordinación del Programa de Reforma y Modernización del Sector Público. República de Nicaragua. 1997.
6. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud. Serie informes técnicos No. 6. PIAS. OPS/OMS. 1996.
7. Política Nacional de Salud 1997-2002. Ministerio de Salud de Nicaragüa.1997.
8. Indicadores Básicos de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS/OMS.1998.
9. Estudio de Cuentas Nacionales. Documento borrador, en trabajo. Grupo Nacional. Ministerio de Salud-OPS/OMS.1999.
10. Análisis de Situación de Salud en Nicaragua. Documento Interno. División Planificación y Sistemas Información. Ministerio de Salud. 1998.
11. Nicaragua. Perfil de los Servicios de Salud. OPS/OMS.1998.
12. Nicaragua. Línea basal para el seguimiento del proceso de reforma del sector salud. OPS/OMS.1998.
13. La Gaceta. Ley General de Salud-1995. Red de Servicios del Sistema Nacional de Salud-1996. Decretos 2-90. Decreto 40-97.
14. Indicadores económicos del Banco Central. República de Nicaragua.1998.
15. Medicamentos esenciales en Nicaragua. Dirección General de Normalización de Insumos Médicos. Programa de Medicamentos esenciales. OPS/OMS. 1998.
16. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (versión preliminar). Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos.1998.
17. Informe de Desarrollo Humano de Nicaragua.(Síntesis). PNUD. Versión preliminar. 1998.
18. Series Cronológicas Producción Servicios de Salud. División de Planificación y Sistemas de Información. Ministerio de Salud. 1990 - 1998.
19. Reformas del Sector Salud. Su evolución y consideraciones para su desarrollo. Documento interno de la División Planificación y Sistemas Información Ministerio de Salud. 1997.

20. Nicaragüa. Perfil de país en Condiciones de Salud en las Américas. OPS/OMS. 1998.

21. Encuestas a hogares en Nicaragua. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. 1997.

22. Nicaragua en Cifras. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. 1998.

23. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y grupos de edades. (1950-2025). Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos-CELADE. 1992.

24. Estado de la Población Mundial. FNUAP. 1998.

25. Sistema de Referencia y contrarreferencia. MINSA. OPS/OMS. 1996.

26. Encuentro nacional de Vivienda. 1992.

27. Encuesta de Medición del Nivel de Vida (EMNV). 1993.

28. Lineamientos metodológicos para elaborar los planes maestros de inversiones en salud. OPS/OMS 1998.

# ANEXO 5: LOS PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD

**PRIMERO: PROBLEMAS INTERSECTORIALES**

Comprende los factores condicionantes de la situación de salud que son competencia específica de otro sector, entre ellos, los más importantes son educación, saneamiento básico y salud laboral.

En este caso, el Ministerio de Salud identifica los problemas y los proyectos de intervención en general, para luego hacer alianzas estratégicas con los responsables sectoriales del tema específico. De esta forma, se busca disminuir el efecto negativo de estos factores condicionantes mediante acciones intersectoriales.

***1. Educación***

1.1 **Analfabetismo.** La tasa de analfabetismo en la población de 10 y más años de edad, es de 24,6% como promedio nacional y alcanza al 42,8% en la población rural, factor fuertemente asociado a las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Es un factor condicionante de las mortalidades infantil y materna, y de las morbilidades en general. Perjudica la percepción de enfermedad, la eficacia de las medidas terapéuticas, el reconocimiento a tiempo de las complicaciones, la comprensión de las instrucciones y la posibilidad de leer indicaciones y recomendaciones.

1.2 **Deserción escolar.** La deserción escolar es alta. El 34% de los niños matriculados en primer grado abandona la escuela antes del sexto grado.

La evidencia internacional indica que la deserción escolar se inscribe en el círculo de la pobreza, del analfabetismo por desuso (al menos) y de las malas condiciones sanitarias. Es causa y efecto, y por lo tanto, la intervención en ella acarreará mejores resultados de las políticas económica, social y sanitaria.

1.3 **Contenidos sanitarios en los programas regulares de educación.** Aunque se desconoce estudios acerca del efecto de aplicar contenidos sanitarios en la educación formal, el juicio de expertos indica que en cualquier contexto es necesario asegurar los siguientes contenidos en los programas regulares de educación formal: a) uso del agua potable, alcantarillado y letrinas sanitarias, b) manejo domiciliario de los residuos sólidos, c) fomento del auto cuidado de la salud, d) fomento de la seguridad alimentaria y nutricional (alimentación saludable, lactancia materna y huerto familiar).

***2. Saneamiento básico***

2.1 **Cobertura de agua potable urbana y rural.** La cobertura de agua potable llega al 88,3% de la población urbana y al 32% de la población rural. El agua potable no cumple los estándares de calidad física, química y bacteriológica. Es uno de los componentes del saneamiento básico, y está asociado a las principales causas de morbilidad y de mortalidad prevenibles.

2.2 **Alcantarillado urbano.** El alcantarillado solo está disponible para el 31,5% de la población urbana y para el 21,9% de las viviendas. Sus aguas servidas disponen de escasas lagunas de estabilización.

2.3 **Letrinización rural.** El fecalismo al aire libre es muy frecuente, es aun mayor en el área rural. La oferta de letrinas estimada en 55,7% hace necesario aumentar su cobertura y aplicar programas de educación sanitaria para su mejor utilización.

2.4 **Residuos sólidos.** La recolección de deshechos sólidos cubre al 35% de la población, su disposición final alcanza al 56% de lo recolectado y solo el 13% de los vertederos cumple con los requisitos sanitarios. Es un problema grave, tanto desde el punto de vista de los hábitos y costumbres de las personas, como desde el punto de vista de su efecto en la situación de salud. Especial interés tienen los microbasurales urbanos y su asociación con las enfermedades transmitidas por vectores y las infecciosas en general.

***3. Salud laboral***

3.1 **Marco regulatorio.** No existe una estructura institucional que aborde integralmente el problema. Tampoco existe el marco jurídico suficiente para regular, fiscalizar y evaluar las condiciones de seguridad laboral y de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Aunque se carece de información sistemática, oportuna y suficiente para este fin, el juicio de expertos indica que es un problema importante y que incide en la calidad de vida y en la productividad de los recursos humanos y de las empresas.

3.2 **Plaguicidas.** La oferta y el uso de plaguicidas carecen de un sistema efectivo para vigilar tanto la frecuencia de las intoxicaciones agudas, como los efectos teratogénicos en los hijos de trabajadoras expuestas a ellos.

3.3 **Prevención de accidentes del trabajo.** El sector carece de información regular y sistemática, de programas preventivos y de sistemas de fiscalización.

3.4 **Prevención de enfermedades profesionales.** El sector carece de información regular y sistemática, de programas preventivos y de sistemas de fiscalización.

**SEGUNDO: PROBLEMAS DE SALUD DEL AMBIENTE**

***1. Contaminación ambiental***

1.1 **Marco regulatorio.** No hay marco regulatorio suficiente para el uso de suelos y para el aprovechamiento de los recursos naturales (afecta entre ellos las tala indiscriminada de bosques y el atraso tecnológico para la explotación agrícola).

1.2 **Fuentes fijas.** (empresas industriales y otros). No existe un catastro nacional de éstas, ordenadas por agente contaminante, magnitud y peligrosidad.

1.3 **Fuentes móviles.** (vehículos, maquinarias, etc.). No hay un catastro nacional que sistematice la información de tipos de agentes, su magnitud y peligrosidad.

***2. Control de alimentos***

Es necesario controlar la calidad del envasado y distribución de los alimentos, así como sus condiciones organolépticas, las características físicas de los lugares de venta y el estado de control sanitario de los manipuladores de alimentos.

2.1 **Marco regulatorio.** Las herramientas jurídicas y normativas no son suficientes para regular adecuadamente el control de alimentos y tomar las mejores decisiones para su fiscalización.

2.2 **Control de calidad de alimentos.** No hay un sistema nacional de control de alimentos en cuanto a su envasado, distribución y expendio al público. Tampoco un sistema de registro y acreditación de establecimientos expendedores de alimentos.

2.3 **Control de manipuladores de alimentos.** No hay un sistema de examen preventivo y de autorización y evaluación periódica de las condiciones físicas, serológicas y de conocimientos de los manipuladores de alimentos. El sistema de registro y acreditación de establecimientos expendedores de alimentos al público es débil, centralizado y carece de control sanitario continuado.

2.4 **Vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos.** La incidencia y prevalencia de las intoxicaciones alimentarias carecen de datos oportunos y suficientes para la toma de decisiones, y la gestión clínica y epidemiológica depende solo de la demanda de atención médica.

**TERCERO: PROBLEMAS DE SALUD DE LAS PERSONAS**

***1. Salud de la mujer***

Más del 90% de las muertes maternas se explican por factores vinculados con la calidad de la atención del parto (hemorragia y restos placentarios, entre otras), con la baja cobertura de control de puerperio y asociadas a la edad materna, multiparidad, espacio intergenésico corto, pobreza, analfabetismo y origen rural.

1.1 **Crecimiento demográfico.** El crecimiento alto de la población, de 2,6%, la tasa de fecundidad de 3,8 hijos por mujer (5,4 por mujer rural) y el espacio intergenésico corto, son factores condicionantes de la morbilidad y mortalidad maternas.

1.2 **Atención pre natal.** La cobertura del control pre natal alcanzó 69% en 1998, por debajo de la cifra histórica cercana al 80% (huelga y Huracán Mitch). Las actividades son realizadas por recursos humanos entrenados, vinculados a los establecimientos del primer nivel de atención, con mal funcionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia y sin intervenciones nutricionales. Se requiere analizar la calidad de atención, las normas técnicas, la productividad de los recursos humanos, la oferta de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y organización de la red asistencial.

1.3 **La oferta de salas de parto.** Las principales causas de muertes maternas y neonatales están asociadas a la calidad de la atención del parto. Se desconoce estadísticas acerca de daños neurológicos y otras secuelas menos visibles, producto de un parto que no tuvo la oportunidad de resolución quirúrgica de urgencia. Solo el 50% de los partos son atendidos en forma institucional, los principales eventos que requieren de intervenciones de urgencia para resolver por vía vaginal o cesárea, necesitan sala de parto reglada, ubicada en un hospital con disponibilidad de sangre y sus derivados, y con acceso rápido al quirófano.

1.4 **La atención profesional del parto.** El análisis de la oferta de recurso humano sugiere la necesidad de un profesional universitario intermedio que, junto con asumir el control prenatal normal, asuma el parto normal en hospital, la atención inmediata del recién nacido y el puerperio normales. Asimismo que colabore en la pesquisa precoz de cáncer cérvico uterino, cáncer mamario y planificación familiar.

