



Salud para Todos en el Siglo XXI



La Cooperación
Técnica de la
Oficina Sanitaria
Panamericana
ante el Desarrollo
de la Salud en
Nicaragua

Elaborado por Dr. Mariano Salazar Castellón
Consultor Privado – Salud Colectiva
Marzo – Abril 1998



Tabla de contenido

SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI.....	1
EVALUACIÓN DE LA SALUD PARA TODOS, 1979 - 1996.....	1
NUEVAS TENDENCIAS QUE INFLUIRÁN EN LA SALUD EN EL SIGLO XXI.....	2
LOS ENFOQUES DE DESARROLLO EN EL PRÓXIMO MILENIO Y LAS PERSPECTIVAS DE LA PRÁCTICA DE LA SALUD PARA TODOS.....	4
RESUMEN.....	6
EL DESAFÍO DE LA EQUIDAD EN LAS AMÉRICAS	7
CENTROAMÉRICA: SALUD COMO EJE DE LA AGENDA SOCIAL	10
CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO SOCIOECONÓMICO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SALUD	10
LA RESPUESTA DE LOS PAÍSES CENTROAMERICANOS.....	14
<i>La Alianza para el Desarrollo Sostenible en Centroamérica, entorno privilegiado para la Salud para Todos y por Todos en el Siglo XXI.....</i>	15
<i>Características generales de los procesos de reforma del sector salud en Centroamérica.....</i>	17
<i>La Iniciativa de Salud de Centroamérica: pionera de la integración subregional.....</i>	21
LA SALUD COMO ELEMENTO ESENCIAL DEL DESARROLLO SOSTENIBLE EN NICARAGUA	24
CARACTERÍSTICAS DEL MODELO SOCIOECONÓMICO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SALUD	24
<i>El círculo virtuoso entre desarrollo y salud.....</i>	24
<i>Cinco razones para seguir invirtiendo en salud.....</i>	30
EL DESAFÍO DEL PRÓXIMO MILENIO: DISMINUIR LAS INEQUIDADES EN SALUD COMO PARTE DEL DESARROLLO SOSTENIBLE.....	31
<i>La pobreza en Nicaragua: factor decisivo de la salud individual y colectiva.....</i>	31
<i>Imágenes globales del sector salud.....</i>	33
<i>Una aproximación al perfil de demanda perspectivo de servicios de salud.....</i>	40
LA POSICIÓN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA ANTE EL PROCESO NACIONAL DE DESARROLLO DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI.....	42
HAY QUE TOMAR MEDIDAS PARA CONVERTIR LA SALUD EN UN ELEMENTO CENTRAL DEL DESARROLLO	42
<i>La lucha contra la pobreza.....</i>	42
<i>El fomento de la salud en todos los entornos</i>	43
<i>La armonización de las políticas sanitarias sectoriales.....</i>	43
<i>La inclusión de la salud en la planificación del desarrollo sostenible.....</i>	44
LAS FUNCIONES ESENCIALES Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEBEN PERFECCIONARSE	44
<i>Acceso a una atención sanitaria de calidad a lo largo de la vida.....</i>	44
<i>Prevención y control de enfermedades y protección de la salud.....</i>	45
<i>Promoción de una legislación y una reglamentación en apoyo al sistema nacional de salud.....</i>	45
<i>Desarrollo de información sanitaria y vigilancia activa.....</i>	45
<i>Fomento de la utilización de la ciencia y la tecnología</i>	46
<i>Establecimiento y mantenimiento de recursos humanos para la salud.....</i>	46
<i>Obtención de un financiamiento suficiente y sostenible.....</i>	47
LA APLICACIÓN EFICAZ DE LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI DEBE RESPONDER A ORIENTACIONES DE POLÍTICA CLAVES	47
<i>Fortalecimiento de la capacidad para la formulación de políticas.....</i>	47
<i>Buena gestión pública</i>	48
<i>Fijación de prioridades para la acción.....</i>	49
<i>Lazos de asociación en pro de la salud.....</i>	49
LAS FUNCIONES QUE DEBE ASUMIR EL GOBIERNO EN LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS.....	50

EL ROL DE LA REPRESENTACIÓN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA DE CARA AL SIGLO XXI Y LAS ÁREAS DE CONCENTRACIÓN DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN EN EL CUADRIENIO 1988 - 2002	51
METAS PARA EL GOBIERNO, LA COMUNIDAD DONANTE INTERNACIONAL Y LA SOCIEDAD CIVIL PARA LOS PRIMEROS 25 AÑOS DEL SIGLO XXI.....	52
<i>Metas escogidas relacionadas con el desarrollo y la pobreza, aprobadas en conferencias mundiales en el decenio de 1990</i>	52
<i>Metas escogidas relacionadas con el desarrollo de la salud</i>	53
ÁREAS DE CONCENTRACIÓN DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA EN EL CUADRIENIO 1988 – 2002	54
<i>Líneas de acción líderes por su sensibilidad</i>	54
<i>Líneas de acción líderes por su especificidad</i>	55
ANEXO 01: SÍNTESIS EJECUTIVA DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD Y DE OTRA ÍNDOLE ATINGENTES AL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, REFLEJADOS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL PERÍODO 1988 – 2002	56
ANEXO 02: PRINCIPALES NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO NACIONAL DE PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD.....	65
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA.....	67

Índice de tablas

TABLA 1: EVALUACION DE LA SPT, 1979 - 1995.....	1
TABLA 2: NUEVAS TENDENCIAS QUE INFLUIRÁN EN LA SALUD EN EL SIGLO XXI	3
TABLA 3 : NUEVOS ENFOQUES PARA EL DESARROLLO	4
TABLA 4 : METAS DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 1995 - 1998.....	8
TABLA 5: LA EQUIDAD Y SUS NUEVOS DESAFÍOS EN LAS AMÉRICAS.....	9
TABLA 6: EL APOYO A LA EQUIDAD EXIGE POLÍTICAS Y ACCIONES ESPECÍFICAS A DIVERSOS NIVELES	9
TABLA 7: INDICES DE DESARROLLO HUMANO; DESARROLLO RELACIONADO DE GÉNERO Y MEDIDA DEL EMPODERAMIENTO DE GÉNERO, POR PAÍSES CENTROAMERICANOS.....	10
TABLA 8: INDICADORES SELECCIONADOS / REGIÓN DE LAS AMÉRICAS Y SUBREGIÓN DE CENTROAMÉRICA.....	12
TABLA 9: CONDICIONES SALUDABLES EN CENTROAMÉRICA, POR PAÍSES	13
TABLA 10 : ETAPAS, AREAS TEMÁTICAS Y ALCANCES DE LA ISCA	23
TABLA 11 : INDICADORES MACROECONÓMICOS DE NICARAGUA, 1978 - 1995.....	26
TABLA 12 : INDICADORES MACROECONÓMICOS DE NICARAGUA, 1978 - 1995 (CONTINUACIÓN HORIZONTAL).....	27
TABLA 13 : NICARAGUA, INDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) 1994, TENDENCIA 1960 - 94 Y COMPARACIONES REGIONALES	32
TABLA 14: NICARAGUA, INDICE DE POBREZA HUMANA EN COMPARACIÓN CON CENTROAMÉRICA.....	32
TABLA 15 : INDICADORES SELECCIONADOS DE NICARAGUA Y PAÍSES CENTROAMERICANOS	37
TABLA 16 : MEDIDAS NECESARIAS PARA CONVERTIR LA SALUD EN ELEMENTO CENTRAL DEL DESARROLLO; FUNCIONES ESENCIALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD SOSTENIBLES; CLAVES DE UNA APLICACIÓN EFICAZ DE LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI	39

Tabla de ilustraciones

ILUSTRACIÓN I : INDICE DE CONDICIONES SALUDABLES (IDC), REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 1996, PONDERADO POR EL TAMANO DE LA POBLACIÓN, SEGUN GRUPO DE PRODUCTO NACIONAL BRUTO, 996	7
ILUSTRACIÓN II: EL REORDENAMIENTO ECONOMICO Y SU IMPACTO EN LAS POLITICAS DE GASTO EN CENTROAMERICA / FLUJOGRAMA EXPLICATIVO	19
ILUSTRACIÓN III: NICARAGUA, GASTO SOCIAL PERCÁPITA, 1960 - 1994 (C\$ DE 1980)	28
ILUSTRACIÓN IV: NICARAGUA, TENDENCIAS DEL GASTO SOCIAL TOTAL PERCÁPITA Y LAS TASA BRUTA DE MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL , 1971 - 1993	29
ILUSTRACIÓN V : NICARAGUA, PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD REFLEJADOS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD DEL PERÍODO 88 - 2002	36

Salud para Todos en el Siglo XXI

Evaluación de la Salud para Todos, 1979 - 1996

Las desigualdades entre los países, y entre determinados grupos de población dentro de los países, en lo que respecta a la situación sanitaria y el acceso a la atención (incluida la atención primaria de salud), son ahora más grandes que hace 20 años

1. En los dos últimos decenios del Siglo XX, la atención primaria en salud (APS), piedra angular del concepto de Salud para Todos, imprimió fuerza y energía para avanzar hacia el logro de la SPT. Pese a los frutos recogidos, los progresos se han visto obstaculizados por varias razones, entre ellas, un compromiso político; insuficiente para llevar a efecto la salud para todos, el lento desarrollo socioeconómico, las dificultades para obtener una acción intersectorial a favor de la salud, el financiamiento insuficiente del sector salud, los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos y los desastres naturales y provocados por el hombre. Un factor fundamental ha sido el crecimiento de la pobreza en todo el mundo.

Tabla 1: Evaluación de la SPT, 1979 - 1995

El avance hacia la SPT se ha visto obstaculizado en numerosos países por:

La falta de una adhesión política a la puesta en práctica de la estrategia de SPT;
El malogro de la igualdad de acceso a todos los elementos de la APS;
La persistencia de condiciones inferiores para la mujer;
Un desarrollo socioeconómico lento;
La dificultad para lograr una acción intersectorial en pro de la salud;
La distribución desigual de los recursos humanos y el escaso apoyo que se les presta;
La insuficiencia general de las actividades de fomento de la salud;
La deficiencia de los sistemas de información sanitaria
La contaminación, las deficiencias en relación con la inocuidad de los elementos y la falta de abastecimiento de agua potable y de saneamiento;
Los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos;
Un uso apropiado/inapropiado de tecnología de alto costo y una insuficiente asignación de recursos para avanzar en esa esfera;
Los desastres naturales y los provocados por el hombre.

Fuente: OMS. Proyecto / Salud para Todos en el Siglo XXI. / EB101/8. S.l., s.d., pp: 53

Después de la Conferencia de Alma Ata pasó un largo período antes de que un volumen consistente de recursos humanos y financieros se reorientaran hacia la atención primaria de salud. Incluso hoy día, los sistemas y servicios de salud pública de muchos países cuentan con escasos recursos y están mal mantenidos

Los servicios de salud están pagando el precio de determinadas políticas económicas

2. La falta de conocimientos técnicos en materia de política y gestión sanitarias ha obstaculizado a menudo el desarrollo de sistemas de salud flexibles y adaptados a las necesidades, si bien esta situación varía mucho entre los países. Asimismo, los intereses profesionales que prefieren la medicina clínica y curativa a la preventiva y de promoción de la salud pública siguen predominando en las esferas decisorias y normativas del sector sanitario. La atención a los discapacitados, los enfermos en fase terminal y las frágiles personas de edad sigue contando, en general, con escaso apoyo.

3. Algunas políticas económicas y de desarrollo, junto con los cambios demográficos y epidemiológicos, han aumentado la carga de morbilidad que tienen que afrontar los sistemas de salud. Los servicios de salud están pagando el precio de ello y de que los gobiernos no hayan financiado la adopción de medidas a largo plazo destinadas a fomentar y proteger la salud.

4. Al mismo tiempo, en los últimos 50 años se han registrado considerables mejoras sanitarias en todo el mundo. Tales mejoras se han debido no solo a los adelantos de ciencia, la tecnología, la salud pública y la medicina, sino también a la ampliación de las infraestructuras, al aumento del alfabetismo, a los mayores ingresos, y a una mejora de la nutrición, el saneamiento, la educación y las oportunidades, particularmente en el caso de las mujeres.

5. La incidencia de las enfermedades infecciosas ha disminuido en numerosos países y se ha erradicado la viruela. El control y la prevención de enfermedades tales como el sarampión, la poliomielitis y la difteria han reducido enormemente la mortalidad y la morbilidad infantiles. La gente vive más: la esperanza de vida promedio al nacer ha pasado de 46 años en el decenio de 1950 a 65 en 1995. La diferencia en cuanto a la esperanza de vida entre los países ricos y pobres ha disminuido de 25 años en 1950 a 13,3 en 1995.

Nuevas tendencias que influirán en la salud en el Siglo XXI

El espectacular crecimiento del comercio, los viajes y la migración, junto con los adelantos de la tecnología, las comunicaciones y la comercialización, se ha traducido en grandes ventajas para algunos grupos y grave marginación para otros

6. La salud de los ciudadanos del planeta está inextricablemente relacionada; depende cada vez menos de los acontecimientos que se producen dentro de las fronteras geográficas. Los países están obligados a reconocer su interdependencia debido a la fragilidad de nuestro entorno compartido, a un sistema económico cada vez más mundial y al potencial de rápida propagación de las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, es motivo de inquietud el hecho de que la globalización representa una amenaza para la supervivencia de la diversidad cultural y étnica de muchos países.

7.La salud de los ciudadanos del planeta está inextricablemente relacionada; depende cada vez menos de los acontecimientos que se producen dentro de las fronteras geográficas. Los países están obligados a reconocer su interdependencia debido a la fragilidad de nuestro entorno compartido, a un sistema económico cada vez más mundial y al potencial de rápida propagación de las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, es motivo de inquietud el hecho de que la globalización representa una amenaza para la supervivencia de la diversidad cultural y étnica de muchos países.

Casi la mitad de la población mundial es todavía vulnerable a enfermedades relacionadas con la escasez o la contaminación de agua

8.Riesgos ambientales mundiales tales como la contaminación atmosférica, el agotamiento del ozono, los cambios climáticos, la pérdida de la biodiversidad y el movimiento transfronterizo de productos y desechos peligrosos repercuten negativamente en la salud. Esos peligros pueden agudizar la vulnerabilidad de los países y comunidades pobres. Las ocupaciones peligrosas, las prácticas y condiciones de trabajo insalubres y la mayor competitividad de las economías contribuyen al estrés y otros problemas de salud. El abastecimiento de agua, la evacuación de desechos y el saneamiento son determinantes ambientales claves de la salud humana en todos los países. Casi la mitad de la población mundial es todavía vulnerable a enfermedades relacionadas con la escasez o la contaminación del agua.

Tabla 2: Nuevas tendencias que influirán en la salud en el Siglo XXI

Pobreza absoluta y relativa generalizadas;
Cambios demográficos: envejecimiento de la población y crecimiento de las ciudades;
Cambios epidemiológicos: continuación de una elevada incidencia de enfermedades infecciosas; mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, de traumatismos y de violencia;
Amenazas ambientales mundiales para la supervivencia humana;
Nuevas tecnologías: servicios de información y de telemedicina;
Adelantos en materia de biotecnología;
Desarrollo de vínculos de asociación en pro de la salud, con la participación de los sectores privado y público y de la sociedad civil;
Globalización del comercio, los viajes y la difusión de valores e ideas.

Fuente: OMS. Proyecto / Salud para Todos en el Siglo XXI. / EB101/8. S.l., s.d., pp: 53

9. Los cambios políticos, económicos y sociales que se han producido a escala mundial tienen profundas repercusiones en la función del Estado, particularmente en lo que respecta a la conservación y al fomento de la salud. La autonomía y la viabilidad del estado están amenazadas. Los gobiernos deben funcionar en un entorno cada vez más exigente, y al mismo tiempo limitante, y bajo presiones procedentes de muchos orígenes para poner las políticas nacionales en consonancia con los acuerdos mundiales y regionales. Desde el interior, la corrupción ha corroído la confianza del público en muchos gobiernos y, en algunos países, incluso ha supuesto el desmoronamiento de la estructura de gobierno. Los gobiernos mismos están descentralizando y delegando responsabilidades en el gobierno local y en la sociedad civil. En varios países hay una mayor participación del sector privado en la atención sanitaria.

Los enfoques de desarrollo en el próximo milenio y las perspectivas de la práctica de la Salud para Todos.

El desarrollo debe centrarse en los seres humanos

10. Cada vez más, la salud es considerada como un producto social generado a través de una responsabilidad compartida de todos los sectores de la sociedad, en el plano nacional e internacional. Diferentes conferencias internacionales ¹reflejan, por un lado, un consenso general sobre las prioridades para un nuevo programa de desarrollo futuro, entre ellas la de prestar apoyo explícito al logro de la salud para todos. Además, reflejan una creciente convergencia de opiniones en el sentido que la democracia, el desarrollo y el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales son conceptos interdependientes que se refuerzan mutuamente. Se han definido los siguientes enfoques nuevos de desarrollo, que refuerzan la necesidad de considerar la salud como una responsabilidad de todos los sectores.

Tabla 3 : Nuevos enfoques para el desarrollo

<p>El desarrollo debe centrarse en los seres humanos; Los objetivos centrales del desarrollo son la erradicación de la pobreza, la satisfacción de las necesidades básicas de todas las personas y la protección de los derechos humanos; La inversión en la salud, la educación y la formación es decisiva para el desarrollo de los recursos humanos; La mejoría de la situación de la mujer, incluida su adquisición de poder efectivo, es un elemento central de todos los esfuerzos para llegar al desarrollo sostenible en todas sus dimensiones, económicas, sociales y ambientales; La desviación de recursos de las prioridades sociales debe evitarse; Un marco abierto y equitativo para el comercio, la inversión y la transferencia de tecnología es un factor decisivo para el fomento del crecimiento económico sostenido. Mientras que el sector privado es vital para el desarrollo económico, los gobiernos deben participar activamente en la formulación, reglamentación y vigilancia de las políticas sanitarias, sociales y ambientales.</p>
--

¹ Conferencias mundiales: Cumbre Mundial a favor de la Infancia; Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo; Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos; Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social; Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos; Cumbre Mundial sobre la Alimentación.

La equidad exige que se eliminen las diferencias injustas e injustificadas entre los individuos y los grupos

11. En este contexto, la perspectiva de la SPT propone un grupo de valores claves que apuntalarán todos los aspectos de la política sanitaria e incorporarse en ellos, influyendo en las opciones de política, en la manera en que esas opciones se hacen y en los intereses a los que sirven. Estos valores son: a) el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda conseguir es un derecho humano fundamental, b) la ética: su aplicación constante y fortalecida a la política, las investigaciones y la prestación de servicios en la esfera de la salud, c) la equidad: la aplicación de políticas y estrategias orientadas hacia la equidad que hagan hincapié en la solidaridad y d) la sensibilidad a las diferencias por razón de sexo: la incorporación de la perspectiva basada en la paridad entre los sexos en las políticas y estrategias sanitarias.

Habrá que prever y encauzar los adelantos científicos y tecnológicos y sus aplicaciones rigiéndose por principios éticos

12. Dentro de este marco, las metas de salud para todos se expresan como a) un aumento de la esperanza y la calidad de vida para todos; b) mejorar la equidad en salud entre los países y dentro de cada uno de ellos; y c) asegurar el acceso de todos a sistemas y servicios de salud sostenibles. Las acciones de todos los Estados miembros deben de estar dirigidas por dos objetivos de política: convertir la salud en un elemento central del desarrollo humano y elaborar sistemas de salud sostenibles que respondan a las necesidades de la población. Se conoce que una buena salud es a la vez un recurso para el desarrollo y una aspiración del desarrollo. Además, la salud de la población, particularmente de la más vulnerable, es un indicador de la idoneidad de las políticas de desarrollo. Las líneas de acción que abordan los determinantes de la salud y hacer que esta sea un elemento central del desarrollo están encaminadas a combatir la pobreza, fomentar la salud en todos los entornos, armonizar las políticas sanitarias sectoriales y la introducción de consideraciones de salud en la planificación del desarrollo sostenible.

Una perspectiva atenta a la paridad entre los sexos es vital para la formulación y aplicación de políticas y estrategias sanitarias equitativas y eficaces

13. Los sistemas de salud deben responder a las necesidades sanitarias y sociales de las personas durante su vida. Para ello se elaborarán sistemas de salud sostenibles que garanticen el acceso equitativo a las funciones sanitarias esenciales: proporcionar una atención de calidad durante toda la vida; prevenir y controlar enfermedades y promover la salud; fomentar la legislación y la reglamentación en apoyo de los sistemas de salud; desarrollar sistemas de información sanitaria y asegurar una activa vigilancia; fomentar la utilización de los adelantos de la ciencia y la tecnología en salud; formar y mantener recursos humanos para la salud y asegurar un financiamiento suficiente y sostenible. Un sistema de salud con sensibilidad social tendrá en consideración las necesidades y valores económicos, socioculturales de los individuos.

Resumen

14. El ejercicio de la consecución de la meta de Salud para Todos y la puesta en práctica de la estrategia de Atención primaria en Salud desde su adopción como los enfoques fundamentales para el desarrollo de la salud a escala mundial, han enfrentado a diversos obstáculos, los más importantes están referidos a un compromiso político insuficiente y el crecimiento de la pobreza. Por otro lado, no queda duda de los beneficios que se han obtenido con la utilización de este enfoque, como una contribución substantiva para el incremento de los niveles de vida y de salud en el mundo entero.

15. En perspectiva, los logros futuros en salud estarán íntimamente ligados a un grupo de conceptos, tendencias y prácticas del desarrollo general y en salud, que modelarán la forma de vivir en esta nueva aldea global que es el planeta tierra, incidiendo y transformando de manera substantiva la función del Estado, de la sociedad civil, la familia y el ciudadano - en su especificidad e interrelación - con relación al fomento y al cuidado de la salud. En consecuencia, emergen como preocupaciones fundamentales convertir la salud en un elemento central de la agenda política de desarrollo humano y desarrollar sistemas y servicios de salud sostenibles, en un mundo cada vez más interdependiente.

El desafío de la equidad en las Américas

Los promedios nacionales, que son la norma para notificar datos de salud en las publicaciones regionales, ocultan las diferencias existentes dentro de los países.