1.5 **La red de casas maternas.** Las embarazadas derivadas por alto riesgo perinatal y la atención institucional del parto, requieren de hogares y alternativas comunitarias en las cuales la embarazada rural espere para su parto, y luego realice el primer control de puerperio, del recién nacido y de planificación familiar.

1.6 **Atención del puerperio.** El control oportuno y precoz de puérperas y la percepción temprana de alguna complicación, son factores claves para mejorar la calidad de la atención, disminuir las muertes maternas e incorporar al programa de planificación familiar, a la vigilancia de crecimiento y desarrollo y a la vacunación BCG.

1.7 **Detección y tratamiento precoz del cáncer cérvico uterino.** Es la primera causa de muerte por tumores en mujeres de 35 y más años. Requiere programas de detección precoz y sistemas expeditos de resolución. La cobertura de citología de 7,4% de las mujeres mayores de 14 años y la falta de información acerca del proceso de pesquisa y seguimiento indica que no cumple con ambas condiciones.

1.8 **Detección y tratamiento precoz del cáncer de mama.** La segunda causa de muerte en mujeres de edad media y mayor es el cáncer de mama. Se requiere definir normas nacionales y estrategias y acciones de intervención.

1.9 **Programa de parteras**. Concebidos como una solución para las primeras intervenciones nacionales acerca de la atención del parto y los eventos asociados, en la actualidad es necesario replantear su rol para que en el largo plazo asuman tareas de promoción de la salud. Por una parte, facilitarán el acceso de las personas a la atención institucional (control prenatal, parto, puerperio, control del recién nacido, planificación familiar, detección de cáncer cérvico uterino y fomento de la lactancia materna), y por otra parte, efectuarán el seguimiento, citación de ausentes a control y verificarán el cumplimiento del tratamiento ambulatorio.

1.10 **Problemas de la mujer adulta**. Corresponden a especificidad tales como la menopausia, su inserción en el mundo laboral, el manejo de hogares monoparentales, las enfermedades crónicas y la violencia intrafamiliar y social.

***2. Salud del niño***

Los principales problemas son la inadecuada vigilancia del crecimiento y desarrollo, las enfermedades prevalentes, la desnutrición, la atención neonatal, la salud escolar y la reintroducción de las enfermedades inmuno prevenibles.

2.1 **Sistema de información.** Tiene los problemas comunes de los programas de salud, de las aperturas programáticas y de los requerimientos de información para la toma de decisiones a nivel local, departamental y nacional.

2.2 **Vigilancia de crecimiento y desarrollo.** Es importante para detectar desviaciones de la curva de crecimiento y de desarrollo sicomotor, e identificar las intervenciones más eficaces, eficientes y oportunas. Al mismo tiempo, contribuye a hacer sostenible un programa continuado de prestaciones de salud preventiva que incorpore las intervenciones de educación sanitaria, de prevención de enfermedades (incluye las nutricionales) y de estimulación del desarrollo sicomotor.

2.3 **Enfermedad diarreica aguda**. Aunque dispone de una red de Unidades de Rehidratación Oral, la consulta es tardía y las madres, pese a conocer las sales de rehidratación oral, no las usan. La diarrea causa el 18% de las muertes infantiles.

2.4 **Infecciones respiratorias agudas.** Es el motivo de consulta ambulatoria más frecuente, pero carece de las unidades técnico asistenciales necesarias para manejar el síndrome bronquial obstructivo en forma ambulatoria y de un sistema de atención progresiva para detectar a tiempo las complicaciones.

2.5 **Otras enfermedades prevalentes de la infancia.** Tales como malaria, dengue, cólera, etc.

2.6 **Malnutrición.** La malnutrición en los niños y en las embarazadas tiene múltiples causas, afecta al desarrollo sicomotor y a la calidad de vida en el caso de los niños, el peso al momento del nacimiento y el pronóstico vital del recién nacido en el caso de las embarazadas. Su causa más importante es el déficit calórico. La recomendación internacional es lograr la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y luego agregar alimentación sólida.

El desbalance nutricional y la alteración de la curva de incremento de peso en el niño requieren un proceso acelerado de "información, educación y comunicación sobre lactancia materna exclusiva y período de destete", establecer un programa de seguimiento, monitoreo y evaluación del trabajo que desarrollan los establecimientos de salud acreditados como amigos de la niñez, y del desarrollo paralelo de programas de complementación alimentaria con alimentos nutricionalmente mejorados y fortificados para la embarazada y nodriza y de alimentos con alta densidad calórica para el período del destete.

2.7 **Atención neonatal.** La asfixia es responsable de más del 90% de las muertes neonatales, asociada a la calidad de la atención del parto y del recurso humano que lo realiza. Es fundamental acreditar las salas de parto, las unidades de atención neonatal y los centros formadores de recursos humanos.

2.8 **Salud escolar.** No se dispone de información periódica acerca de la situación de salud del escolar. Tampoco hay alternativas de intervención para sus patologías visuales, auditivas, posturales y de

déficit de atención. Es una etapa de la vida propicia para fomentar hábitos de vida saludables, fortalecer a la familia, desarrollar intervenciones de educación para la sexualidad y para prevenir la violencia intrafamiliar y social. Específicamente debemos intervenir en el fortalecimiento de hábitos y conductas saludables y en la detección precoz de problemas clínicos posibles de ser corregidos con intervenciones eficaces, eficientes y oportunas.

2.9 **Enfermedades inmunoprevenibles.** Se deben mantener las coberturas de vacunación y modificar el sistema de jornadas nacionales, asociándolo a la vigilancia del crecimiento y desarrollo y a las intervenciones nutricionales que se programen.

***3. Salud del adolescente***

3.1 **Estilos de vida saludables.** Requiere un enfoque integral que comprenda el fortalecimiento de la familia, uso del tiempo libre, educación para la sexualidad, hábitos de vida saludable y capacitación para un oficio al término de la enseñanza básica.

3.2 **Salud sexual y reproductiva del adolescente.** La población joven (45,1% menor de 15 años), la ocurrencia del 28% de los embarazos en adolescentes, la condición de madre del 42% de las mujeres menores de 19 años, y el 5% de las embarazadas son menores de 15 años, indican la importancia del problema. La ausencia de sistemas de atención diferenciado para las embarazadas y solicitantes de planificación familiar, la imposibilidad de asistir a su misma escuela, la pérdida de oportunidades de fortalecimiento familiar y de educación sexual por la incorporación tardía de dichos contenidos en la enseñanza básica, son los elementos que influyen en forma negativa en el manejo y prevención del embarazo en adolescentes.

3.3 **Prevención y recuperación de la adicción.** Los registros son insuficientes, y las probabilidades de recuperación de un adicto son bajas.

3.4 **Prevención y asistencia de la violencia intrafamiliar y social**. Las mismas consideraciones para la prevención del embarazo y de las adicciones son necesarias para prevenir las conductas violentas tanto en el interior de la familia como fuera de ella (violencia intra familiar y social).

***4. Salud del adulto***

4.1 **Accidentes y violencias.** De gran importancia por su impacto en la población económicamente activa y porque en el 28% de los casos no se establece si su causa es intencional o accidental. Representa el 11% de todas las muertes y entre ellas, los accidentes de tránsito son la primera causa (21% del total de accidentes y violencias). No hay programas nacionales de educación de tránsito.

Asimismo, es necesario darle gran importancia a la violencia intrafamiliar y social, especialmente en su ámbito preventivo y asistencial.

4.2 **Enfermedades cardiovasculares.** Representan el 23,2% de las muertes, cifras en aumento desde 1992, pero sin datos concluyentes acerca del peso relativo de sus componentes como tampoco acerca de las intervenciones en desarrollo.

4.3 **Otras enfermedades crónicas.** La diabetes mellitus entre otras.

4.4 **Tumores**. Representan el 9,8% de las defunciones registradas y la primera causa de muerte en la mujer mayor de 35 años. La pesquisa precoz, la atención progresiva y la capacidad resolutiva están muy limitadas.

***5. Salud del adulto mayor***

5.1 **Autocuidado.** La esperanza de vida al nacer de 68,4 años y el crecimiento de la población de 65 y más años (3,8%) hace probable que aumente la demanda de atención por patologías complejas de alto costo y por cuidados paliativos.

5.2 **Prevención y tratamiento precoz de las complicaciones.** Por las mismas razones anteriores es necesario abrir programas nacionales para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, y por esa vía disminuir las complicaciones asociadas a su edad.

***6. Salud mental***

Se trata de darle a la salud mental la importancia que tiene desde el punto de vista de la calidad de vida como de la productividad. Requiere desarrollar proyectos intra comunitarios, multisectoriales y multidisciplinarios que fortalezcan la capacidad de respuesta institucional y mejoren el entorno familiar y comunitario.

***7. Salud oral***

La prevalencia de caries y la escasa oferta institucional obliga a orientar los recursos al ámbito preventivo y promocional en la niñez. Para ello se desarrollarán programas de escuelas saludables en conjunto con los profesores y la familia que modifiquen hábitos y conductas de los niños. Requiere de modificaciones curriculares tanto en los centros formadores de profesores como en las escuelas primarias. Por el daño y las dificultades para el acceso, se ampliará el programa escolar de fluoruración rural.

***8. Rehabilitación***

Las secuelas de la guerra, los accidentes de tránsito, las violencias en general, los accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, y el envejecimiento de la población, están aumentando el número de personas con alguna discapacidad. Es necesario desarrollar planes y programas orientados a la prevención y que asuman modelos de trabajo en el medio familiar y social del discapacitado.

***9. Alimentación y nutrición***

Esta en discusión una propuesta de intervención nutricional institucionalizada.

## CUARTO: PROBLEMAS DE SALUD DEL SISTEMA

### *1. Sistemas de información*

1.1 **Diagnóstico de las necesidades de información.** El subregistro de mortalidad general fue de 56% y de la mortalidad infantil de 40% (1995). Asimismo, el análisis de causas de muerte está complicado porque el 32% forma parte de "otras causas". El registro de morbilidades y actividades en el nivel local y las distintas etapas de agregación hasta llegar al nivel nacional presentan algunos problemas de consistencia, oportunidad y calidad. El sistema está en revisión y es una oportunidad para que el nivel normativo nacional y el nivel ejecutor local acuerden nuevos términos para su relación.

1.2 **Sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles por grupos de edad y género**

1.3 **Los recursos humanos, su capacitación y equipamiento**. El trabajador es el usuario del sistema de información ya sea que atienda a enfermos o apoye la atención, y es también el que genera los datos. Requiere formular proyectos de capacitación y equipamiento que desarrollen esta área.

### *2. Modelo de atención*

2.1 **Promoción de hábitos de vida saludables.** No se encuentran contenidos de este tipo en los direccionamientos formales de la administración interna del sector salud, ni en las señales enviadas hacia otros sectores, salvo en las iniciativas de escuelas saludables y hospitales amigos. La experiencia de municipios saludables está en fase inicial (alcance limitado), y hubo un intento de "verano saludable". La prevención de enfermedades y la alimentación sana es un resultado esperado de la promoción de los hábitos de vida saludables.

2.2 **Intersectorialidad.** Se han visto esfuerzos en la relación con el sector educación. No es evidente en cuanto a medio ambiente, salud laboral ni vivienda.

2.3 **Modelo familiar.** Se han declarado intenciones de atención integral y de fortalecimiento de la familia pero no se refleja en la información entregada por el sector salud.

2.4 **Participación social.** Existe una fuerte integración de la comunidad, tanto en las tareas técnicas propias de salud como en el soporte que salud necesita para el seguimiento de algunos programas. La participación en la gestión es limitada.

### *3. Modelo de gestión*

3.1 **Paquete básico de prestaciones.** El Ministerio de Salud ha declarado que busca asegurar que toda la población de Nicaragua reciba un conjunto de prestaciones de salud, tanto preventivas como curativas y de rehabilitación. En la práctica, solo el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social ha definido un Plan Básico de Prestaciones que lo compra a un precio per cápita a prestadores privados para atender a sus afiliados y el Ministerio de Salud subsidia, por defecto, al INSS.

3.2 **Paquete básico de insumos médicos.** El paquete básico de insumos médicos ha sido definido, está parcialmente disponible y tiene un procedimiento para la evaluación, incorporación y retiro de productos. Sus problemas son la disponibilidad, financiamiento y distribución en los establecimientos públicos, y la regulación para que las farmacias privadas estén obligadas a ofrecerlos al público a precios bajos.

3.3 **Compromisos de gestión.** Aunque los compromisos de gestión se han difundido ampliamente, en la práctica, no solo no hay incentivos para quien los cumple sino que tampoco hay castigos para quien no los cumple. Tampoco hay una línea estratégica que apoye el desarrollo de dichos compromisos.

3.4 **Sistema de financiamiento.** El presupuesto de operaciones es el histórico y las inversiones acompañan a las decisiones de los donantes. Todavía no hay capacidad de facturar a terceros pagadores ni de identificar las cuentas corrientes por paciente.

3.5 **Sistema de inversiones.** El primer Plan de Inversiones en Salud de mediano plazo permitirá ordenar las inversiones para dar cuenta de las prioridades de los programas de salud y de su reconstrucción. Es necesario diseñar un Plan de Inversiones en Salud de largo plazo que haga coherente y consistente a las decisiones de inversión con los problemas de salud y sus intervenciones. Dicho sistema de inversiones debe estar coordinado con el sistema nacional de inversiones de modo que las fuentes de financiamiento actúen financiando las prioridades nacionales.

3.6 **Monitoreo, evaluación y supervisión.** Se requiere fortalecer las capacidades nacionales y locales para el análisis, asesoría, supervisión y evaluación de la gestión programática e institucional.

3.7 **Modelo de programación local y coordinación interprogramática.** El nivel local y el nivel nacional tienen problemas de información y de diseño para su programación. La coordinación interprogramática se observa parcialmente en el nivel local y a medida que sube en la estructura, tiende a disminuir.

3.8 **Modelo de investigación operativa para la acción.** Es necesario fomentar la investigación operativa a nivel nacional, departamental y local con el objeto de fortalecer la capacidad de análisis y de identificación y evaluación de intervenciones.

3.9 **Programa de mantenimiento de infraestructura y equipos**. Es necesario aplicar un programa de mantenimiento preventivo tanto para infraestructura como para equipamiento médico e industrial. Éste debe contemplar los recursos humanos entrenados, la infraestructura y los equipos necesarios, junto con las normas de funcionamiento.

***4. Red asistencial***

No hay una evaluación reciente que comprenda tanto la capacidad resolutiva como la capacidad de gestión. No se ha actualizado la descripción de los tipos de establecimientos. Los mecanismos de referencia y contrarreferencia operan muy parcialmente. La distribución geográfica y la oferta de

establecimientos por habitante es desigual, agravado por la ausencia de sistemas de radio comunicaciones suficientes. Hay estudios para establecer la demanda.

## QUINTO: PROBLEMAS DEL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

La capacitación no ha faltado, lo que falta es un modelo de desarrollo de recursos humanos que incluya la construcción de capacidad (nacional y local) para planificar y programar, para trabajar en equipos, para coordinar los programás entre sí y para apoyar el desarrollo de dichas capacidades.

***1. Política de Desarrollo de los Recursos Humanos.*** *Es necesario definir y difundir sus contenidos, incluyendo en ellos:*

1.1 Criterios y descripción de los perfiles de profesionales y trabajadores de salud.
1.2 Sistemas de ingreso, mantenimiento y desvinculación.
1.3 Sistemas de evaluación e incentivos al desempeño.
1.4 Prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
1.5 Asistencia social.

***2. Fondo Concursable para Proyectos de Capacitación.*** *La definición central es necesaria para darle direccionamientos al proceso, pero requiere formar capacidad local, lo que puede lograrse mediante la competencia entre SILAIS.*

***3. Áreas de Capacitación.*** *Deben considerarse cuatro áreas básicas:*

3.1 Gestión superior. Para los directivos.
3.2 Gestión técnico asistencial. Para los recursos humanos que realizan atención de salud directa a las personas. Incluyendo programación, gestión e investigación.
3.3 Gestión técnico administrativa. Para los recursos humanos que no realizan atención directa a las personas.
3.4 Gestión del Mantenimiento. Para formar la masa crítica de los recursos humanos necesarios para hacer la mantención preventiva de la infraestructura y del equipamiento.

***4. Creación del Registro Nacional de Recursos Humanos de Salud***

Anunciado en la Política Nacional de Salud, es necesario diseñar la propuesta, negociarla e implantarla.

***5. Definición de los Perfiles de Personal para el Sector Salud***

***6. Diseño e Implantación de un Sistema de Incentivos al Desempeño de los Recursos Humanos***

Anunciado en la Política Nacional de Salud, es necesario diseñar, negociar e implantar el sistema de incentivos al desempeño de los recursos humanos.

**SEXTO: PROBLEMAS DEL ÁREA INDUSTRIAL DE LOS HOSPITALES**

Se deben reponer los equipos que están en malas condiciones mediante proyectos orientados por los programas de salud.

1) Equipamiento de cocinas.
2) Equipamiento de lavandería.
3) Equipamiento de calderas.
4) Equipamiento de esterilización.
5) Equipamiento de plantas de energía.
6) Equipamiento de radio comunicaciones.
7) Equipamiento de transporte.
8) Equipamiento de aire acondicionado.
9) Equipamiento para manejo de deshechos sólidos.
10) Plan de mantenimiento.

**SÉPTIMO: PROBLEMAS DEL ÁREA CLÍNICA DE LOS HOSPITALES**

Se deben reponer los equipos que están en malas condiciones mediante proyectos orientados por los programas de salud.

1) Equipamiento clínico del área de trabajo y parto.
2) Equipamiento clínico de los quirófanos.
3) Equipamiento clínico del área de imagenología.
4) Equipamiento de laboratorio.
5) Equipamiento clínico de las UTI de adultos.
6) Equipamiento clínico de las UTI pediátricas.
7) Equipamiento clínico de las UTI neonatales.
8) Equipamiento para las unidades de anatomía patológica.
9) Equipamiento para bancos de sangre.
10) Equipamiento clínico para el área de choque de los servicios de urgencia.

11) Equipamiento clínico para el área de observación de los servicios de urgencia.

12) Equipamiento clínico de los servicios de medicina y cirugía.

13) Equipamiento de lavamanos por cubículo de internamiento.

14) Plan de mantenimiento.

**OCTAVO: EQUIPAMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**NOVENO: PROBLEMAS DE LA VULNERABILIDAD DE LA RED ASISTENCIAL**

La experiencia de manejo de la crisis posterior al Huracán Mitch puso en evidencia que un equipo sectorial podía, razonablemente, asumir las principales tareas de coordinación para mitigar la crisis, y las de vigilancia para prevenir las epidemias (Comité Nacional de Emergencia). Asimismo, quedó en evidencia la ausencia de una política nacional preparatoria para enfrentar desastres, la carencia de estudios de vulnerabilidad y de planes de emergencia por unidades asistenciales que incluyan equipamiento y capacitación.

También, se desarrollará el marco regulatorio y reglamentario a partir de la Ley de Defensa Civil que se encuentra en la Asamblea nacional.

# ANEXO 6: LAS ÁREAS TEMÁTICAS

**1. EDUCACIÓN**

1.1 Alfabetización.
1.2 Deserción escolar.
1.3 Contenidos sanitarios de los programas regulares de educación.

**2. SANEAMIENTO BÁSICO**

2.1 Agua potable urbana y rural.
2.2 Alcantarillado urbano.
2.3 Letrinización rural.
2.4 Residuos sólidos.

**3. SALUD LABORAL**

3.1 Marco regulatorio.
3.4 Plaguicidas.
3.5 Prevención de accidentes del trabajo.
3.6 Prevención de enfermedades profesionales.

**4. SALUD DEL AMBIENTE**

18.1 Marco regulatorio de salud ambiental.
18.2 Fuentes fijas de contaminación.
18.3 Fuentes móviles de contaminación.
18.4 Marco regulatorio para el control de calidad de los alimentos.
18.5 Control de los manipuladores de alimentos.
18.6 Vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos.

**5. SALUD DE LA MUJER**

18.1 Planificación familiar.
18.2 Atención prenatal.
18.3 Atención profesional del parto.
18.4 La oferta de salas de parto y atención de la emergencia obstétrica.
18.5 La red de casas maternas.
18.6 Atención del puerperio.
18.7 Detección y tratamiento precoz del cáncer cérvico uterino.
18.8 Detección y tratamiento precoz del cáncer de mama.
18.9 Programa de parteras.
18.10 Otros problemas de la mujer.

**6. SALUD DEL NIÑO**

18.1 Sistemas de información.
18.2 Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo.
18.3 Enfermedad diarreica aguda.
18.4 Infecciones respiratorias agudas.
18.5 Otras enfermedades prevalentes en la infancia.
18.6 Malnutrición.

18.7 Atención neonatal.
18.8 Salud escolar para hábitos y conductas saludables.
18.9 Salud escolar clínica.
18.10 Rehabilitación nutricional comunitaria.
18.11 Enfermedades inmunoprevenibles.

**7. SALUD DEL ADOLESCENTE**

18.1 Estilos de vida saludables.
18.2 Salud sexual y reproductiva del adolescente.
18.3 Prevención y recuperación de la adicción.
18.4 Prevención y asistencia de la violencia intrafamiliar y social.