Algunas de las técnicas en vías de elaboración para describir la carga de la morbilidad, que es un requisito para orientar las intervenciones, excluyen toda división espacial y dificultan la corrección de la falta de equidad de los países

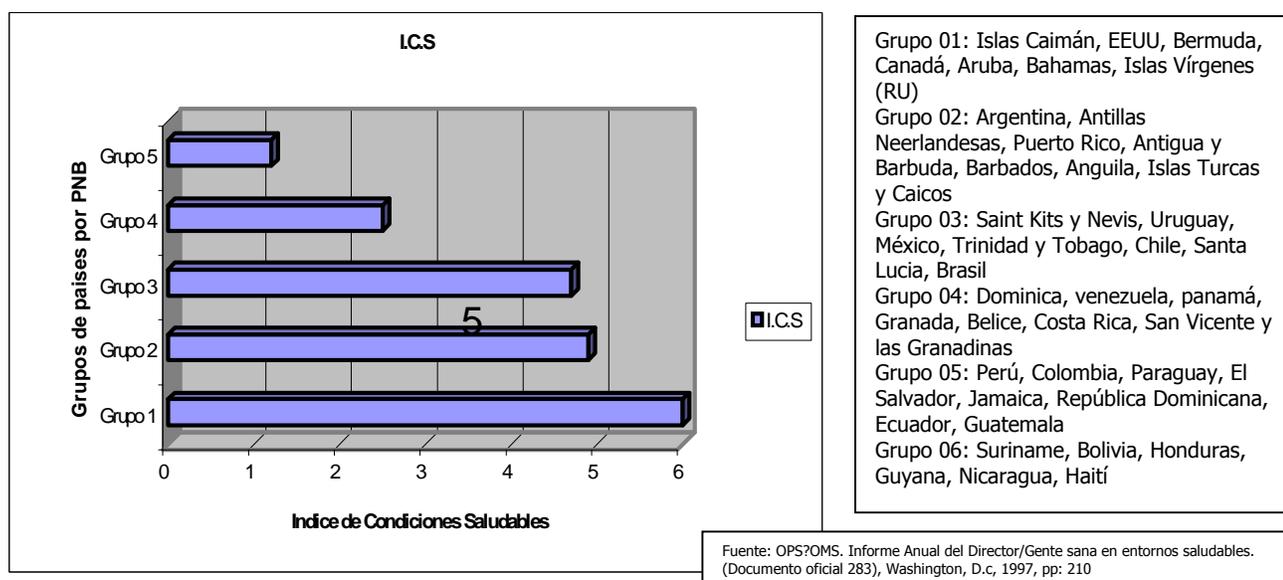
La identificación de la gente sana requiere observar su estado de salud, medido por indicadores básicos diversos, en un espacio población definido y dinámico

16. El desafío principal que enfrenta el sector salud en las Américas es superar la iniquidad que se manifiesta en las diferencias de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias de la población, que a su vez son reflejo de las iniquidades sociales y económicas que predominan actualmente en la Región. Todos los recursos del sector, y de la sociedad en general, deben encauzarse a afrontar este desafío.

17. La iniquidad no se manifiesta de la misma manera en todos los países o grupos de población. En consecuencia, es esencial analizar las diferencias en las condiciones de salud y la cobertura de la atención, teniendo en consideración las características que distinguen a los diferentes grupos, tales como sexo, grupo étnico, ingreso, lugar de residencia y grado de instrucción. En cada país será necesario trazar el perfil y las características de la iniquidad en diferentes grupos de población y zonas geográficas, con el fin de determinar las medidas que deben adoptarse para eliminarla.

18. Un análisis del grado de desarrollo de condiciones saludables en las Américas en 48 países y territorios realizado por OPS a través de la construcción del Índice de Condiciones Saludables (ICS), mostró que solo 6 de los 48 países de la Región cumplen con todas las condiciones saludables estudiadas. Por otra parte, más de 70 millones de personas de 31 países viven en espacios que cuentan con tres o menos condiciones saludables. Dos de estos países no cumplen ninguna de las seis condiciones saludables incluidas en este índice. Un ejemplo de la utilización del Índice de Condiciones Saludables (IDC) como instrumento de análisis en la Región de las Américas, puede ser apreciado a continuación.

Ilustración I : Índice de Condiciones Saludables (IDC), Región de las Américas, 1996, ponderado por el tamaño de la población, según grupo de producto nacional bruto, 1996



Este índice expresa el número de indicadores favorables del estado de salud y de las condiciones de vida que están presentes en un espacio población determinado. Los seis indicadores seleccionados para construir el ICS fueron: 1) número de médicos por 10 mil habitantes; 2) número de camas de hospital por 1000

A medida que los procesos de reforma del sector salud y de descentralización se aceleran, es necesario documentar las desigualdades en salud en el ámbito local, y promover procesos dirigidos a desarrollar entornos saludables

A medida que los gobiernos locales y los dirigentes comunitarios entiendan mejor los beneficios que se derivarán de la iniciativa de municipios saludables, crecerá el volumen de recursos que podría asignarse para enfrentar las principales dificultades en materia de salud pública

19. El análisis geoestadístico de la situación de salud de la Región con base en las divisiones político administrativas de un país permite ver la relatividad de los promedios nacionales y regionales y documentar simultáneamente con mayor detalle la magnitud y diversidad de las inequidades en salud. Este abordaje ayuda a localizar y caracterizar la presencia de entornos saludables, es decir, espacios población locales donde los determinantes de salud y los propios resultados en salud son más favorables para el desarrollo humano

20. Tomando en consideración la situación sanitaria de las Américas y la posibilidad de que los países y la comunidad internacional le hagan frente, la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana ha determinado un grupo de objetivos generales que contribuirían a la disminución de la equidad en salud, y llama a todos los países y subregiones a que establezcan sus propias metas, incluyendo indicadores específicos de cantidad, calidad y tiempo.

Tabla 4 : metas de Salud en la Región de las Américas, 1995 - 1998

Las metas regionales son:

Aumentar la duración de la vida saludable de todas las personas, de tal manera que se reduzcan las disparidades de salud entre los grupos sociales;
Asegurar el acceso de toda la población a un conjunto determinado de servicios básicos de calidad aceptable, recalcando los elementos esenciales de la atención primaria;
Garantizar la supervivencia y el desarrollo sano de niños y adolescentes;
Mejorar la salud y el bienestar de los grupos de población prioritarios escogidos;
Garantizar el desarrollo de poblaciones saludables;
Erradicar, eliminar o controlar las enfermedades principales que constituyen problemas regionales de salud;
Permitir el acceso universal a ambientes y condiciones de vida saludables y seguros;
Procurar que todas las personas adopten y mantengan estilos de vida y comportamientos saludables.

21. A continuación pueden apreciarse algunas características de la equidad como uno de los valores claves de la perspectiva de salud para todos en la Región de las Américas.

Tabla 5: La equidad y sus nuevos desafíos en las Américas

<p><u>La equidad respalda el concepto de salud para todos</u></p> <p>El llamamiento a favor de la APT fue y sigue siendo un llamamiento a favor de la justicia social La equidad exige la eliminación de las diferencias injustas e injustificadas entre los individuos y los grupos</p> <p><u>Nuevos desafíos para la equidad desde la Conferencia de Alma Ata</u></p> <p>Aumento del número de personas que viven en la pobreza absoluta Mayor diferencia entre ricos y pobres en muchos países, comunidades y grupos Pruebas contundentes que vinculan la pobreza absoluta y relativa con la mala salud Riesgos ambientales que amenazan la equidad entre las generaciones Desigualdad de los beneficios derivados de la globalización Acceso desigual a los sistemas de salud</p> <p>Fuente: OMS. Proyecto / Salud para Todos en el Siglo XXI. / EB101/8. S.I., s.d., pp: 53</p>
--

La búsqueda de la equidad y la necesidad de vigilar las condiciones de salud para evaluar el progreso en la lucha contra la inequidad no nos debería cegar ante la necesidad de promover actividades que mejoren la salud y reduzcan el dolor y el sufrimiento.

Tabla 6: El apoyo a la equidad exige políticas y acciones específicas a diversos niveles

<p><u>Acción intersectorial a nivel nacional y local</u></p> <p>Políticas económicas en apoyo de la equidad y la solidaridad Análisis de política fortalecido con miras a la equidad Establecimiento de prioridades sobre la base de la equidad Acción intersectorial para lograr la equidad en la esfera de la salud Prioridad en la lucha contra la pobreza Prioridad a la adquisición de poder efectivo por parte de la mujer Metas claramente definidas y orientadas hacia la equidad, respaldadas por recursos adecuados Sistemas de gestión pública de la salud que incluyan a los pobres y se centren en ellos</p> <p><u>Acción a nivel de los sistemas de salud</u></p> <p>Cuantificación de las desigualdades por clase, sexo, raza, generación, edad, geografía y estado de salud Acceso universal garantizado a una atención de buena calidad Enfoques de atención sanitaria que abarquen toda la vida Fortalecimiento de la capacidad e investigaciones sobre la equidad en la esfera de salud Servicios de salud, sociales y ambientales a favor de los pobres</p> <p><u>Acción a nivel mundial</u></p> <p>Vigilancia mundial de la equidad Investigaciones que aborden las necesidades de los pobres La solidaridad como base de la cooperación técnica internacional Acciones transversales en materia de salud y desarrollo que aborden y prevengan la marginación</p> <p>Fuente: OMS. Proyecto / Salud para Todos en el Siglo XXI. / EB101/8. S.I., s.d., pp: 53</p>

Centroamérica: Salud como eje de la agenda social

Características del entorno socioeconómico y el desarrollo humano en salud

El reto social prioritario es superar los niveles de pobreza extrema en los países

22. Los problemas del desarrollo socioeconómico de la región centroamericana característicos de la distribución inequitativa de la riqueza y oportunidades de desarrollo humano, se convierten en el marco de referencia con el cual interactúa la salud como producto social en la subregión. En Centroamérica conviven países con Índices de Desarrollo Humano diferentes. Destacan en la subregión las precarias condiciones de vida y reproducción social de la niñez, la mujer, los adolescentes y los adultos mayores, especialmente en las zonas rurales y espacios urbanos periféricos.

Tabla 7: Índices de Desarrollo Humano; Desarrollo Relacionado de Género y Medida del Empoderamiento de Género, por países centroamericanos

Pais	Indice de Desarrollo Humano ²	Indice de Desarrollo Relacionado de Genero ³	Medida del Empoderamiento de Genero ⁴
Costa Rica	33	36	26
Panamá	45	41	36
Belize	63	--	32
El Salvador	112	97	44
Honduras	116	103	51
Guatemala	117	107	29
Nicaragua	127	106	--

Fuente: UNDP. *Human Development Report 1997*. <http://www.undp.org/undp/hdro/table2.htm> (16/09/97)

² The human development index measures the average achievements in a country in three basic dimensions of human development -longevity knowledge and a decent standard of living. A composite index, the HDI thus contains three variables: life expectancy, educational attainment (adult literacy and combined primary,secondary and tertiary enrolment) and real GDP per capita (in PPP\$).

³ The gender-related development index measures achievements in the same dimensions and variables as the HDI does, but takes account of inequality in achievement between women and men. The greater the gender disparity in basic human development, the lower a country's GDI compared with its HDI. The GDI is simply the HDI discounted, or adjusted downwards, for gender inequality.

⁴ The gender empowerment measure indicates whether women are able to actively participate in economic and political life. It focuses on participation, measuring gender inequality in key areas of economic and political participation and decision making. It thus differs from the GDI, an indicator of gender inequality in basic capabilities.

La pobreza no es solo prueba de un grave estado de atraso, sino también testimonio de desigualdad, obstáculo a la armoniosa conciliación e integración nacional y amenaza latente a la convivencia democrática y a la Paz firme y duradera

23. Los principales problemas del desarrollo humano en salud, en términos generales, son por un lado, el deterioro de la calidad del ambiente y las coberturas deficitarias de servicios de abastecimiento de agua con calidad y de eliminación de desechos y excretas, la fragilidad del sistema de seguridad alimentaria y nutricional, las elevadas tasas de fecundidad, especialmente de la fecundidad precoz y tardía, y sus secuelas de mortalidad materna; la mortalidad infantil a expensas de causas prevenibles, las enfermedades transmisibles, accidentes y causas violentas, las enfermedades crónico degenerativas y neoplasias malignas, la discapacidad, padecimientos mentales y accidentes laborales. Esta creciendo en la subregión la conciencia social alrededor de la drogadicción, alcoholismo, tabaquismo y violencia, especialmente la intrafamiliar, como problemas de salud colectivos.

24. A continuación se presentan distintas valoraciones del desarrollo económico social en el istmo centroamericano en comparación con datos de la región de las Américas en su conjunto. También, se presenta una selección de condiciones saludables favorables en cada país del istmo.

Una acción comprometida en todos los niveles - mundial, regional, nacional y local - será crucial para transformar el concepto de salud para todos en una realidad de salud pública práctica y sostenible

Tabla 8: Indicadores seleccionados / Región de las Américas y subregión de Centroamérica

Población

Indicador	Tasa bruta anual de natalidad (x 1000 hab)		Número anual promedio estimado de nacimientos (miles)		Tasa bruta anual de mortalidad (x 1000 hab)		Número anual promedio estimado de defunciones (miles)		Tasa de crecimiento anual promedio de la población (%)		Tasa global de fecundidad		Población urbana (%)		Esperanza de vida al nacer (Total)		Tasa de mortalidad infantil (x 1000 NV)		Tasa de mortalidad < 5 años (x 1000 NV)	
	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	80-85	90-95	1980	1995	80-85	90-95	80-85	1994	80-85	1994
Total América	24.8	22.0	15.770	16.410	7.9	6.9	5.010	5.100	1.63	1.52	3.14	2.82	68.7	75.1	68.7	71.1	47	33	59	41
Centroamérica	39.2	35.2	950	1.100	9.2	6.7	220	210	2.48	2.78	5.34	4.52	41.6	48.4	62.0	67.8	65	43	88	56

Recursos, acceso y cobertura

Indicador	Médicos (miles)		Enfermeros profesionales (miles)		Odontólogos (miles)		Camas hospitalarias (miles)		% de población con acceso a servicios				Cobertura de vacunas < 1 año							
	1979	1992	1979	1992	1980	1992	1980	1992	Abastecimiento de agua potable		Alcantarillado y evacuación de excretas		Polio		DPT		Antisarampión		BCG	
Período	1979	1992	1979	1992	1980	1992	1980	1992	1980	1992	1980	1992	1985	1995	1985	1995	1985	1995	1985	1995
Total América	807	1.364	1.419	2.827	159.6	439.8	2.577	2.267	78	88	73	79	68.0	85.4	53.8	86.8	58.7	86.1	57.1	95.7
Centroamérica	9	26	8	15	2.5	6.0	43	48	54	66	36	68	49.3	88.8	42.8	87.2	48.5	86.1	55.9	91.4

Mortalidad y morbilidad

Indicador	Sarampión (promedio anual)				Defunciones registradas (promedio anual)				Defunciones registradas (promedio anual)				Casos notificados de malaria		Casos notificados de SIDA	
	Casos notificados		Defunciones registradas		Defunciones registradas por enfermedades inmunoprevenibles (promedio anual)		Homicidios		Accidentes tránsito vehículos de motor		Casos notificados de malaria		Casos notificados de SIDA			
Período	82-85	92-95	82-85	92-95	79-82	89-92	1980	1991	1980	1991	1980	1991	1985	1994		
Total América	693.785	188.878	28.138	1.147	25.415	8.133	69.700	121.950	116.450	113.000	884.394 (b)	1.114.250	65.136	9.936		
Centroamérica	50.402	7.238	9.421	249	5.769	3.488	7.900	8.100	3.350	3.950	149.249	133.550	901	1.738		

Mortalidad y morbilidad (Continuación)

Indicador	% defunciones registradas por enfermedad diarreica aguda < 5 años		% defunciones registradas por infección respiratoria aguda < 5 años	
Período	80-84	89-93	80-84	89-93
Total América	16.5	9.8	13.1	10.2
Centroamérica	26.7	22.0	14.2	11.3

Mortalidad y Morbilidad (Continuación)

Indicador	Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100 mil hab. °c°)															
	Tumores malignos				Enfermedades del aparato circulatorio				Enfermedades transmisibles				Causas externas			
Indicador	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Período	80-84	88-92	80-84	88-92	75-79	88-92	75-79	88-92	75-79	88-92	75-79	88-92	80-84	88-92	80-84	88-92
Total América	109	114	107	111	273	221	271	216	156	89	129	79	116	113	35	33
Centroamérica	67	86	107	104	189	171	224	207	507	269	492	264	237	180	45	42

Fuente: Elaboración propia a partir de : OPS/OMS. *Indicadores básicos 1996 / Situación de Salud en las Américas.* (Programa de análisis de situación de salud, División de salud y desarrollo humano). s.l., s.d., pp: 10. Estilo formato plegable. ... Datos no disponibles - Magnitud cero

Tabla 9: Condiciones Saludables en Centroamérica, por países

Países	Indicadores					Porcentaje de población con servicios de abastecimiento de agua potable: urbano - rural (último año disponible entre 1992 y 1995)		Porcentaje de población con servicios de alcantarillado y evacuación de excretas: urbano - rural (último año disponible entre 1992 y 1995)	
						% Urbano	% Rural	% Urbano	% Rural
Belice		51	83	2.0	4.7	100	69	59	22
Costa Rica		50	84	2.5	12.6	100	68	100	24
El Salvador		45	94	1.6	9.1	95	16	91	53
Guatemala		39	81	0.9	9.0	87	49	72	52
Honduras		44	96	0.8	2.2	91	66	95	71
Nicaragua		63	96	1.2	8.2	86	28	88	28
Panamá		53	86	2.2	11.9	96	84	96	84
<i>Promedio subregional</i>		49.29%	88.57	1.6	8.24	93.57	54.29	85.86	47.71

Fuente: Elaboración propia a partir de : OPS/OMS. Indicadores básicos 1996 / Situación de Salud en las Américas. (Programa de análisis de situación de salud, División de salud y desarrollo humano). s.l., s.d., pp: 10. Estilo formato plegable.
 ... Datos no disponibles - Magnitud cero

La respuesta de los países centroamericanos

25. La respuesta social ante esta problemática ha estado dirigida en direcciones y dimensiones diversas y complementarias. A nivel del conjunto de la subregión, los Presidentes de los países centroamericanos y el Primer Ministro de Belice, reunidos en la Cumbre Ecológica para el Desarrollo Sostenible, celebrada en Managua (Octubre 1994) han adoptado una estrategia nacional y regional, denominada Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES), concebida como una iniciativa integral centroamericana en lo político, moral, económico, social y ecológico

El Movimiento de Municipios Saludables viene incorporando progresivamente la promoción de la salud en la agenda de desarrollo sostenible a nivel local

26. La comunidad donante internacional, tanto bilateral como multilateral, esta jugando un importante papel de apoyo al desarrollo de la salud en el ámbito centroamericano, dirigida tanto al sector salud, en el sentido tradicional, como al mejoramiento de sus principales condicionantes y determinantes sociales. Los Gobiernos municipales y la sociedad local cada vez mas incorporan en la agenda de desarrollo municipal la salud y el bienestar como parte de sus compromisos de gobierno y de inversión social desde instancias no gubernamentales.

27. Los Gobiernos en la subregión se han comprometido a nivel internacional con un grupo de prioridades⁵ para el desarrollo de la salud que incluyen el incremento de la expectativa de vida y la reducción de las disparidades sociales y de genero en materia de salud, la disponibilidad para toda la población de servicios básicos de salud de calidad aceptable, recalcando los elementos de la atención primaria; mejorar la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia, mantener bajo control o erradicar las principales enfermedades transmisibles prevalentes en el área y promover la adopción de estilos de vida y comportamientos saludables.

⁵ Estas prioridades fueron aprobadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana y están vigentes en el período 1995 - 1998. Los Gobiernos también han propuesto un proceso de renovación de la Estrategia de Salud para Todos y por Todos basada en las siguientes orientaciones de política. A saber, 1) participación social decisoria, 2) modelo social de practicas de la salud, 3) intensificación de las relaciones entre salud de la población, el ambiente y el desarrollo humano sostenible, 4) promoción de alianzas y coaliciones, 5) análisis y acciones intersectoriales, 6) cooperación global para el desarrollo local, 7) movilización de la capacidad nacional, 8) fortalecimiento y desarrollo local de los servicios y 9) liderazgo en salud.

La Alianza para el Desarrollo Sostenible en Centroamérica, entorno privilegiado para la Salud para Todos y por Todos en el Siglo XXI

El agotamiento y deterioro de la base renovable de los recursos naturales es un problema para el desarrollo futuro de en Centroamérica

28. Los Presidentes de CA reunidos en la Cumbre Ecológica Centroamericana para el Desarrollo Sostenible (Managua, Nicaragua), tomando en consideración "...que las circunstancias prevalecientes en la región imponen un nuevo rumbo...hemos decidido adoptar una estrategia integral de desarrollo sostenible en la región...hemos materializado dicha opción en una estrategia nacional y regional, que denominamos Alianza para el Desarrollo Sostenible, iniciativa integral centroamericana en lo político, moral, económico, social y ecológico..." Definen esta alianza como "...una iniciativa de políticas, programas y acciones a corto, mediano y largo plazo que delinea un cambio de esquema de desarrollo, de nuestras actitudes individuales y colectivas, de las políticas y acciones locales, nacionales y regionales hacia la sostenibilidad política, económica, social, cultural y ambiental de las sociedades...es una estrategia regional de coordinación y concertación de intereses, iniciativas de desarrollo, responsabilidades y armonización de derechos".

La contaminación del agua, el aire y la tierra se ha incrementado rápidamente en la región y probablemente continúe si no se reorientan los procesos actuales de desarrollo e industrialización

29. Señalan expresamente "...consideramos que la comunidad internacional puede y debe contribuir al desarrollo sostenible centroamericano, por medio de un cambio de sus propias actitudes, políticas y acciones hacia esta región..." Los Presidentes crean el Consejo Centroamericano para el Desarrollo Sostenible, como la instancia de impulso de la Alianza. Aceptan el siguiente concepto de desarrollo sostenible "Desarrollo sostenible es un proceso de cambio progresivo en la calidad de vida del ser humano, que lo coloca como centro y sujeto primordial del desarrollo, por medio del crecimiento económico con equidad social y la transformación de los métodos de producción y de los patrones de consumo y que se sustenta en el equilibrio ecológico y el soporte vital de la región. Este proceso implica el respeto a la diversidad étnica y cultural regional, nacional y local, así como el fortalecimiento y la plena participación ciudadana, en convivencia pacífica y en armonía con la naturaleza, sin comprometer y garantizando la calidad de vida de las generaciones futuras."