**8. SALUD DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR**

18.1 Accidentes del tránsito.
18.2 Violencia intrafamiliar con énfasis en el enfoque de género.
18.3 Enfermedades crónico degenerativas.
18.4 Tumores.
18.5 Educación sanitaria.

**9. SALUD MENTAL**

18.1 Proyecto de retorno a la alegría.
18.2 Proyecto de restitución sicosocial.
18.3 Proyecto movimundo.

**10. SALUD ORAL**

18.1 Sistemas de información.
18.2 Prevención primaria en población escolar.
18.3 Fortalecimiento institucional del programa de salud oral.
18.4 Formación de maestros.
18.5 Fluoruración en población escolar rural.

**11. REHABILITACIÓN**

18.1 Prevención de la discapacidad.
18.2 Programa de rehabilitación basado en la comunidad.
18.3 Programa de equiparación de oportunidades.

**12. NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN**

18.1 Promoción de la lactancia materna.
18.2 Alimentación complementaria por grupos de riesgos.
18.3 Micronutrientes.

**13. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

18.1 El sistema nacional de estadísticas vitales.
18.2 El proceso de registro y agregación de información para tomar decisiones.
18.3 El sistema de vigilancia epidemiológica.
18.4 Equipamiento básico para el nivel local, departamental y nacional.
18.5 Algunos sistemas específicos.

## 14. MODELO DE ATENCIÓN

18.1 Promoción de hábitos de vida saludable.
18.2 Modelo de trabajo intersectorial.
18.3 Modelo de trabajo para la salud familiar.
18.4 Modelo de participación social y comunitaria.

## 15. MODELO DE GESTIÓN

18.1 Paquete básico de prestaciones.
18.2 Paquete básico de insumos médicos.
18.3 Compromisos de gestión.
18.4 Modelo de monitoreo, análisis, evaluación y supervisión.
18.5 Modelo de programación y coordinación interprogramática.
18.6 Modelo de monitoreo, evaluación y supervisión.
18.7 Modelo de Investigación para la acción.
18.8 Programa de mantenimiento de infraestructura y equipamiento.

## 16. RED ASISTENCIAL

18.1 Evaluación de la capacidad resolutiva de la red asistencial.
18.2 Evaluación de la capacidad de gestión local, departamental y nacional.
18.3 Sistemas de referencia y contra referencia.
18.4 La situación en regiones geográficas aisladas.
18.5 Mejoramiento del sistema de transporte de pacientes y de personal.
18.6 Los sistemas de radiocomunicaciones.

## 17. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

18.1 Política de desarrollo de recursos humanos.
18.2 Fondo concursable para proyectos de capacitación.
18.3 Contenidos de capacitación.
18.4 Identificación y descripción de los perfiles de profesionales.
18.5 Diseño e implantación de un sistema de evaluación e incentivos al desempeño.

## 18. ÁREA INDUSTRIAL DE LOS HOSPITALES

18.1 Equipamiento de cocinas.
18.2 Equipamiento de lavandería.
18.3 Equipamiento de calderas.
18.4 Equipamiento de esterilización.
18.5 Equipamiento de plantas de energía.
18.6 Equipamiento de radio comunicaciones.
18.7 Equipamiento de transporte.
18.8 Equipamiento de aire acondicionado.
18.9 Equipamiento para el manejo de residuos sólidos.

## 19. ÁREA CLÍNICA DE LOS HOSPITALES

19.1 Equipamiento clínico del área de labor y parto.
19.2 Equipamiento clínico de los quirófanos.
19.3 Equipamiento clínico del área de imagenología.
19.4 Equipamiento de laboratorio.
19.5 Equipamiento clínico de las UTI de adultos.
19.6 Equipamiento clínico de las UTI pediátricas.

19.7 Equipamiento clínico de las UTI neonatales.
19.8 Equipamiento para las unidades de anatomía patológica.
19.9 Equipamiento para bancos de sangre.
19.10 Equipamiento clínico para el área de choque de los servicios de urgencia.
19.20 Equipamiento clínico para el área de observación de los servicios de urgencia.
19.21 Equipamiento clínico de los servicios de medicina y cirugía.
19.22 Equipamiento de lavamanos por cubículo de internamiento.

## 20. PROGRAMA DE VULNERABILIDAD

20.1 Marco jurídico. Ley de Defensa Civil y Reglamento.
20.2 Organización de la Dirección de Defensa Civil.
20.3 Organización de un equipo nacional del sector salud.
20.4 Estudios de vulnerabilidad y planes de emergencias por establecimientos.
20.5 Plan nacional de capacitación para manejar situaciones de desastres.

# ANEXO 7: INFORMACIONES BÁSICAS ACERCA DE HOSPITALES

**INFORMACION PARA EL PLAN DE INVERSIONES EN SALUD**

SILAIS DE: HOSPITAL DE:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE CAMAS CENSABLES** | **( )** | **NO CENSABLES** | **( )** |
| **N° DE MÉDICOS** | **( )** | **N° DE ENFERMERAS** | **( )** |
| **N° DE AUXILIARES** | **( )** | **N° DE TÉCNICOS** | **( )** |

| **5 Primeras causas de egresos** | **5 primeras causas de defunciones hospitalarias** |
|---|---|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| 5. | 5. |

| **QUIRÓFANOS** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Número de quirófanos | | | | |
| Mesas quirúrgicas | | | | |
| Mesas de posición | | | | |
| Lámparas cieliticas | | | | |
| Lámpara lateral | | | | |
| Máquina de anestesia | | | | |
| Monitor de signos vitales | | | | |
| Laringoscopio | | | | |
| Estetoscopio | | | | |
| Soportes para flebloclisis | | | | |
| Otros | | | | |

| **IMAGENOLOGÍA** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Equipo radiológico fijo | | | | |
| Equipo radiológico portátil | | | | |
| Ultrasonido | | | | |
| Otros | | | | |

| LABORATORIO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipo** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reponer** | **Observaciones** |
| Microscopios | | | | |
| Microcentrífuga | | | | |
| Espectrofotómetro | | | | |
| Química sanguínea | | | | |
| Gasómetro | | | | |
| Horno de cultivo | | | | |
| Refrigerador | | | | |
| Otro | | | | |

| ANATOMÍA PATOLÓGICA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipo** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reponer** | **Observaciones** |
| Sala de necropsias | | | | |
| Mesa de necropsias | | | | |
| Refrigerador | | | | |
| Micrótomo | | | | |
| Microscopios | | | | |
| Instrumental | | | | |
| Otros | | | | |

| UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO DE ADULTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Monitores de signos vitales | | | | |
| Saturadores | | | | |
| Aspiradores | | | | |
| Camilla de traslado | | | | |
| Camas de posición | | | | |
| Colchonetas y ropa de cama | | | | |
| Defibrilador | | | | |
| Electro cardiógrafo | | | | |
| Ventiladores mecánicos | | | | |
| Ambú | | | | |
| Laringoscopios | | | | |
| Estetoscopios | | | | |
| Lámparas | | | | |
| Carro de enfermería | | | | |
| Tubos endotraqueales | | | | |
| Sondas de aspiración | | | | |
| Equipos de fleboclisis | | | | |
| Guantes desechables | | | | |
| Mascarillas desechables | | | | |
| Equipos de toracostomía | | | | |
| Equipo de punción lumbar | | | | |
| Equipo de traqueostomía | | | | |

| UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Monitores de signos vitales | | | | |
| Saturadores | | | | |
| Aspiradores | | | | |
| Camilla de traslado | | | | |
| Camas de posición | | | | |
| Colchonetas y ropa de cama | | | | |
| Defibrilador | | | | |
| Electro cardiógrafo | | | | |
| Ventiladores mecánicos | | | | |
| Ambú | | | | |
| Laringoscopios | | | | |
| Estetoscopios | | | | |
| Lámparas | | | | |
| Carro de enfermería | | | | |
| Tubos endotraqueales | | | | |
| Sondas de aspiración | | | | |
| Equipos de flebloclisis | | | | |
| Guantes desechables | | | | |
| Mascarillas desechables | | | | |
| Equipos de toracostomía | | | | |
| Equipo de punción lumbar | | | | |
| Equipo de traqueotomía | | | | |

| UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO NEONATAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Monitores de signos vitales | | | | |
| Saturadores | | | | |
| Aspiradores | | | | |
| Camilla de traslado | | | | |
| Cunas térmicas servocontroladas | | | | |
| Colchonetas y ropa de cama | | | | |
| Defibrilador | | | | |
| Electro cardiógrafo | | | | |
| Ventiladores mecánicos | | | | |
| Ambú | | | | |
| Laringoscopios | | | | |
| Estetoscopios | | | | |
| Lámparas | | | | |
| Carro de enfermería | | | | |
| Tubos endotraqueales | | | | |
| Sondas de aspiración | | | | |
| Equipos de flebloclisis | | | | |
| Guantes desechables | | | | |
| Mascarillas desechables | | | | |
| Equipos de toracostomía | | | | |
| Equipo de punción lumbar | | | | |
| Equipo de traqueotomía | | | | |

| BANCO DE SANGRE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Red de frío | | | | |
| Otro | | | | |

| INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS | | | |
|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Reponer** |
| Número total de cubículos de internamiento | | | |
| Unidades de lavamanos disponibles por cubículo | | | |
| Unidades dispensadoras de jabón por cubículo | | | |
| Unidades dispensadoras de toalla desechable por cubículo | | | |

| URGENCIA ÁREA DE CHOQUE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Salas de atención | | | | |
| Camillas | | | | |
| Monitor de signos vitales | | | | |
| Electro cardiógrafo | | | | |
| Defibrilador | | | | |
| Manómetros | | | | |
| Nebulizadores | | | | |
| Estetoscopios | | | | |
| Otoscopios | | | | |
| Oftalmoscopios | | | | |
| Ambú | | | | |
| Laringoscopios | | | | |
| Lámparas | | | | |
| Carro de enfermería | | | | |
| Tubos endotraqueales | | | | |
| Sondas de aspiración | | | | |
| Equipos de flebloclisis | | | | |
| Guantes desechables | | | | |
| Mascarillas desechables | | | | |
| Equipos de toracostomía | | | | |
| Equipo de punción lumbar | | | | |
| Equipo de traqueotomía | | | | |
| Medicamentos | | | | |
| Otros | | | | |