30. Señalan expresamente "...consideramos que la comunidad internacional puede y debe contribuir al desarrollo sostenible centroamericano, por medio de un cambio de sus propias actitudes, políticas y acciones hacia esta región..." Los Presidentes crean el Consejo Centroamericano para el Desarrollo Sostenible, como la instancia de impulso de la Alianza. Aceptan el siguiente concepto de desarrollo sostenible "Desarrollo sostenible es un proceso de cambio progresivo en la calidad de vida del ser humano, que lo coloca como centro y sujeto primordial del desarrollo, por medio del crecimiento económico con equidad social y la transformación de los métodos de producción y de los patrones de consumo y que se

La principal amenaza radica en la pérdida de bosques y la disminución y deterioro de los caudales y calidad del agua, que a su vez es una de las causas principales de enfermedad y muerte, sobre todo en las poblaciones marginales

El desarrollo de recursos humanos es al mismo tiempo una condición básica para el incremento de la productividad y un vehículo importante para una mayor equidad social. En este sentido, debe signarse un énfasis especial a la inversión en salud y educación

sustenta en el equilibrio ecológico y el soporte vital de la región. Este proceso implica el respeto a la diversidad étnica y cultural regional, nacional y local, así como el fortalecimiento y la plena participación ciudadana, en convivencia pacífica y en armonía con la naturaleza, sin comprometer y garantizando la calidad de vida de las generaciones futuras.”

31. Establecen que “El desarrollo sostenible es un enfoque integral del desarrollo que demanda hacer esfuerzos simultáneos en las cuatro áreas base de esta Alianza y avanzar en estas de forma equilibrada”. Las cuatro áreas son, a saber: democracia, desarrollo sociocultural, desarrollo económico sostenible, manejo sostenible de los recursos naturales y mejora de la calidad ambiental. De manera específica, en el ítem de desarrollo económico sostenible, expresa “El desarrollo de recursos humanos es al mismo tiempo una condición básica para el incremento de la productividad y un vehículo importante para una mayor equidad social. En este sentido, debe signarse un énfasis especial a la inversión en salud y educación, especialmente de cara a los grupos mas necesitados, como medio para aumentar la productividad, mejorar la competitividad y reducir la pobreza de la región”.

32. También en el ítem de manejo sostenible de los recursos naturales y mejora de la calidad ambiental, señala, “El agotamiento y deterioro de la base renovable de los recursos naturales es un problema para el desarrollo futuro de en Centroamérica. La contaminación del agua, el aire y la tierra se ha incrementado rápidamente en la región y probablemente continúe si no se reorientan los procesos actuales de desarrollo e industrialización. La principal amenaza radica en la pérdida de bosques y la disminución y deterioro de los caudales y calidad del agua, que a su vez es una de las causas principales de enfermedad y muerte, sobre todo en las poblaciones marginales.” También, la propuesta incorpora un grupo de principios “...enumeramos a continuación los siete principios fundamentales que los centroamericanos adoptamos para lograr el desarrollo sostenible. Estos principios prevalecerán en todas las políticas, programas y actividades promovidas por los Estados, individual y conjuntamente así como por la sociedad civil, en atención a que constituyen la base de los objetivos y compromisos de interés común”.

33. A saber: el respeto a la vida en todas sus manifestaciones, el mejoramiento de la calidad de la vida humana, el respeto y aprovechamiento de la vitalidad y diversidad de la tierra de manera sostenible, la promoción de la Paz y la democracia como formas básicas de convivencia humana, el respeto a la pluriculturalidad y diversidad étnica de la región, el logro de mayores grados de integración económica entre los países de la región y de estos con el resto del mundo, la responsabilidad intergeneracional con el desarrollo sostenible. El documento incluye también los objetivos generales y específicos de ALIDES. Los objetivos específicos están clasificados como políticos, sociales, culturales, ambientales. Algunos, entre otros, que llaman la atención son: a) atender la

capacidad administrativa y de gestión municipal, a fin de atender directamente los problemas de cada localidad, b) modernizar las instituciones del Estado para que respondan eficientemente a sus funciones, c) eliminar formas de discriminación de hecho o legal contra la mujer, para mejorar su posición social y elevar su calidad de vida, d) armonizar y modernizar los parámetros ambientales, la legislación y las instituciones nacionales encargadas.

Centroamérica ve en la integración una posibilidad estratégica para cerrar la historia de las "últimas décadas, marcadas por la violencia de los conflictos armados, el recrudecimiento de la pobreza, la propagación de enfermedades, la destrucción de infraestructura y el deterioro económico y ambiental

34. Las actividades de integración subregional y de desarrollo nacional que los países centroamericanos pueden generar en el marco de ALIDES, podrían acelerar mucho los progresos hacia la Salud para Todos en el próximo milenio. Centroamérica comparte en la región de las Américas esta iniciativa de integración subregional y desarrollo nacional con otras modalidades en curso que también crean expectativas con relación al influjo positivo que pueden ejercer en el mejoramiento de los grandes condicionantes y determinantes de la salud. Se presentan, al igual que en Centroamérica como oportunidades para incorporar la salud en la agenda política de desarrollo y desarrollar diferentes aspectos de la sostenibilidad atinentes a los sistemas y servicios de salud. Nos referimos al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA) y MERCOSUR, así como los procesos de integración DE LA Región Andina y el Caribe. En todos ellos, destacan aspectos relacionados con la reforma sectorial. Por ejemplo, transferencia de tecnología, reglamentación de alimentos y medicamentos, comercialización de servicios, ejercicio profesional, acceso a la atención de salud, salud y medio ambiente, turismo y salud y salud ocupacional.

Características generales de los procesos de reforma del sector salud en Centroamérica

Uno de los efectos mas importantes que tuvo la crisis económica de la década de los años ochenta, debido especialmente a la deuda externa, fue la introducción de cambios substanciales en los modelos económicos que, hasta entonces, habían seguido los países de la subregión.

35. Como parte de la respuesta de los países centroamericanos a las especiales circunstancias políticas y socioeconómicas que enfrentan en esta coyuntura, y paralelamente, en tiempos históricos, con la construcción de ALIDES como un marco subregional para el desarrollo sostenible, los países de la subregión están desarrollando procesos nacionales de reforma sectorial insertos en un contexto cuyos elementos más sobresalientes son: el reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto público, la reforma y modernización del estado, la revalorización de la esfera social y la búsqueda de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad

36. Todos estos elementos pretenden a corto plazo el logro de equilibrios macroeconómicos, la redefinición de las relaciones entre los poderes público y la sociedad civil, convertir la inversión en el capital humano en la base del desarrollo y ajustar la respuesta social en salud a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales en curso.

En muchas ocasiones, la iniciativa surge fuera del sector - incluso en el ámbito internacional - sin que aquellos que luego tiene que formular, dirigir y ejecutar hayan mantenido el control suficiente en forma permanente y comprendan bien los factores que condicionaron su orientación

37. Un esquema general de las razones que han conducido al reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto público, incluido salud, puede apreciarse en la página siguiente.

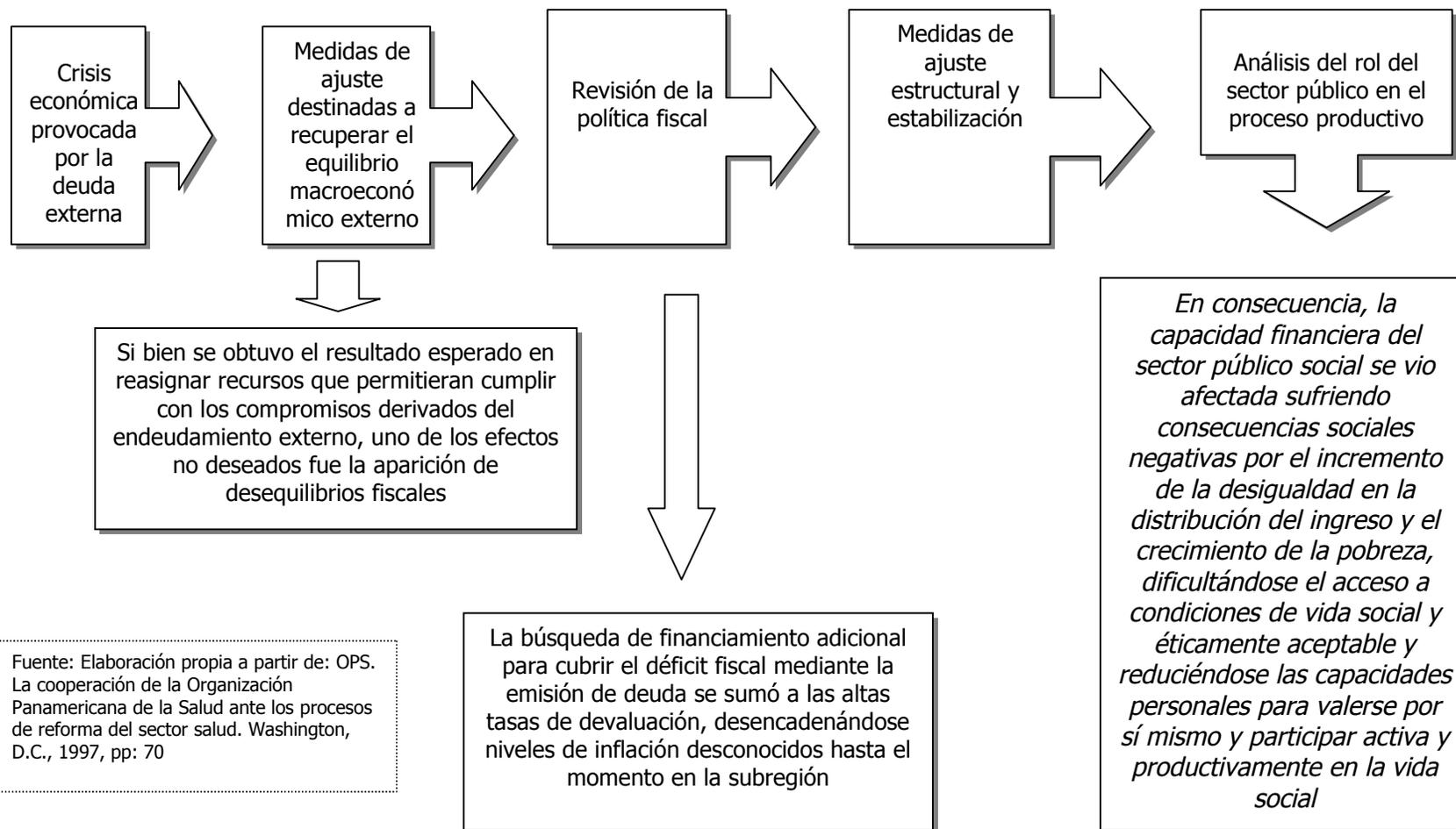
38. Además de la caracterización global de los procesos de reforma en la subregión, es posible encontrar una serie de elementos comunes a los procesos de reforma del sector salud que actualmente están ocurriendo. A continuación, se detallan los elementos mencionados y se explican las razones que dentro del contexto subregional han dado pie a los procesos de reforma sectorial.

Elementos comunes a los procesos de reforma del sector salud actualmente en curso.

- ✓ El fortalecimiento del liderazgo y la capacidad normativa de los gobiernos para regular las nuevas modalidades de participación social en el financiamiento y la provisión de servicios,
- ✓ El incremento de la cobertura, la mejoría del impacto de las acciones en el estado de salud y la equidad en el acceso a la atención,
- ✓ La redefinición de los modelos de atención con énfasis en la integralidad y la desconcentración, con un aumento del peso relativo de la atención ambulatoria con énfasis en la promoción y en la prevención y la articulación con acciones intersectoriales a favor de la salud,
- ✓ La ordenación de las prestaciones en salud, definiendo conjuntos básicos de prestaciones diferenciadas en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de las comunidades afectadas y las opciones de política de cada país,
- ✓ El énfasis en la participación social, tanto en los ámbitos de la promoción y la prevención como en el de provisión de servicios curativos y de rehabilitación. La movilización social en favor de la salud esta abarcando múltiples ámbitos y adoptando formas diversas dentro de las cuales las instituciones del nivel local resultan espacios privilegiados producto de políticas de descentralización o desconcentración y del rol de estimulación de la participación en salud que juegan las instituciones del sector social,
- ✓ Las áreas objeto de los cambios que las reformas buscan introducir se relacionan, principalmente, con el modo de ejercer las funciones de rectoría, organización, provisión y financiamiento de los servicios de salud

Ilustración II: El reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto en Centroamérica / Flujoograma explicativo

Uno de los efectos más importantes que tuvo la crisis económica de la década de los años ochenta fue la introducción de cambios substanciales en los modelos económicos que, hasta entonces, habían seguido los países de Centroamérica



Fuente: Elaboración propia a partir de: OPS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, D.C., 1997, pp: 70

A medida que los procesos de reforma del sector salud y de descentralización se aceleran, es necesario documentar las desigualdades en salud en el ámbito social, y promover procesos dirigidos a desarrollar entornos saludables

- ✓ El esfuerzo por mejorar la eficiencia y productividad de los servicios, de adecuar cuantitativa y cualitativamente la capacitación y formación de los recursos humanos técnicos y gerenciales para atender la nueva realidad de un sector competitivo y en proceso de modernización,
- ✓ La promoción de programas de calidad de la atención y el desarrollo de políticas de registro, financiamiento, distribución y uso racional de medicamentos y procedimientos de evaluación y control de las tecnologías sanitarias,
- ✓ El ajuste del nivel de gasto y su financiación a las posibilidades de la economía nacional.

Principales razones para la reforma en salud en Centroamérica

Retos derivados de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos;

Persistencia de inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios

Insuficiencia en la asignación de recursos y en la gestión de los servicios

Deficiencias en la calidad de los servicios

Dificultades derivadas de la sostenibilidad de los servicios públicos de salud

Si bien los servicios de salud han recibido la mayor parte de la atención en relación con la reforma, existen otros factores determinantes de la salud de la población que repercuten en la equidad

39. La búsqueda de la equidad es una de las fuerzas que guía la preocupación casi universal por la reforma del sector salud, y es evidente que gran parte del interés de la equidad en salud se ha centrado en los servicios. Aunque ahora se sabe a ciencia cierta que los servicios de salud contribuyen apenas un mínimo a la salud de la población, la mayor parte de la reforma del sector se ha concentrado en esos servicios. Si bien los servicios de salud han recibido la mayor parte de la atención en relación con la reforma, existen otros factores determinantes de la salud de la población que repercuten en la equidad. Por ejemplo, el comportamiento sano de las personas y las comunidades dependen mucho de la disponibilidad y accesibilidad de información. Por otro lado, la desigualdad en las condiciones sociales y del ambiente físico son los mayores contribuyentes a la mala salud. La relativa indiferencia a las condiciones del medio ambiente, demostrada palpable y recientemente con la reaparición del cólera, se debe en parte al alto costo de resolver los problemas ambientales y quizás al hecho de que los servicios ambientales son bienes públicos y, como tales, no representan a ningún grupo dispuesto a presionar para mejorarlos.

No es excepcional la falta de diseño de los indicadores y mecanismos necesarios para controlar y evaluar los procesos de cambio, sus resultados y sus consecuencias con suficiente antelación

40. Todavía no se conoce en la subregión el impacto de las reformas en el incremento de la calidad de vida de los ciudadanos centroamericanos y en el mejoramiento de los estándares de salud en los escenarios nacionales y subregional. Tampoco se conoce con exactitud los beneficios que los movimientos de reforma han generado para contribuir a incorporar la salud en la agenda del desarrollo sostenible y generar sistemas y servicios de salud sostenibles. Ambos interrogantes ameritan para su mayor comprensión estudios comparados de propuestas, procesos e impactos, para poder valorar a corto, mediano y largo plazo las bondades de los esfuerzos que en este sentido están realizando los países centroamericanos.

La Iniciativa de Salud de Centroamérica: pionera de la integración subregional

41. El proceso de integración de Centroamérica tiene una importancia esencial para la región. Los términos de su desarrollo y las formas de implementación dan las pautas de las características políticas, económicas y sociales con que la región quiere salir del subdesarrollo. Centroamérica ve en la integración una posibilidad estratégica para cerrar la historia de las últimas décadas, marcadas por la violencia de los conflictos armados, el recrudecimiento de la pobreza, la propagación de enfermedades, la destrucción de infraestructura y el deterioro económico y ambiental.

42. Pero la integración no se concibe como una idea que tiene un valor positivo intrínseco, sino estratégico. La integración regional se busca como el demio para poder llegar al objetivo regional que es el desarrollo sostenible. Si la idea de la integración no es novedad en Centroamérica, la meta y los términos en los que se están dando su desarrollo e implementación, si lo son. Es en este aspecto donde el Sector Salud de Centroamérica (SSCA) ha tenido un papel pionero preponderante.

43. El 1984, el SSCA, en respuesta al llamado de paz de Contadora, en 1984, lanza la "Iniciativa de Salud de Centroamérica" (ISCA). Aprovechando las características geopolíticas de la región y el valor universal y sin fronteras de la salud, la Iniciativa plantea una estrategia que identifica a la Salud como medio, que elige la integración como método y que busca el bienestar del ser humano como fin. De esta manera visionaria, a través de la primera etapa de la ISCA, el SSCA, colaborando de manera innegable con el desarrollo de la Paz, se inserta con un rol preponderante en el proceso de integración de la región.

44. La segunda etapa de la ISCA, tiene necesariamente características diferentes, ya que refleja los cambios políticos regionales y construye sobre la experiencia ganada. Y si no se destaca por su singularidad conceptual de la primera, tiene los méritos de sus propios logros. Esta etapa acentúa y cimienta la

presencia e influencia del SSCA en el desarrollo de políticas integracionistas regionales. Enfatizando la importancia de la inclusión de Salud en la agenda regional, establece su presencia en donde la decisión es trascendente, en las Cumbres Presidenciales. Así, la Iniciativa es instrumental en la creación e implementación del Sistema de Integración de Centroamérica (SICA), del Subsistema de Integración Social de Centroamérica, del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y del fortalecimiento de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica (REESCA).

Si bien es cierto que Salud ha quedado insertada en el proceso de integración, también es cierto que el proceso en sí no está establecido firmemente. No por falta de voluntad o de convicción de la región, pero sí como consecuencia de las nuevas condiciones económicas mundiales, nacionales o ambas

45. Con el comienzo de la ISCA III, las instituciones que operativizan la integración regional están formadas y en funcionamiento, pero exhibiendo todas las características propias de las organizaciones nuevas y además desarrolladas en un medio altamente inexperto en materia de paz y democracia. El rol del SSCA ha obviamente cambiado de acuerdo con la nueva realidad, pero no en su importancia estratégica. Si bien es cierto que Salud ha quedado insertada en el proceso de integración, también es cierto que el proceso en sí no está establecido firmemente. No por falta de voluntad o de convicción de la región, pero sí como consecuencia de las nuevas condiciones económicas mundiales, nacionales o ambas.

46. El esfuerzo regional para a) facilitar el logro de equilibrios macroeconómicos e insertarse de manera más competitiva en el mercado internacional, b) abordar los problemas políticos globales ligados a la legitimidad y a la gobernabilidad, tanto como la solución de los problemas políticos globales relacionados con el funcionamiento y la sostenibilidad financiera de la administración de los servicios y las empresas públicas, c) así como la revalorización de la política social; ha traído aparejadas grandes fluctuaciones en esquemas y dinámicas conocidas, generando por un lado incertidumbre y por otro, el recrudecimiento de bolsones de carencias. La región, en el medio de severas crisis económicas, busca sus propias soluciones a través del método de ensayo y error.

47. En las próximas páginas pueden apreciarse las diferentes etapas de la ISCA, sus principales componentes y alcances en términos de integración subregional.

Tabla 10 : Etapas, áreas temáticas y alcances de la ISCA

Etapas y Áreas Temáticas	Alcances
<p>ISCA - 1RA. ETAPA "Salud un puente para la Paz", 1984 - 1990</p> <p>Áreas temáticas</p> <p>Identificación de las prioridades de salud de Centroamérica y colaboración con los países en la definición de los medios para enfrentarlas</p> <p>Identificación de posibles esfuerzos compartidos para resolver problemas de salud comunes a la región</p> <p>Implementación de líneas de integración regional para la búsqueda de soluciones a problemas de salud</p>	<p>Realización de actividades multinacionales durante la etapa de los conflictos armados manteniendo una fluida colaboración intraregional en el control de la malaria, con adjudicación de franquicias migratorias y apoyo al desplazamiento libre de trabajadores de la salud entre áreas y países en conflicto</p> <p>Participación pionera de Guatemala y Belice en una reunión ministerial conjunta. Inclusión de Belice en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), en la Reunión del Sector Salud de Centroamérica (REESCA) y en otros tratados bi y multilaterales</p> <p>Establecimiento de la REESCA como el foro de reflexión y de decisiones sobre salud más importante de la región, reforzando el proceso de integración regional</p> <p>Establecimiento de los "Días Nacionales de Vacunación" simultáneos en todos los países de la región, con la participación amplia de sectores políticos y sociales haciendo posible, inclusive, el cese formal del fuego.</p> <p>Creación de vínculos de confianza nacidos a través de relaciones personales producidas en encuentros y reuniones organizadas por la Iniciativa. Intercambio entre países de medicinas, vacunas y servicios de entrenamiento. Establecimiento de redes de servicios de información en salud y de respuesta rápida a los desastres nacionales.</p>
<p>ISCA - 2DA. ETAPA "Salud Y Paz hacia el desarrollo y la Democracia", 1990 - 1995</p> <p>Áreas temáticas</p> <p>Infraestructura en los servicios de salud Salud e grupos especiales Promoción de la salud y control de enfermedades Medio ambiente</p>	<p>Atención a las necesidades de salud de las poblaciones afectadas o involucradas en los conflictos armados durante la fase de pacificación y desmovilización</p> <p>Contribución al desarrollo de acciones de salud dirigidas a grupos prioritarios</p> <p>Apoyo a los procesos de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud en la etapa de reorganización y modernización de los estados</p> <p>Incorporación del componente salud en las agendas de las Cumbres Presidenciales ligándolo a los debates sobre desarrollo sostenible</p> <p>Establecimiento de relaciones entre el Sector y el Parlamento Centroamericano, la Secretaría del SICA y la Comisión Regional de Asuntos Sociales (CRAS)</p>
<p>ISCA - 3RA. ETAPA "Integración Regional", 1995 - 2000</p> <p>Áreas temáticas</p> <p>Equidad de acceso a los servicios básicos de salud Reforma y desarrollo del sector salud Promoción de la dimensión intersectorial de la salud Alimentos y nutrición Prevención y control de enfermedades Atención a casos especiales Desarrollo de recursos humanos en salud Ciencia y tecnología</p>	<p>Bases de la Salud para Todos los Centroamericanos en el próximo milenio ...?</p>

La salud como elemento esencial del desarrollo sostenible en Nicaragua

Características del modelo socioeconómico y el desarrollo humano en salud

El círculo virtuoso entre desarrollo y salud

48. El modelo de desarrollo socioeconómico de Nicaragua ha sufrido importantes cambios en los últimos 25 años en la búsqueda del progreso y el bienestar para todos sus ciudadanos. El país en este período ha explorado vías alternativas de inserción de la economía nacional en los mercados internacionales, en un escenario cada vez más global, interdependiente y sujeto a grandes cambios en los paradigmas de desarrollo socioeconómico.

49. Dentro de este contexto - globalización del comercio, los viajes y la difusión de valores e ideas, revolución tecnológica e incremento de las desigualdades entre las naciones - el país ha impulsado, desde diferentes visiones del desarrollo promovidas por las fuerzas hegemónicas de la sociedad en cada momento histórico, ejes globales de transformación de la sociedad nicaragüense, en el marco de una compleja transición de la guerra civil a la paz. Los más relevantes han sido 1) la construcción e institucionalización gradual de una práctica democrática para solucionar los conflictos políticos y sociales, 2) la práctica naciente del concepto de ciudadanía y el ejercicio de las libertades públicas y 3) el establecimiento progresivo de una economía de mercado.

50. Dentro de este entorno, se han desarrollado en el país tres procesos interactuantes que están construyendo los cimientos de la moderna sociedad nicaragüense. A saber, 1) el reordenamiento económico con fuertes impactos en las políticas de inversión y gasto público, la reforma y modernización del Estado, y la revalorización de la esfera social. Tanto el entorno general de transformaciones como los procesos de cambio en curso se han convertido en un marco de referencia decisivo para la producción social de la salud.

Hay cierta asimetría en la evolución de la pobreza en las distintas fases de los ciclos económicos, puesto que ésta aumenta en forma marcada en períodos de recesión y se reduce levemente o se estabiliza cuando se recupera la actividad productiva

51. En términos generales, en el comportamiento de la economía nicaragüense en los últimos 17 años se deben diferenciar el período 1979 - 89 y 1990 - 95. En el primero hubo una política de expansión de la economía y la cobertura de los programas sociales, que hizo crisis con la guerra civil y el embargo. Después de altas tasas de crecimiento en 1980 - 81 y reducción del desempleo hasta 1984, ocurrieron serios desequilibrios macroeconómicos: el déficit fiscal se agravó, ocurrió un proceso de hiperinflación y la tasa del PIB fue negativa. En la segunda etapa se dio prioridad a estabilizar la economía a través de un proceso de ajuste (reducción de empleo y gasto público, devaluación monetaria, etc.). Estas medidas

lograron reducir drásticamente el déficit fiscal y la inflación y, generar una recuperación económica modesta, pero con resultados sociales nocivos: expansión de la subutilización de la mano de obra, deterioro de los servicios públicos y aumento de la pobreza. También creció la deuda pública en 1989 - 1994, aunque disminuyó en 1995.

52. Dentro de sus circunstancias particulares, Nicaragua no fue ajena a las características de procesos similares de reordenamiento económico en los países centroamericanos, tal y como se puede apreciar en el flujograma general que sobre este asunto se presenta en la Ilustración II: El reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto en Centroamérica / Flujograma explicativo, página 19. Indicadores macroeconómicos seleccionados que abundan acerca de la evolución de la situación macroeconómica de Nicaragua en el período 1978 - 1995, puede apreciarse en la Tabla 11 : Indicadores macroeconómicos de Nicaragua, 1978 - 1995, página 26.

53. Tras una etapa caracterizada por las caídas de las tasas de ahorro e inversión, la contracción del empleo y de la producción y una elevada inflación, Nicaragua ha venido perfeccionando la gestión macroeconómica y el desempeño fiscal; ha avanzado en la formación de capital y en la modernización y reestructuración del aparato productivo, recuperando, modestamente, el ritmo de crecimiento económico. Existen señales de que el país se encamina hacia una recuperación en el mediano plazo, aunque la transición de un escenario a otro dista de ser un proceso espontáneo o unívoco.

54. El país está evolucionando hacia un modelo participativo y pluralista de sociedad, redefiniendo las relaciones entre los poderes públicos y la sociedad civil. Existe un esfuerzo por realizar un proceso de descentralización efectiva del poder hacia los ámbitos intermedios y locales y de abrir mecanismos de consulta y participación directa de los ciudadanos en la orientación de los asuntos públicos, particularmente en el ámbito municipal.

55. El sector público tiene la tendencia a reducir su participación en la ejecución de actividades que no se consideran esenciales a su quehacer, especialmente en las áreas de producción, para concentrarse en el manejo macroeconómico y en el fortalecimiento de su función de conducción y regulación. Existe en curso un proceso de privatización de empresas y servicios públicos, que se ha dado primero en los sectores productivos y, después, en ciertos sectores sociales.

Cuando se comparan los indicadores de salud con los indicadores de desarrollo económico, se observa que están correlacionados y que el nivel de salud de la sociedad depende en parte de macrodeterminantes relacionados con su nivel de desarrollo. Esto significa que el nivel de salud varía de acuerdo a la recta per cápita, aunque es posible encontrar diferencias significativas en distintas regiones del país en cuanto a sus condiciones de salud

Tabla 11 : Indicadores macroeconómicos de Nicaragua, 1978 - 1995

Ver también página siguiente

ANO	POBLACIÓN TOTAL	% POBLACIÓN URBANA	% POBLACIÓN RURAL	PEA	TASA BRUTA DE ACTIVIDAD	TASA DE DESEMPLEO ABIERTO	TASA DE SUBEMPLEO	TASA DE SUBUTILIZACIÓN GLOBAL	PIB NOMINAL (MILLONES DE C\$)	PIB REAL (1980=100)	PIB PERCAPITA (C\$ 1980)
1978	2,363,655.7	48.9	51.1	746,178.0	31.6	25.0			14,994.9	27,049.8	11,444.1
1979	2,442,724.0	49.0	51.0	704,000.0	28.8	28.4			14,514.6	19,901.6	8,147.3
1980	2,524,464.5	49.2	50.8	872,600.0	34.6	5.0	13.3	18.3	20,798.8	20,798.8	8,238.9
1981	2,608,968.5	49.4	50.6	905,200.0	34.7	5.9	10.2	16.0	24,482.9	21,914.3	8,399.6
1982	2,696,330.4	49.5	50.5	938,800.0	34.8	6.2	13.7	19.9	28,349.4	21,735.4	8,061.1
1983	2,786,647.7	49.7	50.3	973,500.0	34.9	3.6	15.3	18.9	32,920.1	22,738.1	8,159.7
1984	2,880,021.5	49.9	50.1	976,700.0	33.9	2.3	18.3	20.6	45,030.0	22,384.0	7,772.2
1985	2,976,556.3	50.0	50.0	980,025.7	32.9	3.2	19.9	23.1	115,404.1	21,468.4	7,212.5
1986	3,076,360.0	50.2	49.8	1,023,150.6	33.3	407.0	21.0	25.7	435,742.3	21,250.0	6,907.5
1987	3,179,544.6	50.4	49.6	1,067,325.1	33.6	5.8	23.1	28.9	2,695,849.6	21,099.5	6,636.0
1988	3,286,225.7	50.5	49.5	1,020,457.6	31.1	6.0	26.5	32.5	323,624.9	18,473.0	5,621.3
1989	3,396,522.9	50.7	49.3	1,158,082.8	34.1	8.4	31.0	39.4	15,299,730.2	18,159.5	5,346.5
1990	3,510,560.1	50.9	49.1	1,207,310.5	34.4	11.1	33.2	44.3	1,565.2	18,156.2	5,171.9
1991	3,628,465.2	51.0	49.0	1,257,786.9	34.7	14.2	38.0	52.2	7,429.2	18,127.3	4,995.9
1992	3,750,370.9	51.2	48.8	1,305,234.8	34.8	17.8	32.5	50.3	9,225.5	18,202.2	4,853.4
1993	3,876,414.2	51.3	48.7	1,353,854.6	34.9	21.8	28.3	50.1	11,067.3	18,135.9	4,678.5
1994	4,006,736.8	51.5	48.5	1,405,343.9	35.1	20.7	32.9	53.6	12,445.4	18,742.8	4,677.8
1995	4,139,486.0	51.7	48.3	1,458,995.1	35.2	18.2	35.0	53.2	14,455.5	19,489.5	4,708.2

Fuente: Mesa-Lago.C.; Santamaría, Sergio.; López, Rosa María. La Seguridad Social en Nicaragua: diagnóstico y propuesta de reforma. Fundación Friedrich Ebert, Nicaragua, 1997, pp:182

Tabla 12 : Indicadores macroeconómicos de Nicaragua, 1978 - 1995 (Continuación horizontal)

ANO	TASA DE CRECIMIENTO PIB REAL	TASA DE CRECIMIENTO PIB PER CAPITA	TIPOS DE CAMBIO	(IPC) TASA DE INFLACION	IPC IDIC - DIC (1980 = 1.0) coeficiente	INGRESOS GOBIERNO (Mill. De C\$ de 1980) *	GASTOS GOBIERNO (Mill.de C\$ 1980)*	DEFICIT GOBIERNO (Mill. DE c\$ 1980) *	% DEFICIT FISCAL / PIB	DEUDA EXTERNA (Miles DE US\$)
1978			7.0	4.7	0.6	2,973.9	5,065.8	-2,092.0	-7.7	n.d
1979	-26.4	-28.8	10.0	36.4	0.8	2,661.4	3,974.1	-1,312.7	-6.6	1,348,625.6
1980	4.5	1.1		24.8	1.0	4,614.0	6,483.0	-1,869.0	-9.0	1,566,807.6
1981	5.4	2.0	10.0	23.2	1.2	5,338.3	7,284.3	-1,945.9	-8.9	2,163,185.8
1982	-0.8	-4.0	10.0	22.2	1.4	5,583.8	8,279.5	2,695.7	12.4	2,976,083.9
1983	4.6	1.2	10.0	32.9	1.5	7,103.9	12,047.2	-4,943.4	-21.7	3,788,584.3
1984	-1.6	-4.7	10.0	50.2	2.0	7,876.6	13,125.4	-5,248.8	-23.0	4,362,207.7
1985	-4.1	-7.2	25.3	334.3	4.9	6,940.0	11,737.7	-4,797.7	-22.3	5,067,865.4
1986	-1.0	-4.2	66.5	747.4	20.4	6,880.2	10,531.7	-3,651.5	17.2	6,264,041.3
1987	-0.7	-3.9	70.0	1,347.2	118.2	5,848.2	9,382.0	-3,533.8	-16.7	6,798,677.6
1988	-12.4	-15.3	190.9	33,656.8	18.7	3,756.9	8,473.9	-4,717.0	-25.5	7,220,129.9
1989	-1.7	-4.9	15,654.6	1,689.1	940.8	4,185.7	5,423.6	-1,238.8	-6.8	8,068,595.9
1990	0.0	-3.3	689,955.7	13,490.0	0.1	2,658.9	6,324.8	-3,665.9	-20.2	10,615,562.4
1991	-0.2	-3.4	4.9	865.6	0.5	3,530.3	4,887.8	-1,357.5	-7.5	10,312,526.4
1992	0.4	-2.9	5.0	3.5	0.6	3,735.4	5,122.1	-1,386.7	-7.6	10,792,114.2
1993	-0.4	-3.6	6.1	19.5	0.7	3,641.3	4,971.5	-1,330.2	-7.3	10,987,269.0
1994	3.3	0.0	6.7	12.4	0.8	3,809.8	5,624.7	-1,814.9	-9.7	11,694,957.7
1995	4.0	0.6	7.5	11.1	0.8	4,296.9	5,796.0	-1,499.0	-7.7	19,489.5

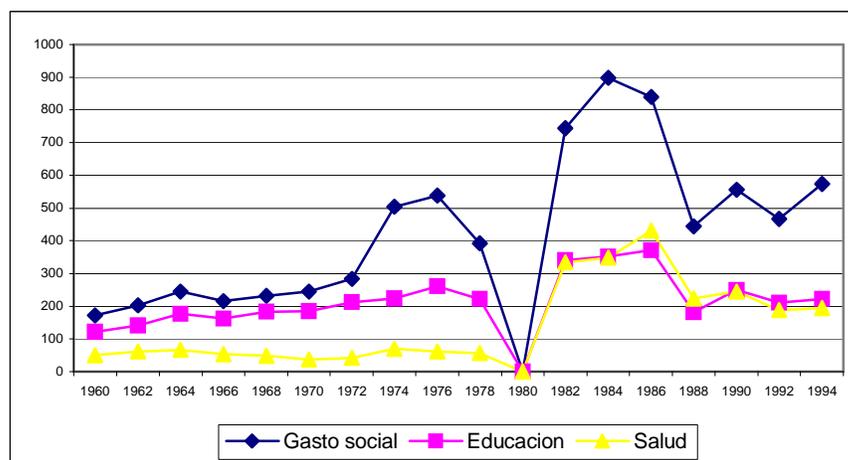
La solución de los problemas de salud es compleja por la multicausalidad de los factores que la condicionan. No corresponde, por tanto, centrarse en la enfermedad, sino en la promoción y protección de la salud, tanto como la prevención, reducción y eliminación de riesgos y daños individuales y comunitarios

56. Hay un importante esfuerzo de la sociedad nicaragüense en su conjunto para abordar tanto los problemas políticos globales ligados a la legitimidad y a la gobernabilidad, como los problemas económicos relacionados con el funcionamiento y la sostenibilidad financiera de la administración de los servicios y empresas públicas.

57. En los últimos 17 años (1980 - 1997) la esfera social ha sufrido un proceso de revalorización importante. Lo social ha estado ligado, con un protagonismo importante, a las plataformas programática de las distintas fuerzas hegemónicas que un determinado momento histórico han ejercido el poder en el país. Han variado las fórmulas de abordaje, los recursos asignados, las razones estratégicas de interés político, pero su peso específico como intención y práctica de gobierno se ha mantenido.

58. En la siguiente ilustración se representa el comportamiento del gasto de gobierno central en asuntos sociales - total, educación, salud - expresado en córdobas constantes de 1980 y en términos per cápita. Aparte del gasto social total, el gráfico muestra la evolución del gasto en salud y educación.

Ilustración III: Nicaragua, Gasto Social Percápita, 1960 - 1994 (C\$ de 1980)



Fuente: Castellón, Simeón, R. Contra la pobreza. Managua, Nicaragua, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), 1996, pp: 418

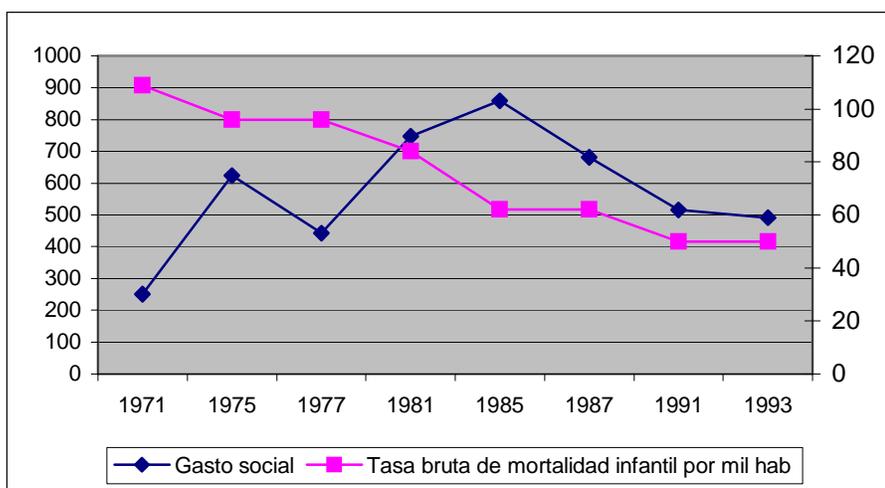
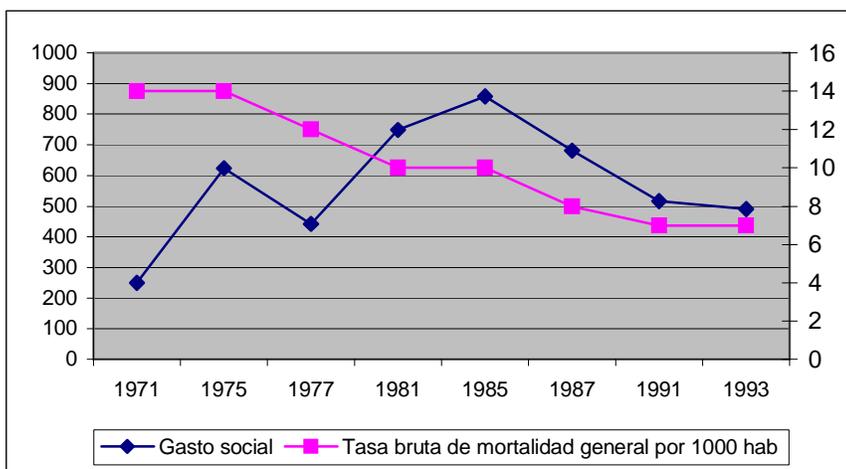
59. Hasta 1975 el gasto social per cápita mantuvo una tendencia ascendente, llegando a superar ligeramente los C\$ 600. A partir de 1976 comenzó a descender para luego iniciar de nuevo un ascenso a partir de los años ochenta, cuyo pico máximo fue en 1983 cuando superó los C\$ 1000 per cápita. El resto de la década de los ochenta fue de decrecimiento hasta 1992.

Los factores del desarrollo - y muy especialmente los que conducen a mejorar la estructura productiva, la competitividad y la equidad - tienen como eje fundamental el desarrollo y mejoramiento de los recursos humanos de la sociedad. Por lo cual la educación y la salud constituyen factores que inciden en su dinámica

60. Si bien durante el quinquenio 1990 - 94 ha aumentado el gasto social como proporción del gasto total del gobierno, este incremento ha servido para impedir el desplome del gasto social per cápita en términos reales, el que se reduce a C\$ 555.4 constantes en 1990, a 491.1 en 1993, para luego ascender a C\$ 574.3 en 1994.

61. A pesar los cambios en el modelo de desarrollo socioeconómico y sus repercusiones en el nivel de vida de la población y en las condiciones favorables y desfavorables para la salud, los grandes indicadores tradicionales de salud, presentan una continua mejoría, sin perjuicio de las iniquidades a lo interno del país ni del análisis desde otras perspectivas. En las ilustraciones que se muestran a continuación es posible apreciar las relaciones entre el gasto social total per cápita del gobierno y la mortalidad general e infantil .

Ilustración IV: Nicaragua, tendencias del gasto social total per cápita y las tasa bruta de mortalidad general e infantil , 1971 - 1993



Fuente: Elaboración propia a partir de Castellón, Simeón, R. Contra la pobreza. Managua, Nicaragua, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), 1996, pp: 418

Cinco razones para seguir invirtiendo en salud

Una población mas sana resulta, en definitiva, mas creativa y productiva al reducirse los días perdidos en el ámbito del trabajo, la educación y las mas diversas actividades sociales por enfermedad y mortalidad precoz

62. El incremento del nivel de salud de la población influye positivamente en la productividad y la formación de recursos humanos. La reducción de la morbilidad general, y de la desnutrición infantil en particular, permite una reducción de los días perdidos de trabajo y capacitación, un mejor desempeño laboral y un notorio incremento del rendimiento escolar. Tanto las medidas de promoción y protección de la salud como la prevención riesgos y enfermedades laborales, y la recuperación rápida y efectiva de la salud contribuyen a estos fines. Por otra parte, la reducción de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida (y de vida sana), la adopción de hábitos sanos en el ambiente laboral, en el hogar y la reducción de riesgos sanitarios aumentan la capacidad del ser humano para desempeñarse en el ámbito educativo, laboral y social.

63. El sector salud se caracteriza por un uso intensivo de mano de obra, dado que en la mayoría de los casos por lo menos el 55 % del gasto de dicho sector se destina al pago de remuneraciones, lo que contribuye directamente al crecimiento y también tiene un efecto indirecto a consecuencia de la notable absorción de mano de obra en tareas tales como formación, capacitación y entrenamiento del personal; producción y suministro de insumos generales; mantenimiento de instalaciones y de equipos, otras.

64. Asimismo, el sector tiene un alto potencial de crecimiento y es un factor de dinamización de la economía en su conjunto. Por una parte, a medida que los países crecen va aumentando la participación del sector salud en el PIB. Asimismo, hay un mayor porcentaje de personas de mas edad, el costo de la atención en salud aumenta debido a la mayor frecuencia de enfermedades degenerativas y se da un desarrollo acelerado de técnicas de alto costo. Por otra parte, dado que hay una mayor interrelación entre el sector salud y la economía nacional, es fundamental fomentar su competitividad para evitar aumentos de precios que no reflejen incrementos cuantitativos y cualitativos de los bienes y servicios.

65. El cumplimiento de las exigencias derivadas de las normas sanitarias favorece la competitividad internacional y permite combinar progresivamente la competitividad con la calidad de los bienes y servicios del sector salud.

66. La salud es una de las esferas en que se concentra la actividad de los gobiernos orientada a crear condiciones de mayor equidad. La extensión del acceso a los servicios de salud puede influir en la distribución del ingreso y elevar el nivel de vida de los pobres a un costo inferior al que suponen las políticas de vivienda y en un plazo mas breve que la educación. Además, la mayor equidad en materia de salud es percibida claramente por los beneficiarios como un acceso mas justo a mejores condiciones de vida.