| URGENCIA ÁREA DE OBSERVACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Equipamiento** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Salas de atención | | | | |
| Camillas | | | | |
| Camas de posición | | | | |
| Monitor de signos vitales | | | | |
| Electro cardiógrafo | | | | |
| Defibrilador | | | | |
| Manómetros | | | | |
| Nebulizadores | | | | |
| Estetoscopios | | | | |
| Otoscopios | | | | |
| Oftalmoscopios | | | | |
| Ambú | | | | |
| Laringoscopios | | | | |
| Lámparas | | | | |
| Carro de Enfermería | | | | |
| Tubos endotraqueales | | | | |
| Sondas de aspiración | | | | |
| Equipos de flebloclisis | | | | |
| Guantes desechables | | | | |
| Mascarillas desechables | | | | |
| Equipos de toracostomía | | | | |
| Equipo de punción lumbar | | | | |
| Equipo de traqueotomía | | | | |
| Medicamentos | | | | |

| AREA DE LABOR Y PARTOS INFRAESTRUCTURA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Tipo** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Sala de ingreso | | | | |
| Sala de labor | | | | |
| Sala de expulsivo | | | | |
| Atención del recién nacido | | | | |
| Salas de puerperio | | | | |
| Serv. higiénicos y baños pacientes | | | | |
| Otros | | | | |

| AREA DE LABOR Y PARTOS EQUIPAMIENTO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Tipo** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Mesa ginecológica | | | | |
| Estetoscopio de Pinard | | | | |
| Monitor fetal (ing. labor y expuls.) | | | | |
| Manómetro | | | | |
| Pesa adulto | | | | |
| Cinta métrica. Ing. y recién nacidos | | | | |
| Camillas | | | | |
| Cama de expulsivo | | | | |
| Cuna térmica | | | | |
| Balanza pediátrica | | | | |
| Aspirador | | | | |
| Ambú | | | | |
| Tubos endotraqueales | | | | |
| Equipos de flebloclisis | | | | |
| Incubadora de transporte | | | | |

| SERVICIOS GENERALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Área** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Lavandería | | | | |
| Planta física | | | | |
| Lavadoras | | | | |
| Centrifugadora | | | | |
| Secadora | | | | |
| Aplanchadora | | | | |
| Calderas | | | | |
| Planta física | | | | |
| Calderas | | | | |
| Estanques de combustibles | | | | |
| Esterilización | | | | |
| Sala de lavado de material | | | | |
| Autoclaves | | | | |
| Planta de energía | | | | |
| Servicio de alimentación | | | | |
| Cocina | | | | |
| Lavadora de platos | | | | |
| Peladoras | | | | |
| Ollas y otros | | | | |
| Platos | | | | |
| Servicios | | | | |
| Bandejas | | | | |
| Trituradora de deshechos | | | | |
| Carros térmicos | | | | |
| Comunicaciones | | | | |
| Teléfono | | | | |
| Teléfono celular | | | | |
| Fax | | | | |
| Radio fija | | | | |
| Radios móviles | | | | |
| Correo electrónico | | | | |

| SERVICIOS GENERALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Área** | **Buen estado** | **Mal estado** | **Para reposición** | **Observaciones** |
| Equipos de aire acondicionado | | | | |
| Ambulancias | | | | |
| Vehículos terrestres | | | | |
| Vehículos marinos | | | | |
| Programa de mantenimiento | **SI** | **NO** | | |
| Otros | | | | |

# ANEXO 8: FICHA DE PERFILES DE PROYECTOS

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

### *1.1 Título del proyecto*

Expresa la finalidad del proyecto.

### *1.2 Antecedentes*

Breve descripción del espacio geográfico o funcional en el que el proyecto se va a desarrollar. Define si el proyecto es sectorial o intersectorial. Incluye información geográfica, poblacional y socioeconómica cuando resulte pertinente.

### *1.3 Ámbito*

Se refiere al nivel institucional en el que se desarrolla el proyecto, si es nacional, departamental o municipal.

### *1.4 Justificación*

Explica la relevancia del problema para el que se busca solución, sean razones económicas, sociales, políticas, técnicas u otras. Asimismo, fundamenta que el proyecto es la solución más adecuada para resolverlo.

## 2. DEFINICIÓN DE LA PROPUESTA

### *2.1 Objetivo general*

Expresa el fin o meta del proyecto. Se relaciona con las políticas nacionales, sectoriales y locales. No siempre son medibles.

### *2.2 Objetivos específicos*

Expresa los resultados concretos que se prevén alcanzar para lograr los objetivos generales. Deben ser medibles mediante indicadores cuantitativos y cualitativos.

### *2.3 Descripción general*

Relata en grandes rasgos como se va a desarrollar el proyecto, cuales son sus componentes y su orden de ejecución.

### *2.4 Beneficios esperados*

Identifica objetivamente los beneficios generales que se esperan y consigna la población beneficiaria.

### *2.5 Evaluación e indicadores*

Miden el cumplimiento de los objetivos del proyecto y son de dos tipos.

a) Indicadores de seguimiento: miden el progreso hacia la obtención del objetivo.

b) Indicadores de impacto: miden los efectos finales del proyecto en términos sanitarios, económicos y sociales.

## 3. ÁREA LOGÍSTICA

### *3.1 Unidad responsable*

Es la unidad que propuso institucionalmente el proyecto.

### *3.2 Unidad ejecutora*

Es la unidad que se responsabiliza de la ejecución del proyecto.

### *3.3 Período de ejecución*

Tiempo estimado entre el inicio y el final de la ejecución del proyecto. Considera las etapas de diseño, negociación, ejecución, operación y evaluación.

## 4. ÁREA FINANCIERA

### *4.1 Costos de preinversión*

Costo necesario para iniciar la ejecución del proyecto. Incluye los estudios adicionales para el diseño de ellos.

### *4.2 Costos de inversión*

Corresponde a los costos de la ejecución del proyecto propiamente tal. Puede desglosarse en obras físicas, equipamiento, remuneraciones, insumos, servicios y otros.

### *4.3 Costos de operaciones*

Para tomar la decisión de ejecutar el proyecto, es importante estimar los gastos anuales que se originan una vez finalizado éste. Tiene por objeto identificar la fuente de financiamiento que le dará sostenibilidad financiera, ya que estos costos perduran durante toda la vida útil del proyecto.

### *4.4 Costo total*

Considera los costos de preinversión, de inversión y de operación. Debe especificar la moneda y el factor de conversión cuando proceda, asimismo la fuente de financiamiento, sea el presupuesto nacional, crédito nacional, crédito externo o donación para todos sus componentes.

# ANEXO 9: SEGUNDO TALLER INSTITUCIONAL DE PRIORIZACIÓN

## PRIORIZACIÓN EN SALUD

### INTRODUCCIÓN

El Plan de Inversiones en Salud para el mediano plazo requiere que la priorización de los proyectos contenidos en la cartera de proyectos de inversión, sea hecha por los actores institucionales. En el Taller de Priorización en Salud se entregará la metodología y se aplicará en la cartera de proyectos recibidos.

### OBJETIVOS

1) Presentar la metodología de priorización para los proyectos de inversión.

2) Presentar la cartera de proyectos de inversión disponible.

3) Priorizar los proyectos de la cartera presentada.

### ASISTENTES

El Taller es institucional y está dirigido a los mandos políticos y técnicos del Ministerio de Salud, considerando a los Directores Generales, Directores Específicos, a los Encargados Nacionales de los Programas de Salud y a la Fuerza de Tarea.

### METODOLOGÍA

1) La Cartera de Perfiles de Proyectos de Inversión se entregará el primer día.

2) La metodología de priorización será presentada.

3) La Cartera de Perfiles de Proyectos será priorizada en trabajo de grupos, cuyos resultados serán presentados en el plenario.

4) La sistematización final de la información recogida del trabajo de grupos y de los plenarios será hecha por la Fuerza de Tarea. La priorización de los proyectos será utilizada para la propuesta del Plan de Inversiones en Salud de mediano plazo.

# PROGRAMA

| | |
|---|---|
| **Primer día:** | **29 de Junio de 1999** |
| 8:00 - 08:30 horas | Inscripción |
| | |
| 8:30 - 10:00 horas | Inauguración |
| | Lic. Mariangeneles Argüello |
| | Ministra de Salud por la ley |
| | Metodologías de priorización |
| | Ing. Hernán Rosenberg |
| | Asesor Regional de Proyectos de Inversión, OPS |
| 10:00 - 13:00 horas | Trabajo de Grupos |
| 13:00 - 14:00 horas | Almuerzo |
| 14:00 - 17:00 horas | Trabajo de Grupos y refrigerio |
| | |
| **Segundo día:** | **30 de Junio de 1999** |
| 08:00 - 10:30 horas | Trabajo de Grupos |
| 10:30 - 13:00 horas | Trabajo de Grupos y refrigerio |
| 13:00 - 14:00 horas | Almuerzo |
| 14:00 - 16:15 horas | Trabajo de Grupos y refrigerio |
| 16:15 - 17:00 horas | Plenario |
| 17:00 horas | Clausura |
| | Dr. Miguel Lopez |
| | Secretario General |
| | Ministerio de Salud de Nicaragua |

# ANEXO 10: GUÍA PARA FACILITADORES

## TALLER DE PRIORIZACIÓN DE PERFILES DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
## GUÍA PARA FACILITADORES

### I. PREPARACIÓN PREVIA

1) Lea los Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de Planes Maestros de Inversión en Salud.

2) Revise el listado total de proyectos.

3) Siga el proceso de validación de los campos temáticos y los proyectos incluidos en cada uno.

4) Familiarícese con los perfiles de proyectos que le correspondan.

5) Asegúrese que el local y equipo de su grupo están funcionando bien.

### II. INICIO DEL TRABAJO GRUPAL

1) Haga una ronda de presentación de los participantes en su grupo.

2) El grupo elige un presentador (puede ser uno por tema) para que tome las notas finales y presente a plenaria.

3) Entregar planillas individuales (no es necesario usarlas, sólo se facilitan para uso como registro individual).

4) Recordarles que el 20% (indicar el número) deben quedar en A, B y C.

5) El 40% restante como les parezca.

6) Habrá resistencia a calificar de B o C. Explicar la importancia.

### III. PRIMERA VOTACIÓN

1) Plantee el primer campo temático.

2) El grupo lee cada ficha (se sugiere compartir la lectura entre varios).

3) Ingresar el voto en la planilla. Escribir el voto en la pizarra y mostrarlo.

4) Resalte aquellos proyectos que estén simultáneamente en los extremos.

5) Pida que justifiquen los votos A y C usando los criterios de priorización.

6) Discusión. Cierre si hay consenso.

## IV. SEGUNDA Y TERCERA VOTACIÓN

1) Repetir los mismos pasos. Habrá tercera votación si no hay consenso.

2) Tercera votación: simple mayoría si no hay consenso.

3) Completar en la planilla el consenso.

4) Volver a II, con el segundo campo temático, luego el tercero, etc.