El desafío del próximo milenio: disminuir las iniquidades en salud como parte del desarrollo sostenible

La pobreza en Nicaragua: factor decisivo de la salud individual y colectiva⁶

La pobreza no es solo un fenómeno de insuficiencia de ingresos en Nicaragua. Hay que analizarla desde la perspectiva del desarrollo humano. Debemos entender la pobreza como la negación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable, de tal manera que el análisis de las causas de la misma contribuya al diseño de estrategias y políticas que refuercen la generación de oportunidades para todos, incluyendo oportunidades para la promoción y protección de la salud

67. Tal y como se ha señalado en la sección anterior, los problemas del desarrollo socioeconómico del país son el marco de referencia con el cual interactúa la salud como producto social. Nicaragua se encuentra entre los países más **pobres** de Latinoamérica, con un Índice de Desarrollo Humano (IDH 0.583) que figura entre los últimos de la región.

68. La pobreza no es solo un fenómeno de insuficiencia de ingresos en Nicaragua. Hay que analizarla desde la perspectiva del desarrollo humano. Debemos entender la pobreza como la negación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable, de tal manera que el análisis de las causas de la misma contribuya al diseño de estrategias y políticas que refuercen la generación de oportunidades para todos, incluyendo oportunidades para la promoción y protección de la salud.

69. Podemos apreciar la pobreza desde tres perspectivas, relacionadas estrechamente con la salud. La perspectiva del ingreso; que establece un nivel de ingreso para asegurar un nivel nutricional adecuado para el desarrollo de la vida humana. La perspectiva de las necesidades básicas; incluye las privaciones, incluyendo salud, que se derivan de la falta de ingreso privado y las necesidades de servicios básicos que se debe prestar a la comunidad para evitar que la población caiga en la pobreza. La perspectiva de capacidad; representa la carencia de ciertas capacidades básicas para desarrollarse en la sociedad. Se toman en consideración indicadores que varían desde los físicos como nutrición y evolución de la morbilidad previsible hasta logros sociales más complejos como la participación política y social.

70. Desde estas perspectivas, el análisis de la pobreza en Nicaragua puede reflejarse en las tablas que se presentan en la próxima página.

71. La situación de Nicaragua con respecto a los países del istmo centroamericano con relación a un grupo de índices seleccionados del desarrollo humano, puede apreciarse en la Tabla 7: Índices de Desarrollo Humano; Desarrollo Relacionado de Género y Medida del Empoderamiento de Género, por países centroamericanos, página 10.

⁶ Las condiciones de vida dependen de la inserción de los diversos grupos en la vida social y pueden clasificarse en cuatro grandes categorías: las biológicas, entre otras el potencial genético y la capacidad inmunológica; las ecológicas, incluido el medio ambiente residencial y laboral; las conceptuales y conductuales, como los valores culturales, los niveles educativos y los estilos de vida individuales y colectivos; y las económicas, que se expresan en como los grupos participan en la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios. Consideramos que la pobreza tiene una influencia preponderante en las categorías mencionadas a excepción del potencial genético.

72. Se estima que el porcentaje de población que vive en la pobreza en Nicaragua representa, según el Informe sobre desarrollo humano, Nicaragua-1997, PNUD, el 47 % (1 dólar por día -PPA en dólares - 1989 - 94) y el 50 % (línea nacional de pobreza).

73. Los resultados de la Encuesta de Medición del Nivel de Vida realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 1993, indican que el 75 % de los hogares nicaragüenses presentaban una o mas necesidades básicas insatisfechas, el 44 % vive en condiciones de pobreza extrema que se concentra en el campo afectando al 60 % de los hogares en el sector rural.

Tabla 13 : Nicaragua, Índice de Desarrollo Humano (IDH) 1994, tendencia 1960 - 94 y comparaciones regionales

Indicador	Valor
Esperanza de vida al nacer (años) 1994	67.3
Tasa de alfabetización de adultos (5)	65.3
Tasa bruta de matrícula combinada primaria, secundaria y terciaria (5) 1994	62
PIB real per cápita (PPA en dólares) 1994	1580
PIB real ajustado per cápita (PPA en dólares) 1994	1580
Índice de esperanza de vida	0.7
Índice de educación	0.64
Índice de PIB	0.24
<i>Índice de desarrollo humano (IDH) de Nicaragua 1994</i>	<i>0.530</i>
Categoría según PIB per cápita (PPA en dólares) menos categoría según IDH	10
Tendencias del IDH, 1960 - 1994	
Año 1960	0.344
Año 1970	0.462
Año 1980	0.534
Año 1992	0.583
Año 1994	0.530
Comparación regional del valor del IDH en Nicaragua	
Valor del IDH NIC como % del valor regional máximo	58

Tabla 14: Nicaragua, Índice de Pobreza Humana⁷ en comparación con Centroamérica

Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
35.5	28.0	22.0	27.2	6.6	11.2

Fuente: Elaboración propia a partir de / PNUD. Informe sobre desarrollo humano en Nicaragua - 1997. Inversiones Papeleras S.A., s.l., 1997, pp: 70.

⁷ Mide el % de personas que se estima morirán antes de los 40 años de edad, el de niños menores de 5 años con peso insuficiente, el de adultos que son analfabetos y el aprovisionamiento económico general de personas sin acceso a servicios de salud y agua potable

En los momentos actuales, 2.200.334,5 habitantes (aproximadamente) viven en la línea nacional de pobreza y aunque el PNB per cápita ha mostrado una modesta recuperación, los valores del mismo en 1995 representan apenas el 41 % de los valores correspondientes al año 1978

Imágenes globales del sector salud

74.A medida que Nicaragua se aproxima al siglo XXI, el acceso universal a la asistencia sanitaria y el logro de una vida saludable para todos sus habitantes se transforman en retos urgentes para fortalecer el desarrollo del capital humano necesario para promover y alcanzar el desarrollo socioeconómico sostenible.

75. Las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas del país han cambiado significativamente en los últimos años. De hecho, el país está enfrentando en la práctica una transición en el modelo general de desarrollo, una transición demográfica y una transición epidemiológica.

76. Ha aumentado la esperanza de vida (66.2 años en 1995), descendido la mortalidad general (6.8 x mil en 1990 – 95) y ha habido un descenso, aunque tardío de la fecundidad (4.4 hijos en 1990 – 95). Como consecuencia de estos cambios, el crecimiento de la población se aceleró (tasa promedio anual de 3 % / finales de los 80), triplicándose entre 1950 y 1990. El porcentaje de la población viviendo en asentamientos urbanos se elevó gradualmente de 30 # a 57 % entre 1940 y 1995, como producto de un sostenido flujo de migración del campo a la ciudad. Hoy Nicaragua es un país con características predominantemente urbano.

77. Nicaragua se encuentra en una situación epidemiológica que se ha calificado como de etapa pretransicional, con elevadas tasas de mortalidad general ((6.8 x mil en 1990 – 95)), infantil (53 x mil NV) y materna (160 x mil NV). La población nicaragüense, aunque todavía es joven y prevalecen las enfermedades transmisibles y parasitarias, está también padeciendo, de manera creciente, de enfermedades crónicas, accidentes, discapacidad, desnutrición e insuficiencia de servicios de salud. A esta situación se agregan la presencia de enfermedades emergentes (SIDA) y reemergentes (Cólera, leptospirosis) y múltiples amenazas para la mente y el cuerpo debido a la violencia de la vida en el campo y la ciudad y al deterioro del medio ambiente.

78. Los principales problemas de salud relativos a las personas del período 1988 – 2002, identificados en los planes y políticas nacionales de salud, continúan, en su gran mayoría, vigentes. Las modificaciones más trascendentales se han dado a expensas de las enfermedades inmunoprevenibles y las lesiones ocasionadas por operaciones de guerra.

79. La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación (poliomielitis, sarampión, tosferina, difteria y tétano) muestra una tendencia al descenso en la última década como resultado del incremento en la cobertura de vacunación. El 1994 se obtuvo la certificación de la erradicación de la polio, la última epidemia de sarampión ocurrió en 1990, el último caso de difteria se reportó en 1987, se ha eliminado el tétano neonatal (TNN < 1 x 1000 NV).

En los planes y políticas de salud (1988 – 2002), es una constante la preocupación por desarrollar las capacidades nacionales en torno a la rectoría del sector, la organización del sistema nacional de salud y de los servicios y programas, y el financiamiento sectorial, en un marco de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social, con énfasis en el desarrollo de capacidades en el nivel local a través de la desconcentración de acciones y actividades

80. Un resumen de los principales problemas de salud identificados para el período 1988 – 2002 en los planes y políticas de salud correspondientes, puede encontrarse en Ilustración V : Nicaragua, Principales problemas de salud reflejados en las políticas de salud del período 88 - 2002, página 36. Algunos de ellos, relevantes en su momento por las circunstancias históricas por las que atravesaba el país, hoy no tienen una expresión significativa. Por ejemplo lesiones resultantes de operaciones de guerra, pero son buenos testigos de los factores externos que influyeron en la composición de la morbilidad y mortalidad en su momento.

81. En las políticas de salud del período mencionado, es una constante la preocupación por desarrollar las capacidades nacionales en torno a la rectoría del sector, la organización del sistema nacional de salud y de los servicios y programas, y el financiamiento sectorial, en un marco de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social, con énfasis en el desarrollo de capacidades en el nivel local a través de la desconcentración de acciones y actividades

82. Igualmente, la preocupación por la localización geográfica y por grupos de riesgo de un conjunto de problemas de salud de la población que atraviesan tangencialmente los tiempos políticos del período, así como la movilización de recursos de diferente índole (políticos, económicos, otros) en apoyo al desarrollo de la salud.

83. Un resumen ejecutivo de los principales problemas de salud y de otra índole, atinentes a diversos aspectos del estado de salud de la población y al desarrollo del sistema nacional de salud, puede apreciarse en el Anexo 01: síntesis ejecutiva de los principales problemas de salud y de otra índole atinentes al estado de salud de la población y al desarrollo del sistema nacional de salud, reflejados en las políticas de salud en el período 1988 – 2002, página 56.

84. Datos adicionales que permiten caracterizar la situación de salud y de desarrollo socioeconómico de Nicaragua en el istmo centroamericano, se muestran en la Tabla 15 : Indicadores seleccionados de Nicaragua y países centroamericanos en la pagina 37. Igualmente, Indicadores de condiciones saludables de Nicaragua y los países del istmo centroamericano pueden consultarse de nuevo en la Tabla 9: Condiciones Saludables en Centroamérica, por países, página 13.

85. Como es posible apreciar, la historia de la respuesta social del país ante la problemática planteada para el desarrollo del sector salud, desde 1988 hasta el año 2002, esta reflejada, en gran parte, en las políticas nacionales de salud. En estas, es una constante la preocupación por la utilización de la perspectiva de salud para todos como una guía para la acción y, especialmente, en las políticas elaboradas en 1993 y 1997, se puede percibir una marcada preocupación por la reforma del sector salud.

Aunque se contara con los recursos necesarios, que no es el caso, no sería posible responder al reto de Salud para Todos en el próximo milenio solamente con la asistencia sanitaria tradicional.

Una mayor atención a la promoción y a la protección de la salud basada en la promoción de estilos de vida saludables y ambientes que promuevan la salud; así como una profunda reforma del sector salud, son fundamentales para lograr mejoras significativas, sostenidas y equitativas en el estado de salud de la población nicaragüense.

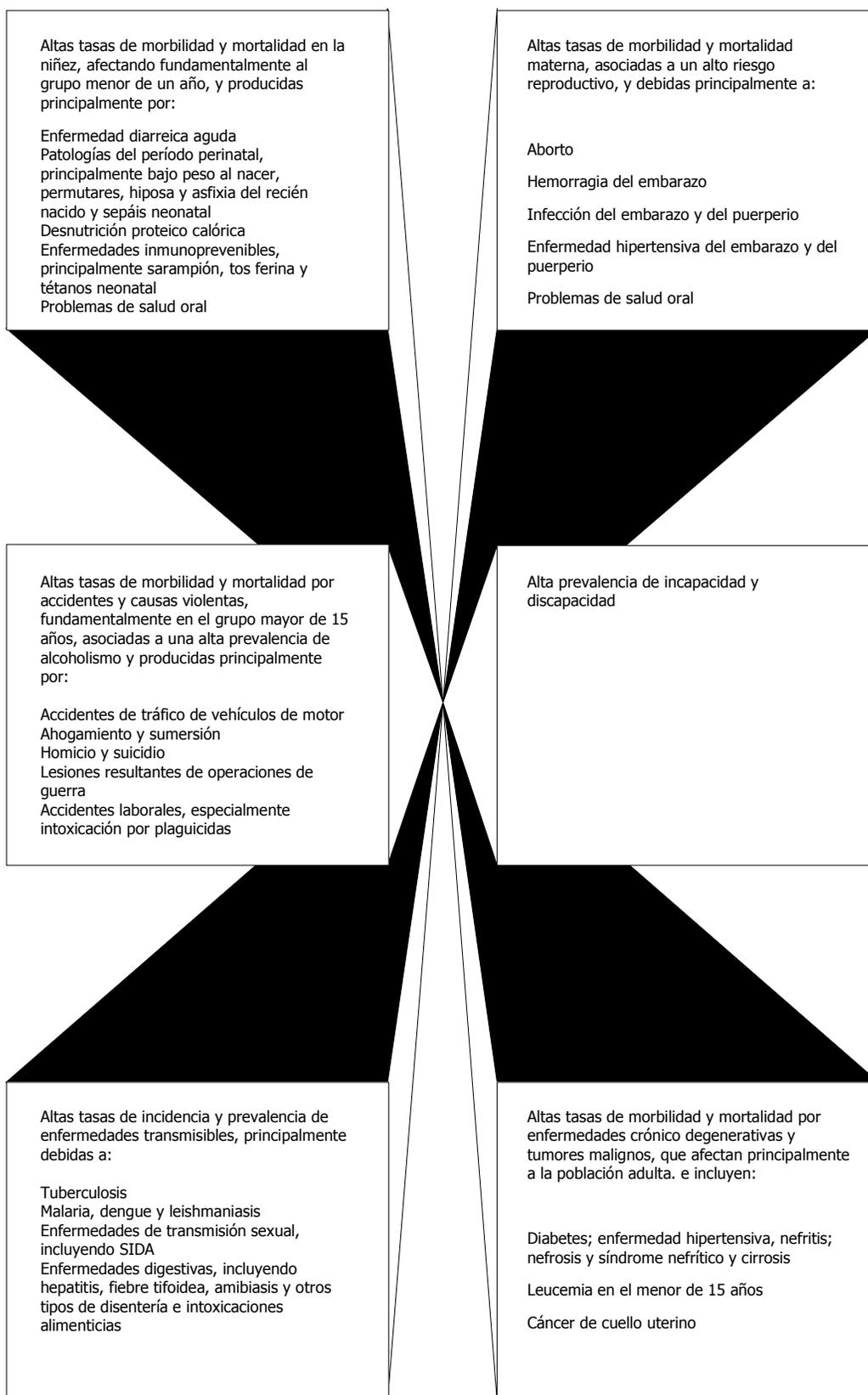
86. Sin embargo, a pesar del esfuerzo de los gobiernos y de las aspiraciones ciudadanas, persisten problemas asociados a 1) implementar medidas que conviertan la salud en un elemento central del desarrollo, 2) consolidar las funciones esenciales de un sistema nacional de salud sostenible y 3) reconocer y aplicar eficazmente las claves de la estrategia de salud para todos en el siglo XXI. La situación objetivo ha ser alcanzado se muestra en la Tabla 16 : Medidas necesarias para convertir la salud en elemento central del desarrollo; funciones esenciales de los sistemas de salud sostenibles; claves de una aplicación eficaz de la estrategia de salud para todos en el siglo XXI, página 39.

87. Actualmente, 2.200.334,5 habitantes (aproximadamente el 50 % de la población) viven en la línea nacional de pobreza y aunque el PNB per cápita ha mostrado una modesta recuperación, los valores del mismo en 1995 representan apenas el 41 % de los valores correspondientes al año 1978.

88. Aunque se contara con los recursos necesarios, que no es el caso, no sería posible responder al reto de Salud para Todos en el próximo milenio solamente con la asistencia sanitaria tradicional.

Una mayor atención a la promoción y a la protección de la salud basada en la promoción de estilos de vida saludables y ambientes que promuevan la salud; así como una profunda reforma del sector salud, son fundamentales para lograr mejoras significativas, sostenidas y equitativas en el estado de salud de la población nicaragüense.

Ilustración V : Nicaragua, Principales problemas de salud reflejados en las políticas de salud del período 88 - 2002



Una acción comprometida en todos los niveles - mundial, regional, nacional y local - será crucial para transformar el concepto de salud para todos en una realidad de salud pública práctica y sostenible

Tabla 15 : Indicadores seleccionados de Nicaragua y países centroamericanos

Indicadores demográficos

Indicadores	Población total (1995) (miles)	Tasa bruta anual de natalidad (1990 - 95) (x mil hab)	Número anual promedio de nacimientos (1990-95) (miles)	Tasa bruta anual de mortalidad (1990 - 95) (x mil hab)	Número anual promedio de defunciones (1990 - 95) (miles)	Tasa de crecimiento anual promedio de la población (1990 - 95) (%)	Tasa global de fecundidad (1990 - 95)	% de la población urbana (1995)	Razón de dependencia (1995) (%)	Esperanza de vida al nacer (años): total - hombres - mujeres (1990 -95)		
										T	M	F
Belice	217	34.7	7.0	4.8	1.0	2.64	4.2	51	87	73.6	72.4	75.0
Costa Rica	3.424	26.3	85.0	3.7	12.0	2.41	3.1	50	66	76.3	74.0	78.6
El Salvador	5.768	33.5	183.0	7.1	39.0	2.18	4.0	45	81	66.4	63.9	68.8
Guatemala	10.621	38.7	383.0	7.4	73.0	2.88	5.4	39	92	64.8	62.4	67.3
Honduras	5.616	34.6	181.7	6.5	34.1	2.67	4.7	44	88	67.7	65.4	70.1
Nicaragua	4.139	40.5	164.0	6.8	28.0	3.74	5.0	63	96	66.7	64.8	68.5
Panamá	2.631	25.0	63.0	5.3	13.0	1.86	2.9	53	63	72.0	70.9	75.0

Indicadores socioeconómicos

Indicadores	Porcentaje de alfabetismo: masculino - femenino (último año disponible entre 1992 - 94)		Disponibilidad de calorías diarias per cápita (1992)	Porcentaje de población con servicios de abastecimiento de agua potable: urbano - rural (último año disponible entre 1992 y 1995)		Porcentaje de población con servicios de alcantarillado y evacuación de excretas: urbano - rural (último año disponible entre 1992 y 1995)		Producto Nacional bruto (PNB) per cápita (US\$) (1994)	Porcentaje de crecimiento acumulado del producto interno bruto (PIB) (período 1991 - 1994)	Porcentaje de hogares en situación de pobreza (último año disponible entre 1990 y 1994)	Razón de ingreso 20 % superior / 20 % inferior (alrededor de 1990)
	% M	% F		% Urbano	% Rural	% Urbano	% Rural				
Belice	91	91	2.662	100	69	59	22	2.550	18.1	...	...
Costa Rica	95	95	2.711	100	68	100	24	2.380	21.5	25	8
El Salvador	74	70	2.414	95	16	91	53	1.480	19.6	58 (c)	...
Guatemala	72	57	2.254	87	49	72	52	...	16.8	80 (c)	31
Honduras	78	73	2.210	91	66	95	71	220	14.1	73	12
Nicaragua	65	67	2.556	86	28	88	28	...	1.9	50	14
Panamá	91	90	2.269	96	84	96	84	330	31.1	36	13

Fuente: Elaboración propia a partir de: OPS/OMS. *Indicadores básicos 1996 / Situación de Salud en las Américas*. (Programa de análisis de situación de salud, División de salud y desarrollo humano). s.l., s.d., pp: 10. Estilo formato plegable.
... Datos no disponibles - Magnitud cero

Indicadores de mortalidad y mortalidad

Indicador	Tasa de mortalidad infantil (último dato disponible entre 1994 y 1995) (x mil NV)	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (último dato disponible entre 1994 y 1995) (por mil NV)	Tasa de mortalidad materna (último año disponible entre 1987 - 1995) (x 100 mil NV)	Porcentaje de defunciones registradas por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años (último año disponible entre 1988 - 1994)	Porcentaje de defunciones registradas por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años (último año disponible entre 1988 - 1994)	Casos notificados de cólera (1995)	Casos notificados de malaria (1995)	Casos notificados de dengue (1995)	Casos notificados de TB (último año disponible entre 1994 y 1995)	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 500 gr.) (últimos años disponibles entre 1990 - 1995)	Casos de sarampión (1995)	Defunciones registradas por sarampión (1995)
Belice	36	46	147	10.6	8	19	9.414	107	59	6	4	-
Costa Rica	12	14	40	3.7	8	5	2.780	5.134	575	6	37	-
El Salvador	43	56	140	16.2	7	6.447	2.782	9.658	2.241	11	-	-
Guatemala	51	81	102	22.0	15	6.825	23.608	3.980	1.731	8	23	-
Honduras	44	73	220	36.0	9	4.748	63.994	27.575	4.984	9	-	-
Nicaragua	58	64	130	28.0	15	8.684	63.086	19.260	2.842	8	5	-
Panamá	21	27	46	5.2	10	-	730	3.083	1.009	9	19	-

Indicadores de mortalidad y mortalidad (Continuación)

Indicador	Incidencia anual de casos de SIDA (por millón de habitantes) (1994)	Razón hombre: mujer de los casos notificados de SIDA (1994)	Defunciones registradas por homicidios (último año disponible entre 1988 y 1995)	Defunciones registradas por suicidios y lesiones autoinflingidas (último año disponible entre 1988 y 1995)	Defunciones registradas por accidentes vehiculos de motor (último año disponible entre 1988 y 1995)	Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, ajustadas por edad: hombres-mujeres (1990-1992) (por cien mil hab)		Tasa de mortalidad por tumores malignos, ajustados por edad: hombres-mujeres (1990-1992) (por cien mil hab)		Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, ajustadas por edad: hombres-mujeres (1990-1992) (por cien mil hab)		Tasa de mortalidad por causas externas ajustada por edad: hombres-mujeres (1990-1992) (por cien mil habitantes)	
						M	F	M	F	M	F	M	F
Belice	85.7	...	13	1	11	...	...	..	...	...	...	...	...
Costa Rica	46.3	6.8	128	130	415	36	33	110	110	160	164	76	21
El Salvador	68.6	2.9	2.299	478	1.087	159	125	84	124	150	263	197	42
Guatemala	10.7	2.1	2.692	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	156.9	2.1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	8.7	11.3	253	111	396	211	217	66	110	193	252	104	44
Panamá	72.4	3.0	255	96	442	69	63	94	102	182	211	105	31

Indicadores de recursos, acceso y cobertura

	Médicos por diez mil habitantes (último año disponible entre 1990 y 1995)	Enfermeros/as por diez mil habitantes (último año disponible entre 1990 y 1995)	Odontólogos por diez mil habitantes (último año disponible entre 1990 y 1995)	Camas hospitalarias por mil habitantes (último año disponible entre 1992 y 1995)	Porcentaje de subregistro de mortalidad (último periodo trienal disponible entre 1987 - 1992)	Gasto nacional en salud per cápita (US\$ de 1988) (1990)	Gasto total en salud, como % del producto interno bruto (PIB) (1990)	Porcentaje de cobertura con DPT en niños menores de 1 año (1995)	Porcentaje de cobertura con antipoliomelítica oral (OPV) en niños menores 1 año (1995)	Porcentaje de cobertura con BCG en niños menores 1 año (1995)	Porcentaje de cobertura con vacuna antisarampión (AS) en niños menores 1 año (1995)	Porcentaje de atención prenatal por personal capacitado (alrededor de 1990)	Porcentaje de atención al parto por personal capacitado (último año disponible entre 1990 y 1995)	Porcentaje de uso de anticonceptivos (mujeres, todos los medios) (último dato entre 1990 y 1994)
Belice	4.7	7.6	0.8	2.0	17.0	100	5.0	83	83	92	87	92	83	47
Costa Rica	12.6	9.5	3.8	2.5	-	156	9.2	85	84	99	94	91	94	75
El Salvador	9.1	3.8	2.1	1.6	32.0	53	5.0	100	94	100	94	69	31	53
Guatemala	9.0	3.0	1.3	0.9	3.0	30	33	78	81	77	81	53	35	21
Honduras	2.2	2.7	2.2	0.8	49.0	44	2.7	96	96	99	90	88	87	30
Nicaragua	8.2	5.6	1.2	1.2	54.0	27	5.0	85	96	100	81	87	22	34
Panamá	11.9	9.8	2.2	2.2	26.0	173	8.7	86	86	99	84	89	87	58

Tabla 16 : Medidas necesarias para convertir la salud en elemento central del desarrollo; funciones esenciales de los sistemas de salud sostenibles; claves de una aplicación eficaz de la estrategia de salud para todos en el siglo XXI

Medidas necesarias para convertir la salud en elemento central del desarrollo

La lucha contra la pobreza

El fomento de la salud en todos los entornos

La armonización de las políticas sanitarias sectoriales

La introducción de consideraciones de salud en la planificación del desarrollo sostenible

Funciones esenciales de los sistemas de salud sostenibles

Proporcionar acceso a una atención sanitaria de calidad a lo largo de toda la vida

Prevenir y controlar las enfermedades y proteger la salud

Fomentar la legislación y reglamentación en apoyo de sistemas de salud y de un desarrollo sostenibles

Elaborar sistemas de información sanitaria y asegurar una vigilancia activa

Fomentar la utilización y las innovaciones de la ciencia y la tecnología

Crear y mantener recursos humanos para la salud

Asegurar una financiación adecuada y sostenible

(Esta enumeración comprende funciones de salud pública esenciales y servicios de atención sanitaria individual)

Las claves de una aplicación eficaz de la estrategia de salud para todos en el siglo XXI

Fortalecimiento de la capacidad para la formulación de políticas

Buena gestión pública

Fijación de prioridades para la acción

Lazos de asociación en pro de la salud

Acción nacional en pro de la salud

Evaluación y seguimiento

Fuente: OMS. PROYECTO Salud para todos en el siglo XXI. ("EB101/8"). mimeo, s.d., pp: 53

En tales circunstancias, la oferta de atenciones de salud debería concentrarse en el mejoramiento de las condiciones ambientales en el hogar, la nutrición, la atención del binomio madre-niño, y la inmunización de la población menor de 14 años contra enfermedades transmisibles. La sociedad se divide entre quienes tienen un alto riesgo de morir antes de llegar a la edad activa y quienes luchan contra dolencias mortales evitables, a lo largo de su vida adulta (14 – 64 años), y padecen enfermedades durante gran parte de ella. Por lo tanto, se debe otorgar una alta prioridad al binomio madre-niño y al segmento de la población integrada por trabajadores adultos en la asignación de recursos para la atención en salud.

Una aproximación al perfil de demanda perspectiva de servicios de salud

89. Como ha sido señalado, en las últimas décadas el perfil demográfico y epidemiológico de Nicaragua ha sufrido transformaciones debido a los efectos combinados de los modelos de desarrollo, desarrollo de los servicios sociales, transición demográfica, urbanización y otros.

90. Mientras un sector de la población – el de mayores ingresos, con mejor educación y una mayor inserción en el proceso productivo – presenta un perfil epidemiológico semejante al de países industrializados, otros sectores, sobre todo los rurales y urbano marginales, padecen problemas de salud propios de la pobreza en el mundo en desarrollo: alta incidencia de morbilidad y mortalidad infantiles, mayor exposición a infecciones por falta de infraestructura sanitaria e información sobre salud, baja cobertura de los servicios básicos de salud.

91. Nicaragua pertenece a un grupo de países en los cuáles los cambios en la demanda de servicios de salud se iniciaron en a fines de los años setenta y se pueden caracterizar de la siguiente manera⁸. El 40 % de las defunciones se producen antes de que las personas alcancen la edad de trabajar y especialmente entre menores de 5 años. Dichas defunciones se deben a enfermedades fáciles de evitar a bajo costo. La alta tasa de fecundidad de las mujeres explica en gran parte la morbilidad y mortalidad infantiles, pero los problemas más graves son la pobreza generalizada y la falta de condiciones mínimas, sanitarias y sociales, para la mayoría de la población.

92. En tales circunstancias, la oferta de atenciones de salud debería concentrarse en el mejoramiento de las condiciones ambientales en el hogar, la nutrición, la atención del binomio madre-niño, y la inmunización de la población menor de 14 años contra enfermedades transmisibles. La sociedad se divide entre quienes tienen un alto riesgo de morir antes de llegar a la edad activa y quienes luchan contra dolencias mortales evitables, a lo largo de su vida adulta (14 – 64 años), y padecen enfermedades durante gran parte de ella. Por lo tanto, se debe otorgar una alta prioridad al binomio madre-niño y al segmento de la población integrada por trabajadores adultos en la asignación de recursos para la atención en salud.

⁸ Podría ser que algunos de los descriptores señalados no correspondan exactamente a la situación nicaragüense debido a la variabilidad dentro de este grupo de países. Pero el modelo general es válido para fines de estimar el perfil perspectiva de demanda de servicios de salud, sin perjuicio de la obtención de datos complementarios provenientes de otras fuentes disponibles.

La aceleración de la tendencia a la reducción de la fecundidad en los años ochenta permite prever la estabilización de la tasa de natalidad antes del año 2010. Este será un cambio decisivo, que reducirá la demanda de atención de partos y contribuirá a la disminución del número de muertes de niños menores de 1 año. Siempre que no varíen los riesgos de enfermedad y muerte, la evolución de la estructura de edades creará condiciones más favorables al mejorar la relación entre población, riesgos de enfermedad y muerte, y costos per cápita.

93. La mayoría de la población es rural o bien habita fuera del radio de acceso razonable a los servicios de salud. Una proporción importante carece de saneamiento básico, sufre de carencias nutricionales y vive en zonas expuestas a enfermedades endémicas (malaria, dengue, otras). En ese contexto, el bajo nivel de salud de la población en edad de trabajar y su escasa instrucción contribuyen a la persistencia de bajos niveles de productividad general. Por consiguiente, la salud es un determinante básico de la pobreza masiva, que a su vez, contribuye a las precarias condiciones de salud.

94. La aceleración de la tendencia a la reducción de la fecundidad en los años ochenta permite prever la estabilización de la tasa de natalidad antes del año 2010. Este será un cambio decisivo, que reducirá la demanda de atención de partos y contribuirá a la disminución del número de muertes de niños menores de 1 año. Siempre que no varíen los riesgos de enfermedad y muerte, la evolución de la estructura de edades creará condiciones más favorables al mejorar la relación entre población, riesgos de enfermedad y muerte, y costos per cápita.

95. Existen muchos demandantes en comparación con los contribuyentes, lo que incide negativamente en el financiamiento pero, en cambio, tiene la ventaja de que las enfermedades predominantes se pueden prevenir y curar a bajo costo. El proceso de transición que conduzca a menores tasas de fecundidad, morbilidad y mortalidad de los grupos mas vulnerables (menores de 1 año y mujeres en edad fértil) puede ser mas rápido que el aumento del ingreso y del empleo de la población en edad de trabajar.

96. La reforma de los sistemas de salud deberá dirigirse, en términos generales, a ampliar la cobertura de la atención primaria, otorgando prioridad al saneamiento básico y la nutrición para modificar considerablemente el perfil de salud. Los servicios de saneamiento básico urbano tardarán muchos años en obtener una cobertura universal.

97. Seguirá existiendo una alta proporción de pobres e indigentes en el ámbito rural y asentamientos urbanos periféricos, lo que exigirá acciones intensivas para su atención. Cabe suponer que se darán condiciones favorables mediante la reducción de las enfermedades infecciosas propias de la pobreza, especialmente si se logra una cobertura universal básica y progresiva de los servicios de salud y saneamiento básico, que se cuentan entre las áreas en que las inversiones en capital humano son mas eficaces en función de los costos, especialmente en la población pobre.

La posición de la Oficina Sanitaria Panamericana ante el proceso nacional de desarrollo de la salud en el siglo XXI

Hay que tomar medidas para convertir la salud en un elemento central del desarrollo

Los pobres soportan una parte desproporcionadamente grande de la carga nacional de morbilidad y sufrimiento. Suelen habitar en viviendas insalubres y hacinadas, en zonas rurales o asentamientos periurbanos con poca disponibilidad de servicios básicos. Están mas expuestos a la contaminación y a otros riesgos en el hogar, en el trabajo y en sus comunidades. Asimismo, es mas probable que su alimentación sea insuficiente y de mala calidad, que consuman tabaco y que estén expuestos a otros daños para la salud.

98. Se necesita desarrollar cuatro líneas de acción para abordar los determinantes de la salud y hacer que esta sea un elemento central del desarrollo humano.

La lucha contra la pobreza

El fomento de la salud en todos los entornos

La armonización de las políticas sanitarias sectoriales

La introducción de consideraciones de salud en la planificación del desarrollo sostenible

La lucha contra la pobreza

99. Es necesario establecer planes integrados de desarrollo para romper el círculo vicioso de la pobreza y la mala salud. Los pobres soportan una parte desproporcionadamente grande de la carga nacional de morbilidad y sufrimiento. Suelen habitar en viviendas insalubres y hacinadas, en zonas rurales o asentamientos periurbanos con poca disponibilidad de servicios básicos. Están mas expuestos a la contaminación y a otros riesgos en el hogar, en el trabajo y en sus comunidades. Asimismo, es mas probable que su alimentación sea insuficiente y de mala calidad, que consuman tabaco y que estén expuestos a otros daños para la salud.

100. El número de personas que viven en la línea nacional de pobreza es alta, aproximadamente la mitad de la población. Pese a que durante los años recién pasados ha habido una modesta recuperación económica. La pobreza es una causa importante de desnutrición y mala salud; contribuye a la propagación de enfermedades, socava la eficacia de los servicios de salud y aminora la regulación demográfica. La mala salud de los grupos de pobres y desfavorecidos, particularmente cuando lleva aparejada la discapacidad, da lugar a un círculo vicioso de marginación, a la continuación del estado de pobreza y, a su vez, a un aumento de la mala salud.

101. Esta situación reduce su capacidad para llevar una vida social y económicamente productiva. Las desigualdades de los pobres con relación a otros segmentos de la población, aún cuando haya un crecimiento económico continuo, amenazan la cohesión social y contribuye a la violencia y a la tensión psicosocial.

El número de personas que viven en la línea nacional de pobreza es alta, aproximadamente la mitad de la población. Pese a que durante los años recién pasados ha habido una modesta recuperación económica. La pobreza es una causa importante de desnutrición y mala salud; contribuye a la propagación de enfermedades, socava la eficacia de los servicios de salud y aminora la regulación demográfica. La mala salud de los grupos de pobres y desfavorecidos, particularmente cuando lleva aparejada la

El fomento de la salud en todos los entornos

102. Los individuos, las familias y las comunidades pueden actuar para mejorar su salud si tienen la oportunidad y la capacidad de tomar decisiones apropiadas. Por lo tanto, las personas han de tener conocimiento, información y aptitudes, así como acceso a las posibilidades ofrecidas por la sociedad, para hacer frente a formas cambiantes de vulnerabilidad y gozar de buena salud tanto ellos como sus familias.

103. La tecnología de las comunicaciones, incluidos los métodos interactivos, se ha convertido en un medio importante de compartir imágenes y mensajes de fomento de la salud que sirve de apoyo a los individuos y las comunidades para mejorar su calidad de vida.

104. Los medios de información pueden ampliar su función como defensores de la salud y de las prácticas de salud. Pueden contribuir a aumentar la conciencia pública acerca de la salud mediante el debate de temas relativos a ella. Los programas informativos y de entretenimiento sobre la salud que llegan a cada comunidad y hogar pueden permitir que, aún en los lugares más remotos, las familias se beneficien de los conocimientos actuales.

La armonización de las políticas sanitarias sectoriales

105. Las políticas de todos los sectores que afectan directa o indirectamente a la salud deben analizarse y armonizarse para aumentar al máximo las oportunidades de fomentar y proteger la salud. Una acción conjunta más intensa de parte de los sistemas de salud y del sector educación podría contribuir de manera notable y rápida a una mejora general del estado de salud de la población y a una reducción a largo plazo de las desigualdades sanitarias y económicas entre diferentes grupos sociales.

106. Deberían alentarse políticas fiscales que contribuyan a la salud, por ejemplo, las que disuaden el uso de productos nocivos y estimulan el consumo de alimentos nutritivos y la adopción de estilos de vida sanos. Las políticas agrarias pueden incorporar en sus planes de riego medidas concretas de prevención de enfermedades, promover activamente el manejo integrado de plagas para reducir al mínimo la utilización de sustancias químicas tóxicas, establecer modalidades de aprovechamiento de la tierra que faciliten, y no desalienten, los asentamientos humanos en las zonas rurales, alentar la substitución de los cultivos nocivos para la salud y asegurar una producción suficiente de alimentos aptos para el consumo.

107. Una política energética que favorezca la salud debería apoyar el uso de fuentes de energía más limpias y velar por que se generen menos desechos peligrosos y tóxicos, se disponga de un transporte menos contaminante y más eficaz en el aprovechamiento de la energía y se construyan edificios en que la

Para que el desarrollo sea sostenible, sus beneficios deben recaer en las generaciones actuales y futuras. Las consideraciones de salud han de recibir la máxima prioridad en los planes de desarrollo sostenibles a fin de lograr que la salud ocupe un lugar central en el desarrollo humano. La adopción de convenciones y medidas que desalienten o impidan una grave degradación del medio ambiente favorecerá la salud de las generaciones futuras.

energía se utilice eficientemente. El efecto acumulativo de estas políticas puede ser considerable. Su promulgación puede lograr que la salud no se sacrifique en aras de ventajas económicas o sectoriales a corto plazo.

108. Las políticas relacionadas con el crecimiento demográfico, deberían integrar estrategias para mejorar la situación de la mujer, particularmente mediante el acceso a la educación y a los programas de atención primaria y de salud reproductiva, y a su participación en pie de igualdad en el proceso de adopción de decisiones.

La inclusión de la salud en la planificación del desarrollo sostenible

109. Para que el desarrollo sea sostenible, sus beneficios deben recaer en las generaciones actuales y futuras. Las consideraciones de salud han de recibir la máxima prioridad en los planes de desarrollo sostenibles a fin de lograr que la salud ocupe un lugar central en el desarrollo humano. La adopción de convenciones y medidas que desalienten o impidan una grave degradación del medio ambiente favorecerá la salud de las generaciones futuras.

110. la introducción de indicadores sanitarios en las evaluaciones del impacto ambiental mejorará la adopción de decisiones en los sectores de salud y medio ambiente. Las consecuencias que tienen para la salud los cambios ambientales deben cuantificarse y utilizarse para evaluar los progresos hacia el desarrollo sostenible. Esto creará incentivos tanto para el mejoramiento del medio ambiente como para la protección de la salud.

Las funciones esenciales⁹ y la sostenibilidad del sistema nacional de salud deben perfeccionarse

Acceso a una atención sanitaria de calidad a lo largo de la vida

111. En enfoque del ciclo vital aplicado a la salud reconoce los efectos complejos e interrelacionados de numerosos factores en la salud de los adultos y niños. Una atención sanitaria que cubre la totalidad del ciclo vital hace hincapié en intervenciones con un potencial de prevención que se puede extender desde el nacimiento hasta la muerte. Este enfoque que abarca toda la vida se basa en pruebas de los efectos intergeneracionales y en la vinculación de factores que operan desde una fase muy temprana de la vida – antes del nacimiento y durante la niñez- con la salud en la adolescencia e incluso posteriormente.

⁹ Las funciones de salud pública esenciales consisten en un determinado conjunto de actividades fundamentales e indispensables para proteger la salud de la población y tratar las enfermedades, cuyos objetivos son el medio ambiente y la comunidad. Se trata de actividades vitales para mantener y mejorar la salud. Estos servicios deberían ser prestados, por lo menos a niveles mínimos, y ser objeto de control por instancias gubernamentales

Prevención y control de enfermedades y protección de la salud

La prevención de las enfermedades en la población, durante la totalidad del ciclo vital de las personas, es decisiva para el desarrollo humano

112. La prevención de las enfermedades en la población, durante la totalidad del ciclo vital de las personas, es decisiva para el desarrollo humano. Debe darse prioridad a las infecciones endémicas y frecuentes, las enfermedades no transmisibles, los traumatismos y la violencia. Es necesario enfatizar el desarrollo de servicios ambientales básicos que velen por el acceso al agua potables y al saneamiento, por un aire limpio y por alimentos inocuos, y de la lucha contra los vectores de la enfermedad y contra la contaminación. Es necesario también la incorporación de las necesidades y preocupaciones sanitarias en la planificación urbana. Los servicios de prevención de enfermedades y protección de la salud en el medio laboral son componentes esenciales de un enfoque integrado del mejoramiento de la salud de los trabajadores.

Promoción de una legislación y una reglamentación en apoyo al sistema nacional de salud

113. La legislación debe sentar las bases para una acción colectiva en favor de la salud, proteger a los grupos vulnerables y desfavorecidos contra los efectos adversos de la economía y definir los límites y expectativas del gobierno respecto de sus asociados para el desarrollo de la salud.

114. Una legislación propicia para la salud regula ámbitos tales como los siguientes: normas ambientales, inocuidad de los alimentos, prohibición de la publicidad del tabaco y del patrocinio de eventos por empresas tabacaleras, restricciones a la promoción del alcohol, prohibición del acceso del público a determinadas armas, medidas de protección del consumidor de servicios de salud y derechos de la población a la asistencia sanitaria.

115. También la legislación debe proteger al público de la exposición a una amplia variedad de productos peligrosos; contribuir a controlar la violencia y los traumatismos, garantizar que la atención y la investigación se atengan a normas éticas, proporcione un marco normativo de la atención sanitaria privada y la acción intersectorial a favor de la salud, y garanticen la inocuidad sanitaria de los productos farmacéuticos y los alimentos. La reglamentación y la supervisión son vitales para conseguir un equilibrio apropiado entre los sectores públicos y privados.

Desarrollo de información sanitaria y vigilancia activa

116. La existencia de sistemas nacionales y locales de información sanitaria es un requisito previo para el desarrollo de sistemas de salud eficaces, eficientes, equitativos y de calidad. Los sistemas nacionales de información sanitaria deben ser capaces de proporcionar, analizar, evaluar, validar y distribuir la información necesaria para una vigilancia activa, la toma de decisiones, la

Un sistema integrado de vigilancia asignará especial importancia, como mínimo, a los siguientes aspectos: enfermedades infecciosas, situación sanitaria y sus tendencias, inclusive tasas de natalidad y de mortalidad. Aplicación de normas, pautas y reglamentaciones internacionales, progresos realizados para reducir las desigualdades en salud, desempeño de las funciones esenciales de salud pública, repercusiones de los diversos modos de vida en la salud, repercusiones sanitarias de las violaciones a los derechos humanos, problemas de salud transnacionales y repercusiones sectoriales sobre la salud

gestión sanitaria, la práctica clínica y la educación al público. Se necesita un sistema nacionales y locales de vigilancia, supervisión y evaluación que proporcionen a las instancias decisorias información oportuna que facilite la evaluación y la gestión de los sistemas de salud y un aprovechamiento óptimo de los recursos.

117. Estos sistemas también deben permitir que se identifiquen desigualdades de salud relacionadas con la clase social, el sexo, la raza, la ubicación o la edad. Un sistema integrado de vigilancia asignará especial importancia, como mínimo, a los siguientes aspectos: enfermedades infecciosas, situación sanitaria y sus tendencias, inclusive tasas de natalidad y de mortalidad. Aplicación de normas, pautas y reglamentaciones internacionales, progresos realizados para reducir las desigualdades en salud, desempeño de las funciones esenciales de salud pública, repercusiones de los diversos modos de vida en la salud, repercusiones sanitarias de las violaciones a los derechos humanos, problemas de salud transnacionales y repercusiones sectoriales sobre la salud.

Fomento de la utilización de la ciencia y la tecnología

118. Los adelantos científicos y tecnológicos han hecho contribuciones substanciales a la salud en el pasado. Probablemente aportarán beneficios aún mayores en el siglo XXI. La tecnología de interés para la salud va desde la que beneficia directamente la salud, como las modificaciones genéticas, las sustancias biológicas, las preparaciones farmacéuticas y los artefactos médicos, hasta las que actúan como soporte de determinadas funciones de los sistemas sanitarios, como las telecomunicaciones, la tecnología de la información, los medios de protección ambiental y la tecnología alimentaria.