## V. PROCESO FINAL

1) Ordenar los proyectos dentro de cada campo temático y categoría.

2) Completar la planilla resumen indicando si hubo o no priorización en cada categoría. De no ser el caso poner los proyectos en el orden inicial.

3) Preparar la exposición para la plenaria usando la planilla resumen.

**Este es un proceso en evaluación permanente.**
**Le agradecemos sus opiniones acerca de como mejorarlo.**

# ANEXO 11: ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN HECHA POR LOS PARTICIPANTES DEL TALLER DE PRIORIZACIÓN EN SALUD

## I. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE PARTICIPANTES

Los participantes son funcionarios de las distintas dependencias del nivel central del Ministerio de Salud de Nicaragua, la mayoría de ellos técnicos de nivel medio a cargo de diferentes áreas.

El grupo estuvo conformado por un promedio de 40 personas, con un número de 25 a 30 en forma permanente y el resto en condición "flotante", o sea que salieron y entraron al Taller varias veces durante su desarrollo. Hacia la clausura, el grupo se redujo a 25 personas, de las cuales todas completaron la guía de evaluación. Sobre este universo de 25 opiniones se efectuó la evaluación que precedió a la clausura formal del evento.

## II. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Los participantes recibieron una hoja de evaluación, con instrucciones para completarla, que se adjunta en la copia modelo de la siguiente página.

La ficha consistió en 10 preguntas, ocho con selección del grado de satisfacción. Dentro de estas ocho, dos ofrecían la posibilidad de justificar la calificación con comentarios adicionales. Las restantes dos preguntas requerían una respuesta desarrollada.

La calificación, en las ocho preguntas correspondientes, se hizo con base en una escala de cinco grados, siendo uno la menos favorable y cinco la más favorable.

Los participantes tenían la opción de completar la ficha con su nombre y cargo. Con excepción de dos, todos dieron su nombre.

Las 10 preguntas se referían a aspectos conceptuales del proceso (1), a puntos relevantes sobre logística y organización (3, 4, 5, 6), a la dinámica de la metodología de priorización (2, 7, 9) y una referencia al seguimiento del proceso por parte del Ministerio de Salud (8) para brindar la posibilidad de "autocrítica" institucional. La pregunta 10 les permitió ampliar puntos de su interés en cualquiera de estas áreas.

# ENCUESTA DE EVALUACIÓN

Sírvase clasificar su respuesta de 1 (menos favorable) a 5 (más favorable).

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. El PMIS es un proceso satisfactorio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Respondió el taller a sus expectativas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Estuvo bien organizado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Conocían el tema los facilitadores? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Fue adecuada la preparación previa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿Fueron los participantes adecuados? (si 3 o menos, ¿quién faltó/sobró?). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Responde a las necesidades de Nicaragua la metodología usada? Si es 3 o menos, favor explicar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Fue el proceso seguido de cerca por el Ministerio de Salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. La metodología usada fue experimental. ¿Qué sugerencias haría?

10. Otras observaciones opcionales.

Nombre, ocupación y contacto (opcionales).

Gracias.

## III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados fueron tabulados individualmente para cada pregunta.

Para cada área de evaluación, el análisis es el siguiente:

### *1. Aspectos conceptuales del proceso*

La gran mayoría de los asistentes (88%) consideraron satisfactorio al proceso PMIS (22 de 25 calificaron en grado 4 ó 5).

***2. Dinámica de la metodología de priorización***

El Taller respondió a las expectativas de un 88% de los participantes (grado 4 ó 5). Un 90% estima que la metodología responde a las necesidades del país.

Entre las sugerencias hechas para mejorar la metodología:

2.1 Un 34% consideró que se debería dar más tiempo para la discusión sobre prioridades.

2.2 Un 24% consideró que era necesario más tiempo para preparar los proyectos.

2.3 Un 16% estimó que la metodología debería mejorar en el punto de calificar las prioridades.

***3. Logística y organización***

3.1 Las preguntas 3 y 4 mostraron una clara tendencia hacia la satisfacción (76% y 88% en grado 4 ó 5).

3.2 Las preguntas 5 y 6 reflejaron la percepción de los participantes sobre aspectos internos del MINSA.

3.3 La pregunta 5 presentó un 64% de satisfacción en grado 4 ó 5, pero un 24% de calificaciones de grado 3.

3.4 La pregunta 6 presentó un 44% de calificaciones de grado 3. Las aclaraciones sobre este punto fueron tabuladas.

3.5 Un 40% de los participantes expresó que los Directores Generales debieron participar en el Taller, y un 16% consideraron que los técnicos que habían elaborado los perfiles de proyecto debieron estar presentes para aclaraciones.

***4. Seguimiento del proceso por parte del MINSA***

Un 36% estimó que el MINSA dio un seguimiento regular (grado 3) al proceso, pero un 64% lo consideró satisfactorio en grado 4 ó 5.

## IV. CONCLUSIONES

Del total de respuestas tabuladas, un 75% calificó con 4 ó 5 los diferentes rubros, lo cual muestra un nivel general de satisfacción alto. La calificación promedio fue de 4.

La principal inquietud de los participantes fue la ausencia de los Directores Generales. Uno o dos de ellos participaron esporádicamente en algunas de las sesiones de trabajo, pero no tuvieron una presencia permanente. Este hecho también se reflejó en la insatisfacción (grado 3) sobre el seguimiento que el MINSA ha dado al proceso.

Dos de los participantes expresaron su preocupación por la ausencia de participación multisectorial y de los niveles locales, pero el Taller fue formulado para el nivel central únicamente por petición expresa de los organizadores.

En general, los resultados de esta evaluación son muy positivos, y los comentarios y sugerencias, así como la experiencia misma del Taller, servirán de base para mejoras y ajustes de la metodología.

# ANEXO 12: ANÁLISIS DE LOS PROYECTOS REVISADOS EN EL TALLER DE PRIORIZACIÓN

En total fueron solicitados 100 perfiles de proyectos de inversión en salud a las Direcciones generales y a los encargados nacionales de programas de salud. Se recibieron 70 perfiles en el plazo previsto, los que fueron ordenados en sus áreas temáticas y sometidos al ejercicio de priorización descrito. Otros 10 llegaron muy fuera de plazo.

Todos los proyectos deberán ser revisados tanto en su contenido técnico como en sus presupuestos. Esta labor será realizada por el nivel nacional y una vez terminada se enviará al consultor para su análisis final.

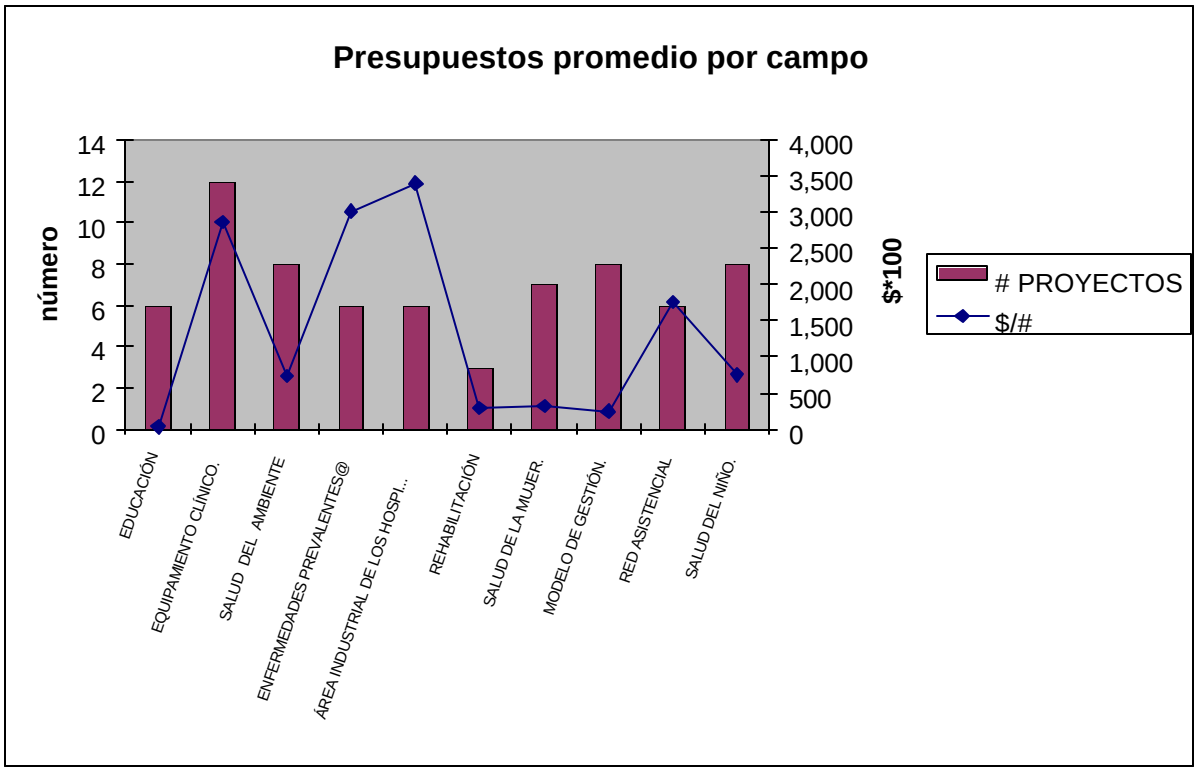
La gráfica siguiente muestra la distribución de proyectos en número así como el presupuesto promedio por campo temático.

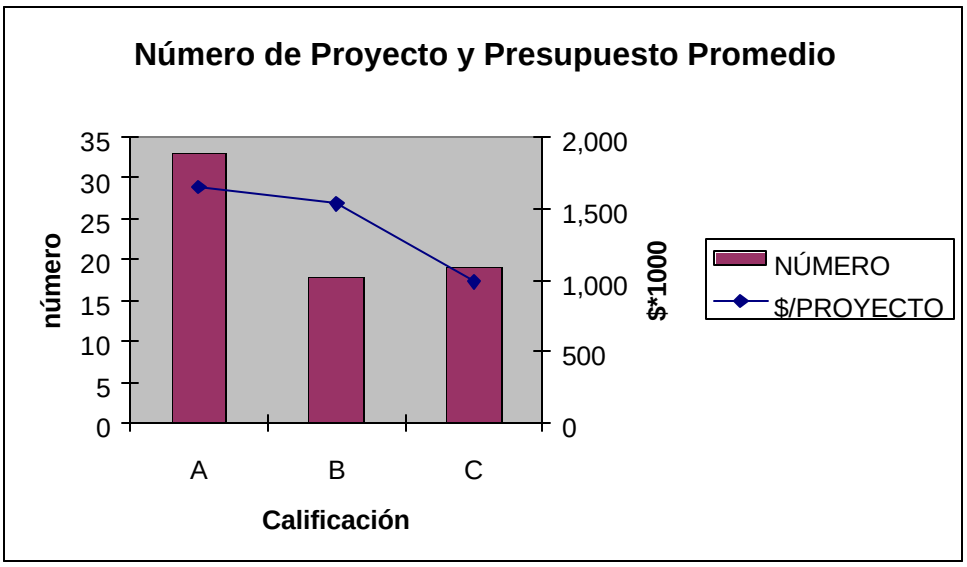
El equipamiento clínico fue el área que presentó más proyectos (12). Tres de los proyectos en educación no tenían presupuesto, por lo que el promedio está subestimado.

El presupuesto promedio más alto corresponde al área industrial de los hospitales con unos tres millones y medio de dólares. Los proyectos en rehabilitación, salud de la mujer y modelos de gestión tienen los presupuestos más bajos, lo que es razonable dado su bajo componente de recursos físicos.

La siguiente figura ilustra las mismas variables por calificación de prioridad. La prioridad máxima es A y la menor es B.

Se puede observar que tanto el número como el presupuesto promedio es mayor en la categoría de más prioridad. La distribución por categoría refleja el requisito de que al menos un 20% de los proyectos deberían caer en cada calificación. Esto refleja la natural resistencia a “reducir” la importancia de algún proyecto en el sector salud. Es decir, salvo por el 20% mandatorio, los demás proyectos fueron calificados como A.


Presupuestos promedio por campo
número
$*100
14
12
10
8
6
4
2
0
4,000
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
# PROYECTOS
$/#
EDUCACIÓN
EQUIPAMIENTO CLÍNICO.
SALUD DEL AMBIENTE
ENFERMEDADES PREVALENTES@
ÁREA INDUSTRIAL DE LOS HOSPI...
REHABILITACIÓN
SALUD DE LA MUJER.
MODELO DE GESTIÓN.
RED ASISTENCIAL
SALUD DEL NIÑO.


Número de Proyecto y Presupuesto Promedio
número
$*1000
35
30
25
20
15
10
5
0
2,000
1,500
1,000
500
0
NÚMERO
$/PROYECTO
A
B
C
Calificación

La distribución del número de proyectos por calificación y campo se muestra a continuación.

Número de Proyectos por Campo Temático y Clasificación

| | A | B | C | Total |
|---|---|---|---|---|
| Educación | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Equipamiento clínico | 6 | 3 | 3 | 12 |
| Salud del ambiente | 3 | 2 | 3 | 8 |
| Enfermedades prevalentes | 4 | 1 | 1 | 6 |
| Área industrial de los hospitales | 3 | 2 | 1 | 6 |
| Rehabilitación | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Salud de la mujer | 3 | 1 | 3 | 7 |
| Modelo de gestión | 4 | 2 | 2 | 8 |
| Red asistencial | 3 | 2 | 1 | 6 |
| Salud del niño | 4 | 2 | 2 | 8 |
| Total | 33 | 18 | 19 | 70 |

Se puede constatar que la observación anterior respecto a la distribución por calificación en general, también se aplica en cada campo temático, es decir, por encima del 20% requerido por calificación los proyectos tienden a agruparse en A.

Finalmente, la distribución de presupuestos totales por calificación y campo es la siguiente.

Presupuesto de los Proyectos por Campo Temático y Clasificación

| | A | B | C | Total |
|---|---|---|---|---|
| Educación | 223 | 0 | 19 | 242 |
| Equipamiento clínico | 13.866 | 8.301 | 12.264 | 34.431 |
| Salud del ambiente | 5.007 | 727 | 139 | 5.873 |
| Enfermedades prevalentes | 17.563 | 199 | 344 | 18.106 |
| Área industrial de hospitales | 9.656 | 7.190 | 3.589 | 20.435 |
| Rehabilitación | 263 | 168 | 466 | 897 |
| Salud de la mujer | 1.065 | 384 | 800 | 2.249 |
| Modelo de gestión | 967 | 922 | 114 | 2.003 |
| Red asistencial | 4.663 | 5.763 | 126 | 10.552 |
| Salud del niño | 1.168 | 3.944 | 903 | 6.015 |
| Total | 54.441 | 27.598 | 18.764 | 100.803 |

El presupuesto total suma casi $101 millones con los cargos más importantes en equipamiento clínico, área industrial de los hospitales y enfermedades prevalentes. Esto corresponde porque es en esos campos donde las mayores inversiones en equipos aparecen.

Este análisis se deberá completar con los proyectos revisados.

# ANEXO 13: PLAN DE INVERSIONES EN SALUD PARA EL MEDIANO PLAZO

## PLAN DE INVERSIONES EN SALUD PARA EL MEDIANO PLAZO

El desarrollo del Plan de Inversiones en Salud para el mediano plazo, ha completado las siguientes etapas:

### *1. Explicitación del marco político*

Actividad necesaria para establecer el marco orientador que guía el desarrollo del sector salud, su inserción en las políticas sociales y los objetivos que se ha fijado el propio Ministerio de Salud. Adicionalmente, era necesario fijar el contexto de la Región de las Américas, en cuanto al desarrollo de los procesos de reforma y al fortalecimiento del rol rector de los ministerios de salud.

Para ello, fue organizado un Seminario Intersectorial, durante la primera semana de Abril de 1999, en coincidencia con la Reunión de Ministros de Salud de Centro América, durante el cual se cumplieron las siguientes actividades:

1.1 La Ministra de Salud de Nicaragua, Licenciada Marta McCoy, presentó: "La Política Nacional de Salud 1997-2002".

1.2 El Director de la División de Sistema y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Washington, Dr. Daniel Lopez-Acuña, presentó "El estado actual de los procesos de Reforma del Sector Salud en la Región de las Américas" y el "Fortalecimiento del Rol Rector de los Ministerios de Salud".

1.3 El Asesor de Servicios de Salud de la Oficina de OPS/OMS en Nicaragua, Dr. Armando Güemes, presentó los "Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector Salud" y los "Lineamientos Metodológicos para el Plan Maestro de Inversiones en Salud".

1.4 El Consultor de OPS/OMS, Dr. Cleofe Molina, presentó el estado de avance del "Análisis resumido del Sector Salud de Nicaragua" y la primera propuesta acerca de los problemas de salud identificados.

### *2. El análisis del sector salud*

Actividad necesaria para determinar los elementos claves del sector y a partir de ellos identificar los problemas de salud.

Dados el tiempo disponible y la situación particular de Nicaragua, en cuanto a la capacidad efectiva del Ministerio de Salud para ejercer el rol rector, y a la disponibilidad de información suficiente y confiable, se decidió trabajar en forma principalmente institucional, apoyados en una Fuerza de Tarea formada por

técnicos de varias Direcciones Generales del Ministerio de Salud para realizar un "Análisis Resumido del Sector Salud", producto de la revisión bibliográfica y de entrevistas a expertos.

### *3. Los problemas de salud*

A partir del Análisis Resumido del Sector Salud, los múltiples problemas del sector salud fueron identificados, listados, sistematizados y organizados en grupos afines:

3.1 Los problemas intersectoriales (educación, salud ambiental y salud laboral).

3.2 Los problemas de salud de las personas (mujer, niño, adolescente, adulto y adulto mayor, salud mental, salud oral, rehabilitación y nutrición).

3.3 Los problemas del sistema de salud (sistema de información, modelo de atención, modelo de gestión).

3.4 Los problemas del desarrollo de los recursos humanos (definición de los perfiles de profesionales, registro nacional de recursos humanos, capacitación y modelo de incentivos al desempeño).

3.5 Los problemas del área clínica de los hospitales.

3.6 Los problemas del área industrial de los hospitales.

3.7 Los problemas de la infraestructura y vulnerabilidad.

### *4. Identificación de las áreas temáticas*

A partir de los problemas del sector salud, fueron identificadas 20 áreas temáticas:

1) Educación.

2) Salud ambiental.

3) Salud laboral.

4) Salud de la mujer.

5) Salud del niño.

6) Salud del adolescente.

7) Salud del adulto y adulto mayor.

8) Salud mental.

9) Salud oral.

10) Rehabilitación.

11) Nutrición.

12) Sistemas de información.

13) Modelo de atención.

14) Modelo de gestión.

15) Red asistencial.

16) Desarrollo de recursos humanos.

17) Área clínica de los hospitales.

18) Área industrial de los hospitales.

19) Programa de Infraestructura.

20) Programa de vulnerabilidad.

### *5. Definición de la ficha nacional para los proyectos de inversión*

La ficha de perfiles de proyectos de los lineamientos metodológicos para elaborar el Plan Maestro de Inversiones en Salud fue modificada en varios aspectos de su formato y además se creó una ficha resumida, destinada al seguimiento.

### *6. Primer Taller Institucional para el Plan de Inversiones de mediano plazo*

El taller, con el carácter exclusivamente institucional, destinado a los mandos superiores y medios del Ministerio de Salud, tuvo como objetivo conocer, discutir y proponer modificaciones al Análisis Resumido del Sector Salud a los Problemas del Sector Salud a las Áreas Temáticas y a la Ficha Nacional para Perfiles de Proyectos de Inversión en Salud.

Participaron más de 70 personas, entre Directores Generales, Directores Específicos y Encargados Nacionales de Programas.

Las observaciones recogidas en el Taller fueron incorporadas al documento "Análisis Resumido del Sector Salud, las Áreas Temáticas y la Ficha Nacional de Proyectos de Inversión en Salud".

### *7. Propuesta de perfiles de proyectos de inversión*

A partir del taller anterior, las Direcciones Generales fueron demandadas por la Fuerza de Tarea para formular perfiles de proyectos de inversión en salud.

Les fue ofrecida asesoría técnica, se les facilitó la comprensión del modelo de la Ficha Nacional de Proyectos de Inversión en Salud y fueron explicitadas dos premisas:

7.1 Todos los proyectos deben ser de alcance nacional, en los cuales es posible identificar etapas (en algunos casos con el carácter de etapa piloto, en otros como etapas de implementación, y en casos muy seleccionados, para dimensionar la magnitud real y el alcance efectivo del proyecto).

7.2 No identificar fuentes de financiamiento por tres razones principales:

a) No limitar el alcance del proyecto a la oferta de financiamiento.

b) Desarrollar los proyectos en función de las necesidades de Nicaragua y no de los gustos e intereses de los donantes.

c) Destinar la búsqueda de financiamiento por parte del ministerio de salud para aquellos proyectos debidamente priorizados por la autoridad nacional.