119. En la evaluación y promoción de nuevas tecnologías para la salud es preciso tomar en consideración lo siguiente: la capacidad para contribuir a la calidad de la vida y la salud; el potencial para promover la equidad; el respeto de la intimidad y de la autonomía individual, y el grado de concentración en factores determinantes de la salud. Se debe hacer un esfuerzo por adoptar un marco cronológico prolongado y una perspectiva amplia con respecto a la transferencia de tecnología porque los beneficios de las aplicaciones de la tecnología no son siempre inmediatamente comprendidos, realizados o accesibles.

Establecimiento y mantenimiento de recursos humanos para la salud

120. El personal sanitario del siglo XXI debe ser capaz de prestar servicios de salud basados en los valores de salud para todos. Una cultura de la salud que respete y apoye el derecho a la salud, la equidad y la sensibilidad a las diferencias de trato por razón de sexo es fundamental. Las instituciones de formación de personal de salud deben revisar continuamente sus programas de estudio a la luz de los nuevos conocimientos, con miras a satisfacer las necesidades de la gente.

La planificación en materia de recursos humanos debe reconocer la necesidad de un equilibrio en la dotación, estructura y composición de la fuerza de trabajo en salud, y la necesidad de complementar el personal médico y de enfermería con personal capaz de trabajar de forma multidisciplinaria y colaborativa

121. Los dispensadores de asistencia sanitaria deben de manera explícita respetar los derechos individuales a la confidencialidad, la dignidad y el autorrespeto, el reconocimiento de los diferentes valores y necesidades espirituales y culturales de los individuos, y una comprensión de la necesidad de una asistencia sanitaria equitativa, asequible y sostenible. Los códigos de conducta profesionales debe ser coherentes con los valores de salud para todos.

122. La planificación en materia de recursos humanos debe reconocer la necesidad de un equilibrio en la dotación, estructura y composición de la fuerza de trabajo en salud, y la necesidad de complementar el personal médico y de enfermería con personal capaz de trabajar de forma multidisciplinaria y colaborativa. El sector sanitario debe elaborar políticas nacionales que contribuyan a la autosuficiencia en materia de desarrollo de los recursos humanos y de distribución de la fuerza de trabajo en salud.

Obtención de un financiamiento suficiente y sostenible

123. Se necesita una acción gubernamental y reglamentaciones encaminadas a garantizar un nivel adecuado de financiamiento (de fuentes públicas o privadas), promover la contención de costos y la disciplina fiscal, facilitar listas de medicamentos esenciales y tecnología y velar por que los recursos nacionales se utilicen de forma equitativa para responder a las necesidades de salud. Para alcanzar estos objetivos a de haber una estrecha colaboración entre los ministerios de salud, finanzas, planificación y otras instancias del gobierno.

124. El desplazamiento de los gastos de la asistencia sanitaria del sector público a los individuos y familias debe hacerse con precaución. Se pueden utilizar mecanismos de financiación y sistemas de seguro basados en la solidaridad a fin de avanzar hacia la equidad velando por que los enfermos y los pobres reciban el apoyo de los miembros sanos y empleados de la sociedad. Estos enfoques deben tener por objeto asegurar la inversión en servicios de salud y sociales para las generaciones futuras.

La aplicación eficaz de la estrategia de salud para todos en e siglo XXI debe responder a orientaciones de política claves

Fortalecimiento de la capacidad para la formulación de políticas

125. El paso de la política de salud para todos en el siglo XXI a la acción requiere un liderazgo dinámico, la participación y el apoyo del público, un propósito claro y recursos. Es necesario que el gobierno fortalezca su competencia en materia de planificación estratégica y establezca un marco normativo que constituya una base sólida para la reforma.

126. Sobre todo, deben desarrollar una cultura institucional de apoyo que aliene al personal sanitario a innovar y avanzar decididamente hacia metas y objetivos de política claramente definidos. Se debe prestar atención al análisis de política, en particular respecto de la acción intersectorial, para velar por que las políticas de los diferentes sectores estén en armonía en lo concerniente a salud. Es preciso evaluar las decisiones desde el punto de vista de sus repercusiones a corto, mediano y largo plazo, con el objetivo final de conseguir resultados sostenibles.

127. Para que las políticas se basen en datos científicos, es necesario que haya una sólida base de investigaciones sobre salud y epidemiología. Ello exige el fortalecimiento de la infraestructura científica y técnica sobre política y sistemas de salud e innovaciones metodológicas en las mediciones, las técnicas analíticas y los modelos de asignación de recursos.

Buena gestión pública

128. La salud para todos depende de la voluntad y de la acción que desplieguen los diversos sectores y asociados en todos los niveles. La gestión de los asuntos públicos es el sistema mediante el cual una sociedad organiza y administra las actividades de sus sectores y asociados a fin de alcanzar sus metas. La participación e la sociedad civil, en particular de las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos locales, aumenta las posibilidades de que todos los responsables de la salud asuman el compromiso y acepten rendir cuentas de sus actos.

129. Los rasgos distintivos de una buena de los asuntos sanitarios en todos los niveles son la transparencia, la responsabilización y los incentivos que promueven la participación. Los gobiernos nacionales tienen la obligación de velar por que la salud se tenga explícitamente en cuenta en el desarrollo de las políticas públicas. Una buena gestión local de los servicios de salud, apoyada por una acción nacional, promoverá modos de vida y condiciones laborables sanos, así como asistencia sanitaria durante toda la vida.

130. Se deben fortalecer alianzas regionales de carácter económico, político y de desarrollo y establecer nuevos órganos bilaterales y multilaterales con miras a crear nuevas posibilidades de gestión regional de la salud. Deben aprovecharse las oportunidades para el desarrollo de la salud en el país, que la Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES) ofrece en Centroamérica.

La participación e la sociedad civil, en particular de las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos locales, aumenta las posibilidades de que todos los responsables de la salud asuman el compromiso y acepten rendir cuentas de sus actos.

Fijación de prioridades para la acción

131. Existe una amplia variedad de estrategias para mejorar la salud, pero los recursos son limitados. A continuación se enumeran cinco niveles posibles de adopción de decisiones financieras:

Las prioridades deben fijarse utilizando un enfoque abierto y constructivo, con la participación del público y de asociados claves para la salud

- ✓ Financiación macroeconómica de los sistemas y servicios de salud
- ✓ Distribución del presupuesto entre diferentes zonas geográficas y servicios
- ✓ Asignación de recursos a normas de tratamiento particulares
- ✓ Opciones relacionadas con la cuestión de cuales son los pacientes que deberán recibir tratamiento
- ✓ Decisiones sobre la cantidad de fondos que habrán de gastarse en cada paciente

132. Las prioridades deben fijarse utilizando un enfoque abierto y constructivo, con la participación del público y de asociados claves para la salud. Los puntos de vista de los grupos marginados, los pacientes y los discapacitados son esenciales para elaborar políticas equitativas y sostenibles. Se necesita una política bien definida y una sólida capacidad analítica para asegurar que, a la hora de negociar con los donantes internacionales, se de precedencia a las prioridades nacionales.

Lazos de asociación en pro de la salud

Es evidente que la gestión del sector sanitario es cada vez mas pluralista. Es necesario que se establezcan lazos de asociación entre los múltiples niveles, sectores y actores relacionados con la salud, lazos que serán un componente primordial de la aplicación de la estrategia de salud para todos.

133. Es evidente que la gestión del sector sanitario es cada vez mas pluralista. Es necesario que se establezcan lazos de asociación entre los múltiples niveles, sectores y actores relacionados con la salud, lazos que serán un componente primordial de la aplicación de la estrategia de salud para todos. Trabajar en asociación supone la definición de funciones, la rendición de cuentas, la evaluación crítica de los efectos de las acciones conjuntas y, por encima de todo, el desarrollo de la confianza.

134. Los lazos de asociación comunitaria y el desarrollo de aptitudes con objeto de aumentar las opciones a disposición de los individuos y del país, así como el control que estos ejerzan sobre dichas opciones, constituyen la esencia de la salud para todos. El gobierno debería proponerse crear un entorno que estimule y facilite el establecimiento de lazos de asociación formales como redes comunitarias informales en diferentes niveles. Los lazos de asociación pueden aprovechar la energía y vitalidad de la sociedad civil, en particular de las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos locales, a fin de crear entornos propicios para la salud.

Las funciones que debe asumir el gobierno en la aplicación de la estrategia de Salud para Todos

Demostrar un compromiso con los valores fundamentales

Establecer políticas que respalden la estrategia de salud para todos
Abogar por la salud para todos
Aplicar convenios y resoluciones internacionales relacionadas con el derecho a la salud
Fortalecer la capacidad nacional para la aplicación de normas éticas en el sector salud y la asistencia sanitaria
Incorporar consideraciones relativas a la equidad y a la paridad entre los sexos en las políticas de salud y desarrollo
Promover una buena gestión en pro de la salud
Facilitar el establecimiento de lazos de asociación en pro de la salud

Colocar a la salud en el centro del desarrollo humano

Velar por que las políticas económicas promuevan la salud
Invertir en sistemas y servicios de salud y educación
Combatir la pobreza mediante programas multisectoriales y específicos
Armonizar las políticas gubernamentales en todos los sectores relacionados con la salud
Exigir evaluaciones de la repercusiones ambientales y sanitarias de los proyectos de desarrollo

Establecer sistemas de salud sostenibles

Aplicar un marco legislativo y normativo eficaz en favor de la salud para todos
Velar por un acceso equitativo a una asistencia esencial de calidad durante toda la vida
Aplicar sistemas nacionales y locales de vigilancia y seguimiento
Combatir las principales enfermedades endémicas
Desplegar esfuerzos para erradicar o eliminar enfermedades concretas
Invertir en la creación de capacidad en materia de ciencia y tecnología relacionadas con la salud
Velar por el desarrollo y mantenimiento de la capacidad institucional y humana para la asistencia sanitaria
Velar por un financiamiento suficiente y sostenible del sistema nacional de salud

El rol de la Representación de la Oficina Sanitaria Panamericana de cara al siglo XXI y las áreas de concentración del programa de cooperación en el cuadrinio 1988 - 2002

- ✓ Actuar como conciencia sanitaria nacional, desempeñando una función de liderazgo y propugnado por la Salud para Todos.
- ✓ Apoyar la puesta en práctica de los acuerdos tomados en diferentes conferencias internacionales que contribuyan de manera explícita el logro de la salud para Todos.
- ✓ Promover la incorporación en las políticas sanitarias de los siguientes valores claves. A saber, la salud como un derecho humano fundamental; la ética; el énfasis en la equidad y la solidaridad; y la sensibilidad a las diferencias por razón de sexo.
- ✓ Incentivar el abordaje de los determinantes de la salud como un elemento central del desarrollo humano enfatizando la lucha contra la pobreza, el fomento de la salud en todos los entornos, la armonización de las políticas sanitarias sectoriales y la introducción de consideraciones de salud en la planificación del desarrollo sostenible.
- ✓ Favorecer el desarrollo y fortalecimiento de sistemas de salud sostenibles y sus funciones esenciales.
- ✓ Colaborar en el establecimiento y evaluación de metas y objetivos del proceso nacional de desarrollo de la salud.
- ✓ Implementar en apoyo al proceso nacional de desarrollo de la salud acciones de movilización de recursos, capacitación, promoción de la investigación, diseminación de información científico técnica, asistencia técnica directa, cooperación técnica entre países.

Metas para el gobierno, la comunidad donante internacional y la sociedad civil para los primeros 25 años del siglo XXI

Metas escogidas relacionadas con el desarrollo y la pobreza, aprobadas en conferencias mundiales en el decenio de 1990

Bienestar económico	Desarrollo social	Sostenibilidad y regeneración ambientales
<p>La proporción de personas que viven en estado de pobreza absoluta deberá reducirse a la mitad para el 2015</p>	<p>Se deberán hacer progresos substanciales en la enseñanza primaria, la paridad entre los sexos, la atención sanitaria básica y la planificación de la familia. A saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Para el 2015 deberá haber enseñanza primaria universal b) Para el 2005, los progresos hacia la paridad entre los sexos y la adquisición de poder efectivo por las mujeres deberían estar demostrados por la eliminación de la disparidad entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria c) Para el 2015, la tasa de mortalidad de lactantes y menores de cinco años se debería reducir en las dos terceras partes del nivel de 1990. En ese mismo período la tasa de mortalidad materna se debería de reducir en las tres cuartas partes d) Lo antes posible y a mas tardar para el año 2015, todos los ciudadanos de las edades apropiadas deberán tener acceso a servicios de salud reproductiva (inclusive métodos seguros y fiables de planificación de la familia) a través del sistema de atención primaria 	<p>Para el 2005, deberá estarse aplicando una estrategia de desarrollo sostenible, preferiblemente en el marco de la Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES) . Ello es necesario para que en el año 2005 se inviertan las tendencias actuales a la degradación del medio ambiente y la pérdida de recursos naturales (bosques, recursos pesqueros, agua dulce, condiciones climáticas, suelos, biodiversidad, ozono estratosférico, acumulación de sustancias peligrosas y otros indicadores importantes)</p>

Fuente: elaboración propia a partir de OMS. PROYECTO Salud para todos en el siglo XXI. ("EB101/8"). mimeo, s.d., pp: 53

Metas escogidas relacionadas con el desarrollo de la salud¹⁰

Resultados en salud	Acciones intersectoriales dirigidos a los determinantes de la salud	Políticas y sistemas de salud
<p>a) Para el 2005, se utilizarán índices de equidad sanitaria dentro del país como base para promover y vigilar la equidad en materia de salud. Inicialmente, la equidad se fijará en función de la medida del crecimiento infantil: el porcentaje de niños de menos de cinco años de edad con retraso del crecimiento deberá ser para el año 2020 inferior al 20 % en todo el país y en todos los subgrupos sociales</p> <p>b) Para el 2002, la esperanza de vida al nacer aumentará al menos dos años; la tasa de mortalidad infantil disminuirá 10 %; la mortalidad prenatal disminuirá 20 %; la mortalidad neonatal tardía disminuirá 30 %; la mortalidad en la niñez disminuirá 40 % y será menor de 50 x 1000 NV; la mortalidad materna disminuirá 25 %, y al menos 60 % de las mujeres de 15 – 44 años de edad tendrán acceso a los anticonceptivos</p> <p>c) Menos del 20 % de los niños menores de 5 años padecerán retraso del crecimiento; menos del 10 % de los recién nacidos pesarán menos de 2500 gr. al nacer; se habrán eliminado las enfermedades por carencia de yodo; la prevalencia de hipovitaminosis A subclínica en los niños menores de 5 años estará por debajo de 10 %; la prevalencia de carencia de hierro entre las mujeres de 15 a 44 años de edad y las embarazadas habrá disminuido 30 %</p> <p>d) Se mantendrá la eliminación de la transmisión del poliovirus salvaje; se habrá eliminado la transmisión del sarampión; la incidencia de tétanos neonatal estará por debajo de 1 x 10000 hab; se habrá eliminado la transmisión de la rabia humana por los perros; y la transmisión de la enfermedad de chagas se habrá eliminado</p>	<p>Para el año 2020,</p> <p>a) el país habrá realizado importantes progresos en cuanto al acceso al abastecimiento de agua potable, saneamiento adecuado, y alimentos y cobijo en cantidad y calidad suficiente</p> <p>b) el país estará aplicando y vigilando activamente estrategias que fortalezcan los modos de vida sanos y debiliten los que dañan la salud mediante una combinación de programas normativos, económicos, educativos, institucionales y de base comunitaria</p> <p>Para el 2002,</p> <p>a) Al menos el 80 % de la población total tendrá servicios adecuados de disposición de aguas residuales y eliminación de excretas; al menos 75 % de la población total tendrá acceso al agua potable.</p> <p>b) El 75 % de los municipios del país estarán utilizando el enfoque de municipios saludables</p> <p>c) El 75 % de las escuelas primarias y secundarias del país estarán utilizando el enfoque de escuelas promotoras de la salud</p>	<p>Para el año 2010,</p> <p>a) todos los ciudadanos tendrán acceso durante toda su vida a una asistencia sanitaria esencial e integral de alta calidad</p> <p>b) Se habrá establecido un sistema de información sanitaria que les permitirá vigilar y evaluar su situación sanitaria, el desempeño de los servicios de salud y el impacto de sus políticas</p> <p>c) Se habrán implantado políticas de investigación y mecanismos institucionales (incluidos los procesos de examen ético) que apoyen el fortalecimiento de la capacidad, las innovaciones en el campo de las investigaciones, los vínculos de asociación entre las partes interesadas y la adopción de decisiones en base a la disponibilidad de datos científicos</p> <p>Para el 2005;</p> <p>a) El país habrá formulado y estará aplicando y vigilando políticas congruentes con la SPT</p> <p>b) Los sistemas de vigilancia nacionales y locales, apoyados por la tecnología de las telecomunicaciones, permitirán la amplia y rápida difusión de información acerca de amenazas presentes e inminentes que se ciernen sobre la salud</p> <p>Para el año 2002,</p> <p>A) a) toda la sangre para transfusión se examinará para detectar la infección por el virus de la hepatitis B y C, la sífilis, Trypanosoma cruzi y el VIH, y todos los bancos de sangre estarán participando en programas de control de calidad</p> <p>B) Se habrán adoptado políticas para prevenir el consumo de tabaco por niños y adolescentes Las defunciones sin registrar estarán por debajo de 20 % y menos de 10 % de las defunciones estarán asignadas a causas mal definidas</p>

¹⁰ Fuente: elaboración propia a partir de OPS/OMS. Orientaciones estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999 – 2002/ SPP30/3 (Esp). S.l., 1998, pp: 53 / OMS. PROYECTO Salud para todos en el siglo XXI. ("EB101/8"). mimeo, s.d., pp: 53

Áreas de concentración del programa de cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana en el cuatrienio 1988 – 2002

Líneas de acción líderes por su sensibilidad

- ✓ Desarrollar la capacidad para el análisis, la planificación y la formulación de políticas y para la elaboración y gestión de proyectos en el sector salud.
- ✓ Fomentar el desarrollo de la capacidad de liderazgo y de gestión en los ministerios de salud y otras instituciones del sector, y promover el análisis sectorial a nivel de país y de municipio en el marco de la descentralización, la participación social y la coordinación intersectorial para el desarrollo de sistemas locales de salud.
- ✓ Apoyar el fortalecimiento de la capacidad del sector salud para identificar y dirigir procesos intersectoriales que promuevan y protejan la salud, tanto física como mental, reconociendo que es en el nivel local donde deben ponerse en práctica las actividades de promoción y protección de la salud y respaldando los esfuerzos locales para movilizar los recursos y mejorar la salud y el bienestar.
- ✓ Promover la elaboración de políticas y programas relacionados con los aspectos de población, salud reproductiva, regulación de la fecundidad y problemas de salud de adolescentes y niños; asimismo, mejorar la coordinación de las actividades de promoción de la salud y los servicios de salud reproductiva.
- ✓ Procurar el mejoramiento continuo del estado de nutrición de todos los grupos de población y promover la lactancia materna como una estrategia importante para lograr que los niños estén bien nutridos.
- ✓ Establecer y mantener programas de vacunación eficaces contra las enfermedades de importancia para la salud pública.
- ✓ Promover la integración de los programas de control de enfermedades en los servicios de salud, particularmente en los niveles distritales y municipales, con la descentralización apropiada de la autoridad y los recursos.
- ✓ Apoyar el desarrollo institucional y organizacional de las diversas entidades y organismos encargados de administrar los recursos ambientales y naturales, incluidos los gobiernos municipales, las comunidades y otros tipos de organizaciones

Líneas de acción líderes por su especificidad

- ✓ Fortalecer las capacidad de las instituciones legislativas para ocuparse de los temas de salud y promover la promulgación de leyes nacionales que permitan el ejercicio efectivo de los derechos y las responsabilidades de los ciudadanos, el Estado y las instituciones privadas con respecto a la salud.
- ✓ Asignar particular importancia a la salud de la mujer, a la interacción entre la mujer, la salud y el desarrollo, y promover la toma de conciencia con respecto a temas de género en todos los niveles.
- ✓ Fortalecer la capacidad del sector salud y de otros sectores pertinentes en relación a los preparativos para casos de desastre y a la prevención y mitigación de desastres.
- ✓ Apoyar la formulación de políticas sobre medicamentos esenciales que aborden la legislación, la reglamentación, la producción, la comercialización, el uso y el financiamiento de los mismos, y promover el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos, el conocimiento de los medicamentos entre el personal de salud y la educación en salud al público para fomentar el uso racional de medicamentos.
- ✓ Desarrollar la capacidad nacional para organizar y operar los sistemas nacionales de información sanitaria, como parte integrante de un sistema de información en ciencias de la salud para América latina y el Caribe.
- ✓ Promover el desarrollo de recursos humanos en todos los campos de importancia decisiva para el funcionamiento eficiente de los servicios de salud.

Anexo 01: síntesis ejecutiva de los principales problemas de salud y de otra índole atinentes al estado de salud de la población y al desarrollo del sistema nacional de salud, reflejados en las políticas de salud en el período 1988 – 2002

Plan de Salud 1988 - 1990 / Ministerio de Salud (1)

Principales problemas	Descriptores	Principales problemas	Descriptores
Principales problemas de salud	<p>Persistencia de altas tasas de morbimortalidad infantil¹¹</p> <p>Las lesiones por arma de fuego, otras muertes violentas y accidentes</p> <p>La morbilidad que afecta a los combatientes y la asociada a la actividad laboral</p> <p>La morbilidad de enfermedades transmisibles que afectan a toda la población y que general gran demanda de servicios de salud</p> <p>La morbimortalidad de enfermedades no transmisibles que afectan a la población y que general gran demanda en los servicios de salud</p> <p>Las enfermedades potencialmente epidémicas</p> <p>La morbimortalidad de enfermedades no transmisibles que afectan a la población y que general gran demanda en los servicios de salud</p>	Principales problemas relacionadas con la capacidad física instalada	<p>Insuficiente e inadecuada infraestructura para satisfacer la demanda de los servicios de salud y las acciones de apoyo a las mismas</p> <p>Insuficiente equipamiento y limitada capacidad de mantenimiento preventivo y correctivo para el buen funcionamiento y conservación de los equipos en las unidades de salud</p> <p>Insuficiente capacidad instalada de la red de frío para la conservación y distribución adecuada de biológicos</p> <p>La capacidad de transporte es insuficiente para cubrir la demanda de traslado de pacientes, personal e insumos médicos y no médicos</p> <p>Existe un marcado deterioro de los sistemas eléctricos, de agua potable y comunicaciones</p>

En todas las columnas continúa en la siguiente tabla.