7.3 Las Direcciones Generales que respondieron fueron acompañadas de un proceso de maduración que cumplió los siguientes objetivos:

a) Analizar el proceso de sus respectivos programas.

b) Identificar los logros e insuficiencias de ellos.

c) Identificar sus puntos críticos.

d) Formular proyectos de inversión a partir de los vacíos de cobertura, de las oportunidades perdidas de atención a la salud, de las ineficacias, de las ineficiencias y de las inequidades identificadas en el desarrollo de sus respectivos programas.

7.4 Para un total esperado de 100 proyectos, fueron recibidos 70. Estos fueron ordenados y llevados al Taller de Priorización de Proyectos de Inversión en Salud.

### *8. Priorización de los proyectos de inversión en salud*

El Taller de Priorización en Salud, destinado a priorizar la cartera de perfiles de proyectos de inversión en salud, analizó cada uno de dichos proyectos y los priorizó en tres grupos, de mayor a menor prioridad: grupo A, grupo B y grupo C.

# ANEXO 14: REFLEXIONES ACERCA DE LA EXPERIENCIA EN NICARAGUA

## 1. LA MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

1.1 El Índice de Desarrollo Humano ubica a Nicaragua en el penúltimo lugar del hemisferio occidental, solo superior a Haití.

1.2 A los problemas de salud del subdesarrollo se suman las enfermedades crónicas en ascenso y algunos factores como es el caso del analfabetismo (promedio nacional de 24,5% en población mayor de 10 años); la salud ambiental (marco jurídico y ejercicio de la autoridad insuficientes); la pobreza y la malnutrición.

## 2. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL ES INSUFICIENTE

2.1 El rol de rectoría del sector salud no es ejercido por el Ministerio de Salud ya que no existen equipos políticos y técnicos coordinados y conocedores de las principales líneas de conducción del sector.

2.2 La mezcla de niveles y de funciones en el organigrama del Ministerio de Salud es otra dificultad institucional para responder a las necesidades de salud.

2.3 Se confunden las funciones con las actividades. Los encargados nacionales de programas y responsables del direccionamiento político y técnico del sector para sus temas específicos, suelen no encontrarse en sus lugares de trabajo en el nivel central, por que están realizando actividades propias del nivel local.

2.4 Los programas de salud son una réplica de la concepción asistencialista y paternalista de los programas de las agencias internacionales y de los donantes.

2.5 No hay fuentes de información suficientes para identificar todos los problemas de salud ni para cuantificar su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

2.6 Los equipos humanos del Ministerio de Salud tienen niveles de desarrollo diferentes, desde el punto de vista de la capacidad de análisis y de la capacidad de usar en forma adecuada la información disponible.

## 3. LOS SIETE PROBLEMAS INSTITUCIONALES

3.1 No hay disciplina de trabajo en equipo. Las oportunidades para discutir alternativas de diagnóstico y de intervención en conjunto, son escasas y no son buscadas. Se han observado decisiones inconsultas con sus pares y con los técnicos más cercanos.

3.2 No hay coordinación interprogramática. Las redes de conversaciones entre programas y áreas de trabajo del Ministerio de Salud son casi inexistentes, lo que explica la duplicación de actividades observadas por una parte, y el desconocimiento de las actividades ejecutadas por ONGs y/o por

agencias por otra. La incoordinación permite que las ONGs, las Agencias de Cooperación y los demás donantes actúen en forma libre, sin regulación ni rectoría.

3.3 No concuerda lo que se dice con lo que se hace. Las buenas intenciones no tienen como contrapartida, acciones concretas y consistentes con aquellas.

El discurso de integralidad de la atención no aparece en el registro de prestaciones de salud. Un ejemplo son las diferencias observadas, entre un 17%, y 90% en las coberturas de vacunación BCG, de la primera consulta de vigilancia de crecimiento y desarrollo, del primer control de puerperio, y de la primera consulta de planificación familiar.

3.4 Se ha encontrado buena capacidad para conceptualizar los problemas, pero hay serias dificultades para identificar las intervenciones concretas dirigidas a las causas. Una vez conceptualizado el problema, las intervenciones se remiten a lo mismo, sin hacer la diferencia entre lo de siempre versus el cambio cualitativo.

Un ejemplo es el componente de capacitación repetido en cada programa y proyecto, sin evaluación de sus resultados y sin formar al nivel local para que identifique sus necesidades de capacitación y las exprese en proyectos específicos a ser ejecutados por ellos mismos. Recientemente se ha planteado la negociación con los centros formadores para que el recurso humano contratado tenga el perfil que requiere el sistema de salud.

3.5 Se ha observado gran dependencia de las agencias, de los bancos, de los donantes y de las ONGs, que desdibujan las prioridades nacionales y condicionan los proyectos si tienen ”financiamiento de un donante” o “asistencia técnica de un cooperante”. Las prioridades nacionales deben conducir al sector y ordenar los planes y programas.

3.6 El estilo de los cooperantes de solucionar problemas en el nivel local y de contratar consultores uno tras otro no construye capacidades locales y apoya la dependencia.

3.7 La información disponible es suficiente para programaciones básicas a nivel nacional y local, pero algunos usuarios potenciales no saben usarla y otros no saben dónde obtenerla. Llama la atención que un grupo de encargados de programas no conozca la cantidad y calidad de la información disponible, pero plantean que tienen identificados todos los problemas y sus respuestas específicas.

## 4. LAS INTERVENCIONES NECESARIAS

4.1 Plan Nacional de Capacitación para los mandos superiores del Ministerio de Salud. Incluye contenidos de economía básica, administración general, planificación, programación, salud pública, sistemas de informaciones, gestión clínica, gestión del cambio, manejo de conflictos, preparación y evaluación de proyectos, marketing y ética.

4.2 Plan Nacional de Capacitación para Mandos Medios (directores y encargados de programas de salud de SILAIS y municipios). Los mismos temas anteriores pero con énfasis en planificación y programación locales, y en gestión descentralizada y práctica.

4.3 Formación de un Grupo de Apoyo a la Gestión que, con asesoría multidisciplinaria internacional, e inserto en la institucionalidad, se pone al lado de los equipos técnicos del Ministerio de Salud, de los SILAIS y Municipios para analizar en conjunto el proceso de sus respectivos programas y proyectos, identificar las áreas críticas y mejorarlas, apoyarlos en los problemas de gestión y hacer entrenamiento en servicio acerca de planificación, programación y evaluación.

## 5. RECOMENDACIONES PARA EL ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

### 5.1 LAS CONDICIONES POLÍTICAS

- Estamos ante las mejores condiciones políticas (nacionales y sectoriales) para que un Grupo Nacional Intersectorial inicie el proceso de Análisis del Sector Salud. Condiciones favorecidas por el tiempo disponible para transformar dicho análisis en una Política de Estado, consensuada, susceptible de ser asumida por todos los participantes del grupo intersectorial, y que forme parte de las propuestas de salud de los partidos políticos para la próxima contienda presidencial.

- Aunque el sector salud no está preparado en forma óptima para este proceso, su capacidad de análisis ha mejorado. Se han aplicado los lineamientos metodológicos para el seguimiento y monitoreo de los procesos de reforma del sector salud con el objeto de poner al día (18 meses después) el informe de la OPS/OMS acerca del tema. Aunque el tiempo de observación es corto para sacar conclusiones válidas, lo relevante es la decisión política para asumir esta tarea y, luego, asumir el Análisis del Sector Salud, a partir de los lineamientos metodológicos recomendados por la OPS/OMS.

- Adicionalmente, y formando parte de la misma propuesta, se ha acordado iniciar tres estudios a nivel subnacional:
  - Estudio de la descentralización en seis SILAIS para evaluar el proceso, sus contenidos políticos, administrativos y financieros, e identificar los procesos y las herramientas necesarios para su extensión a nivel nacional.
  - Estudio de la red asistencial para caracterizar los tipos de establecimientos, su capacidad resolutiva, los sistemas de referencia y contra referencia, la oferta y la demanda de prestaciones, y cuantificar las brechas de atención.
  - Determinación de la línea basal de los SILAIS, a nivel subnacional, en cuanto a equidad, eficiencia, efectividad, sostenibilidad financiera y participación social.

Los tres estudios insertos en el Plan de Inversiones en Salud de mediano plazo serán insumo para tomar las mejores decisiones respecto de la conducción del sector.

- Una vez que se termine el Análisis del Sector Salud y los estudios subnacionales descritos en el punto anterior, serán usados como insumos para obtener los siguientes productos:
  - Redireccionamiento del Plan de Inversiones en Salud de Mediano Plazo, en función del nuevo diagnóstico de los problemas de salud y sus factores.
  - Elaboración del Plan Nacional de Salud.
  - Elaboración del Plan de Implementación de la Modernización del Sector Salud.
  - Elaboración del Plan Maestro de Inversiones en Salud de largo plazo.

## 5.2 EL GRUPO NACIONAL INTERSECTORIAL

- Está formado por representantes del Ministerio de Salud, SILAIS y Municipios, por representantes de otros ministerios, del INSS, de la universidades, del sector privado, de la sociedad civil, etc. Debe ser convocado formalmente para una ceremonia de lanzamiento con las máximas autoridades nacionales.

- La ceremonia será seguida de un Taller que validará la metodología, formalizará la constitución de los grupos de trabajo, acordará un cronograma de trabajo y elegirá un Comité Ejecutivo.

- Previo a ello, es requisito fundamental identificar, convocar y capacitar a un grupo institucional de 20 a 30 técnicos del Ministerio de Salud, acerca de la Metodología para el Análisis del Sector Salud. Su objetivo principal es lograr una masa crítica de recursos humanos institucionales capacitados que le den soporte y sostenibilidad al Grupo Nacional Intersectorial.

- El Comité Ejecutivo se reunirá semanalmente para darle seguimiento al trabajo y se programará un Taller mensual (cuatro hasta noviembre) para que el Grupo Nacional Intersectorial evalúe el avance del estudio. Cada taller puede agotar al menos uno de los temas principales del Análisis del Sector Salud, o bien, analizar el estado de avance de cada uno de ellos.

## 5.3 REQUERIMIENTOS DEL PROGRAMA

- El Ministerio de Salud debe, formalmente, asignarle primera prioridad al tema y al tiempo de los técnicos institucionales involucrados.

- La cooperación técnica de OPS/OMS debe ser constante y permanente, ya que en este tema se juega el posicionamiento del Ministerio de Salud como la entidad rectora nacional y el posicionamiento de OPS/OMS como la entidad rectora regional.

- El modelo de cooperación técnica debe basarse en la construcción de capacidades locales y no en ejecutar el proyecto en vez de la autoridad nacional.

- Requiere que los consultores internacionales participantes sean reconocidos como actores exitosos de los procesos de reforma.

- Es la oportunidad para realizar alianzas estratégicas con otros países de la Región y desencadenar procesos de intercambio con ellos.