Fuente: MINSA. *Plan de salud 1988 - 1990*. s.l., s.d., pp: 199

¹¹ Cada uno de estos descriptores tiene un grupo de políticas de salud que orientan su abordaje

Plan de Salud 1988 - 1990 / Ministerio de Salud (2)

Principales problemas	Descriptores	Principales problemas	Descriptores
Principales problemas en la organización y producción de los servicios	<p>Falta de correspondencia entre las políticas y prioridades de salud y la disposición actual del sistema</p> <p>La oferta de servicios es insuficiente con relación a la demanda y las necesidades</p> <p>La calidad de la atención es deficiente</p>	Principales problemas relativos al financiamiento	<p>Insuficiente financiamiento enfrentar las necesidades crecientes de la demanda asistencial</p> <p>Centralización a diversos niveles del Estado y del propio MINSA en el manejo administrativo del financiamiento</p> <p>Deficiente desarrollo institucional en la administración de los recursos financieros</p> <p>Limitada capacidad de ejecución financiera para los programas de inversión y mantenimiento básico</p> <p>Limitada capacidad de captación, asignación, ejecución y control de los fondos provenientes de cooperación externa</p>
Principales problemas relativos a la ciencia y tecnología en salud	<p>Falta de investigaciones dirigidas y aplicadas a los problemas de salud</p> <p>Insuficiente difusión y divulgación de información documental científico técnica, tanto nacional como internacional</p> <p>Débil organización y sistematización de las actividades relacionadas con la utilización y desarrollo de tecnologías específicas del sector salud</p>	Principales problemas relativos al desarrollo institucional	<p>El insuficiente grado de articulación e incidencia institucional en los diferentes procesos sociales, económicos y políticos que inciden en la salud de la población</p> <p>Insuficiente desarrollo de los órganos y métodos de dirección institucional</p>
Principales problemas relativos a la fuerza de trabajo	<p>Insuficiente cantidad de la fuerza de trabajo necesaria para la producción de servicios</p> <p>Baja calificación técnica de la fuerza de trabajo para la prestación de servicios</p> <p>Insuficiente e inadecuado desarrollo del sistema de administración de personal</p>	Principales problemas relativos al abastecimiento técnico material	<p>Falta concluir el proceso de selección de productos básicos</p> <p>Deficiente programación y ejecución de las adquisiciones</p> <p>Debilidades en el sistema de distribución</p> <p>Escaso desarrollo del sistema de control de calidad</p>

Plan maestro de salud - 1991 - 1996 / Ministerio de Salud (1)

Problemas prioritarios de salud	Problemas relacionados con la situación de los servicios	Otros problemas principales	Otros problemas principales
<p>Altas de morbilidad y mortalidad en la niñez, afectando fundamentalmente al grupo menor de una año, y producidas principalmente por:</p> <p>Enfermedad diarreica aguda Patologías del periodo perinatal, principalmente bajo peso al nacer, prematuridad, hipoxia y asfixia del recién nacido Enfermedad respiratoria aguda, principalmente neumonía Desnutrición proteico calórica Enfermedades inmuno prevenibles, principalmente sarampión, tétano neonatal y tos ferina Problemas de salud oral</p> <p>Altas tasas de morbilidad y mortalidad materna. Asociadas a un alto riesgo reproductivo, y debidas principalmente a:</p> <p>Aborto Hemorragia del embarazo Infección del embarazo y puerperio Enfermedad hipertensiva del embarazo y del puerperio Problemas de salud oral</p> <p>Altas tasas de morbilidad y mortalidad por accidentes y causas violentas, fundamentalmente en el grupo mayor de 15 años, asociada a una alta prevalencia de alcoholismo y producidas principalmente por:</p> <p>Accidentes de tráfico de vehículos de motor Ahogamiento y sumersión Homicidio y suicidio Lesiones resultantes de operaciones de guerra Accidentes laborales, especialmente intoxicación por plaguicidas</p>	<p><u>En el ámbito del sector salud:</u></p> <p>No se ha logrado constituir y consolidar una verdadera conciencia sanitaria en la población, que le permita potenciar la capacidad de identificación y resolución de sus problemas de salud</p> <p>Institucionalmente, no hay suficiente flexibilidad en la implementación de nuevas formas organizativas que permitan la integración activa de la población en la ejecución de los programas y acciones de salud</p> <p>La metodología y organización del proceso de planificación no ha incorporado las formas directas y representativas de la comunidad en los diferentes niveles del sistema</p> <p>No se han desarrollado mecanismos claros de interacción y participación constante de los diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales en la toma de decisiones del MINSA</p> <p><u>En la red de servicios del MINSA</u></p> <p>Falta de información confiable. En general, existe desconocimiento sobre la disponibilidad de infraestructura física y, muy especialmente, equipamiento existente</p> <p>Falta de un sistema de información oportuna que permita planificar y/o programar acciones de apoyo al fortalecimiento de la infraestructura. Esto resulta en improvisación en la identificación de necesidades y por ende en la determinación de los requerimientos</p>	<p><u>Relacionados con la fuerza de trabajo:</u></p> <p>Insuficiente desarrollo del proceso de calificación de la fuerza de trabajo en salud para la implementación de los sistemas locales de salud</p> <p>Escaso desarrollo del proceso de articulación entre las diferentes instituciones responsables de la formación y capacitación de la fuerza de trabajo en salud</p> <p>Inadecuada organización institucional para la planificación y gobierno de la fuerza de trabajo en salud del Ministerio de Salud</p> <p><u>Relacionados con el desarrollo científico técnico:</u></p> <p>Deficiente desarrollo de la estructura orgánica de la Investigación y desarrollo Científico Técnico</p> <p>Ausencia de políticas institucionales para el desarrollo científico técnico del sector</p> <p>Pobre conocimiento de la metodología de investigación</p> <p>Deficiente utilización de los resultados de las investigaciones</p> <p>Ausencia de investigaciones orientadas a la búsqueda de tecnologías apropiadas para impactar en los principales problemas de salud</p> <p>Escasa difusión del material documental, bibliográfico y científico, producido en el sector</p> <p>Insuficiente demanda de la información científico técnica</p>	<p>Problemas de mejoramiento de la infraestructura de los almacenes y farmacias</p> <p>Problemas gerenciales en el área de almacenamiento, control de inventarios, dispensación, farmacia hospitalaria, etc</p> <p>Insuficiente disponibilidad de recursos humanos capacitados en el área de abastecimiento técnico material tanto en lo respecta al manejo de medicamentos, las propiedades farmacológicas de los principios activos y la gerencia de los servicios farmacéuticos</p> <p>Escaso desarrollo de sistemas de información tanto para el manejo de inventarios, la determinación del consumo, información científica, como en el componente gerencial de los servicios farmacéuticos</p> <p><u>Relacionados con organización y gerencia</u></p> <p>Limitada capacidad gerencial de los diferentes niveles de dirección, frente a las exigencias que plantea el Sistema Nacional de Salud</p> <p>Falta de definición de los ámbitos de autoridad y competencia de las diferentes estructuras y niveles de dirección del sistema</p> <p>Desarrollo insuficiente del proceso de regionalización</p> <p>Los procesos actuales de planificación, programación presupuesto y control, carecen de elementos adecuados para la asignación y utilización eficiente de los recursos humanos, financieros y materiales en los diferentes niveles de la red</p>

En todos las columnas continúa en la siguiente tabla.

Fuente: MINSA. *Plan Maestro de salud 1988 - 1990*. Impresiones EINM, Managua, Nicaragua, 1991, pp: 243

Plan maestro de salud - 1991 - 1996 / Ministerio de Salud (2)

Problemas prioritarios de salud	Problemas relacionados con la situación de los servicios	Otros problemas principales	Otros problemas principales
<p>Alta prevalencia de incapacidad y discapacidad</p> <p>Altas tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles, principalmente debidas a :</p> <p>Tuberculosis Malaria, dengue y leishmaniasis Enfermedades de transmisión sexual Enfermedades digestivas, incluyendo hepatitis, fiebre tifoidea, amibiasis y otros tipos de disentería e intoxicaciones alimentarias</p> <p>Altas tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónico degenerativas y tumores malignos, que afectan principalmente a la población adulta, e incluyen:</p> <p>Diabetes; enfermedad hipertensiva; nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico; cirrosis Leucemia en el menor de 15 años Cáncer de cuello uterino</p>	<p>Falta de organización en la conducción de los recursos físicos en salud. No existe una "instancia" responsable directa de la conducción de estos recursos que contenga un equipo técnico mínimo, adecuado y capacitado para estas actividades</p> <p>Marcada ausencia de normas para el desarrollo de los recursos físicos. Esto crea situaciones complejas en la definición de programas y proyectos de inversión y una desarticulación del proceso de gestión, coordinación y control de los establecimientos de salud de todo el sector</p> <p>Los escasos procedimientos normativos para el primer nivel de atención, no han sido desarrollados plenamente</p> <p>Existe una tendencia descendente en los programas y proyectos de inversión, lo cual derivó en una utilización de otros tipos de infraestructura, inadecuados para las acciones de salud.</p> <p>En el análisis del desarrollo de la infraestructura y del equipamiento se puede observar que no existe una relación entre las políticas y planes del Ministerio.</p>	<p>Deficiente capacidad de reproducción y adquisición de información científico técnica</p> <p>Ausencia de una política tecnológica del sector</p> <p>Escasa utilización de la asistencia técnica</p> <p>Inadecuada asignación y utilización de las becas, tanto internas como externas</p> <p><u>Relacionadas al abastecimiento médico:</u></p> <p>La necesidad de ajustar o redefinir una política farmacéutica nacional completa y coherente que asegure la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales a toda la población y que tenga injerencia en todas las áreas relacionadas con el sector farmacéutico</p> <p>Un bajo nivel de abastecimiento de estos insumos en el sector público</p> <p>Una falta de financiamiento para pagar la deuda a los proveedores y comprar los insumos requeridos</p>	

Plan maestro de salud - 1991 - 1996 / Ministerio de Salud (3)

Políticas nacionales de salud	Lineamientos estratégicos de salud para el quinquenio 91 - 96	Apertura programática	Proyectos
Se implanta la estrategia de atención primaria en salud como base de la organización del sector enfatizando la prevención y promoción de la salud así como la atención a la enfermedad	Descentralización	Programa integral de atención a la madre y el niño	Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud
Los servicios estarán organizados a nivel local en los SILOS de acuerdo con los lineamientos y principios regionales adecuados a la realidad nacional y regional	Estrategia para la atención primaria y sistemas locales de salud	Programa de prevención y atención de la morbilidad y mortalidad por accidentes y causas violentas	Educación permanente para la cualificación de personal de salud en gerencia
Como parte del desarrollo de los SILOS se refuerza y profundiza el proceso de descentralización de la presupuestación, administración, planificación, ejecución y evaluación de los servicios, programas y proyectos a nivel municipal y regional	Atención a los problemas prioritarios (madre y el niño, víctimas de accidentes y violencia, discapacitados, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas)	Programa de atención al discapacitado	Desarrollo del sistema de información para la toma de decisiones del Ministerio de Salud de Nicaragua
En este contexto se da especial énfasis a la atención de los problemas prioritarios de salud, a las poblaciones de mayor riesgo y a las regiones y municipios de mayor vulnerabilidad	Nutrición	Programa de prevención y atención a las enfermedades transmisibles	Desarrollo de los servicios de cuidados críticos hospitalarios en la Región III, Managua
Se establece el programa intra e interinstitucional de prevención de la desnutrición dándole especial énfasis a la promoción de la lactancia materna, la alimentación infantil y la atención a los niños desnutridos	Financiamiento del sector	Programa de prevención y atención a las enfermedades crónico degenerativas	Abastecimiento de medicamentos y desarrollo de servicios farmacéuticos
Se diseñarán e implementarán alternativas de financiamiento de los servicios a nivel local para disminuir su actual déficit y desfinanciamiento	Infraestructura y equipamiento	Programa de saneamiento ambiental	Fortalecimiento del sistema nacional de información científico técnica
La evaluación del estado de la infraestructura y equipamiento, su reparación, remodelación, mantenimiento y sustitución se llevarán a cabo utilizando recursos propios y cooperación externa	Fuerza de trabajo	Programa de alimentación nutrición	Desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el nivel local
	Abastecimiento médico	Programa de desarrollo de los servicios de salud	Consolidación de las acciones de control del dengue en las regiones de salud III y IV 1991 - 93
	Participación social		Fortalecimiento y desarrollo de los servicios de atención primaria materno infantiles en Nicaragua
	Desarrollo institucional		Desarrollo de los servicios de rehabilitación en las regiones II, III, IV, RAAN, RAAS Y ZE III
	Saneamiento ambiental		Fortalecimiento de los servicios de salud de las área de reasentamiento poblacional

La columna de políticas continúa en la siguiente tabla

Plan maestro de salud - 1991 - 1996 / Ministerio de Salud (4)

Políticas nacionales de salud (Continuación)	
Se implementará un proceso de desarrollo de la calificación de la fuerza de trabajo en salud para la implementación de los SILOS	
Se desarrollará e implantará un sistema de investigación en salud que apoye el desarrollo de la ciencia y la tecnología en las diferentes disciplinas de las ciencias básicas, clínicas, epidemiológicas, de servicios de salud y de salud pública y que promuevan su difusión	
Se promoverá el mejoramiento de la organización institucional para la planificación, desarrollo y administración de la fuerza de trabajo a la vez que se articulará a las diferentes instituciones responsables de su formación y capacitación	
Se establece una política de abastecimiento médico (medicamentos, material de reposición periódica y de laboratorio clínico, patología y equipo médico) que asegure la disponibilidad y accesibilidad de productos eficaces, seguros e ino cuos incluidos en los listados básicos, a toda la población y que redunde en le mejoramiento del funcionamiento adecuado de los servicios	
Se promoverá el desarrollo de la industria farmacéutica nacional dentro del marco nacional del desarrollo industrial	
Se desarrollarán mecanismos que aseguren la participación social en la planificación, ejecución y evaluación de los programas y servicios. Esta participación será tanto inter e intrasectorial, como de cooperación externa y de la población	
Se establece un programa de desarrollo institucional para el MINS A con el objetivo de aumentar la capacidad gerencial a nivel local, regional y central, que redunde en el aumento de la eficacia, eficiencia y equidad de los servicios	
Se enfatizará el trabajo interswectorial en el área de saneamiento ambiental con el objeto de aumentar la cobertura de agua potable, alcantarillado y letrinas en las zonas urbanas y rurales; realizar control sanitario del manejo de alimentos y del medio ambiente	

Política nacional de salud 1994 / Ministerio de Salud 12 (1)

Problemas prioritarios de salud	Áreas críticas	Principios rectores de la política de salud
Presencia y aparición de enfermedades y brotes epidémicos, como la diarrea, el cólera, las infecciones respiratoria agudas y el incremento de las enfermedades de transmisión vectorial malaria dengue, además de la importante persistencia de contaminación ambiental y en la cadena alimentaria por metales pesados y agroquímicos	La misión del MINSA y del sector salud enfrentan los siguientes problemas: Asignación inadecuada de recursos Ineficiencia en el uso Iniquidad en el gasto Explosión de costos	La salud es un derecho básico de toda la población La equidad dentro del sector salud La solidaridad en salud La persona es la principal responsable de su salud
Mortalidad infantil a expensas de EDA, ERA y las afecciones del período neonatal	La propuesta de transformación del MINSA y del sector, toma como ejes de análisis los siguientes elementos: Desarrollo institucional del MINSA en las áreas de recursos humanos y fuerza de trabajo, abastecimiento de insumos para la salud, financiamiento y presupuesto Producción de servicios Infraestructura y equipamiento Cooperación externa	
Elevada tasa de mortalidad materna a expensas de hemorragia, toxemia, sepsis y aborto		
Prevalencia de retardo de crecimiento en niños de 6 - 9 años de edad		
Aunque los principales problemas del país son las enfermedades infecciosas agudas, existe una tendencia al aumento de las enfermedades crónico degenerativas, especialmente las cardiovasculares y neoplásicas		
SIDA, perspectivas de incremento en los próximos años		

Fuente: MINSA. *Política nacional de Salud*. Ediciones Internacionales, Managua, Nicaragua, 1994, pp: 61

¹² Elaboración propia a partir del documento original

Política nacional de salud 1994 / Ministerio de Salud 13 (2)

Lineamientos generales para la política de salud

Los aspectos mas relevantes del Sistema Nacional de Salud a los cuales dirigirá el MINSA sus esfuerzos:

Contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población, ampliando la cobertura Y elevando la calidad de los servicios de atención a la salud, en base a la identificación de los principales problemas y sus factores causales objeto de intervención

Creando estructuras ágiles, flexibles y dinámicas en el nivel central del MINSA y en los SILAIS que permitan desarrollar el sector, fortaleciendo la atención primaria en salud, con una amplia coordinación intra e intersectorial y con participación democrática de los actores de la sociedad

Consolidando y profundizando el proceso de integración, descentralización y desconcentración de programas y recursos institucionales, de otras fuentes de financiamiento así como de los provenientes de la cooperación externa

Desarrollando diferentes modalidades de gestión para la atención de salud, concertando nuevas formas de relación a lo interno del MINSA, con otras instituciones y organismos pertenecientes al sector

Desarrollando un proceso de capacitación en gerencia, con énfasis en el nivel local, que permita conducir los procesos gerenciales y administrativos para las trasformaciones institucionales, de la situación sanitaria-epidemiológica y de los servicios

Políticas de salud

Fortalecimiento de la calidad de la atención
Fortalecimiento del proceso de descentralización
Desarrollo de la atención primaria
Fortalecimiento de la atención hospitalaria
Fortalecimiento institucional del MINSA
Desarrollo del marco jurídico
Desarrollo de nuevas modalidades de gestión
Financiamiento
Desarrollo de la participación social

Expresa el futuro deseado relacionado con la opinión acerca de los servicios por parte del público, la misión social y el carácter rector del MINSA, la consolidación de los SILAIS como expresión de la descentralización, el desarrollo de la calidad de la atención, coordinación de acciones con otros sectores e instituciones, revertir el deterioro de la red de servicios institucionales, renovación del equipo médico, disminución de la tasa de crecimiento poblacional, aumento de la esperanza de vida, coberturas del PAI, disminución de la EDA y ERA, reducción de la mortalidad infantil, equidad en la distribución de los recursos, fortalecimiento del proceso de planificación y programación local

Situación deseada

Expresa el futuro deseado relacionado con la opinión acerca de los servicios por parte del público, la misión social y el carácter rector del MINSA, la consolidación de los SILAIS como expresión de la descentralización, el desarrollo de la calidad de la atención, coordinación de acciones con otros sectores e instituciones, revertir el deterioro de la red de servicios institucionales, renovación del equipo médico, disminución de la tasa de crecimiento poblacional, aumento de la esperanza de vida, coberturas del PAI, disminución de la EDA y ERA, reducción de la mortalidad infantil, equidad en la distribución de los recursos, fortalecimiento del proceso de planificación y programación local

¹³ Elaboración propia a partir del documento original

Política nacional de Salud 1997 - 2002 / Ministerio de Salud¹⁴ (1)

Situación del sector salud	Principales problemas del sector salud	Principales prioridades del sector salud	Política sectorial de salud
<p>Incluye los siguientes ítems: una visión global, indicadores de salud, capacidades, coberturas y utilización de los servicios de salud, opinión del usuario, desempeño general de los servicios, equidad, eficacia, recursos humanos, suministro de medicamentos, marco jurídico, cuentas nacionales</p>	<p>Falta definir, a cada uno de los actores, las funciones relacionadas a la regulación, financiamiento y prestación de servicios</p> <p>Desabastecimiento de insumos</p> <p>Infraestructura deficiente y falta de equipo</p> <p>Falta de mantenimiento para la infraestructura y el equipo existente</p> <p>Crecimiento inorgánico de unidades</p> <p>Falta de normativas técnico administrativas</p> <p>Demanda insatisfecha de algunos servicios</p> <p>Saturación de la capacidad de atención en los hospitales</p> <p>Baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos</p>	<p>Reforma del sector salud: definición de funciones y roles</p> <p>Alternativas de financiamiento</p> <p>Mejorar la organización y la gestión</p> <p>Modernizar los hospitales</p> <p>Definir y brindar un paquete básico de servicios esenciales</p> <p>Fortalecimiento del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social</p>	<p>Modernización del sector salud (Misión-visión, funciones y roles, marco legal y regulatorio)</p> <p>Fortalecimiento del Ministerio de Salud (El nuevo rol de la institución, descentralización y autonomía, financiamiento, recursos humanos, medicamentos, investigación en salud, sistemas de información, planificación e inversión en salud, control de gestión, participación social, calidad de la atención)</p> <p>Fortalecimiento de la atención hospitalaria (promoción de la autonomía hospitalaria, régimen ambulatorio, mejoramiento de la infraestructura y el equipo, interacción de los dos niveles, incorporación de los profesionales a la gestión hospitalaria, información a la población, organización de la oferta para la satisfacción del usuario, sistema de atención médica de urgencias hospitalarias)</p> <p>Nuevas estrategias en salud pública (Redefinición del modelo de atención: de lo curativo a lo integral; fortalecimiento de la capacidad de resolución del primer nivel; entrega de un paquete básico de servicios a la población, incluye educación comunitaria para la salud y promoción de estilos de vida saludables, servicios clínicos preventivos en el 1er. Nivel de atención y kucha antiepidémica)</p> <p>Reforma de la seguridad social (Salud previsual, riesgos profesionales, pensiones)</p>

Fuente: MINSA. *Política nacional de Salud. 1997 b- 2002*. IMPRIMATUR Artes Gráficas, Managua, Nicaragua, 1997, pp: 79

¹⁴ Elaboración propia a partir del documento original

Anexo 02: Principales necesidades para el desarrollo del proceso nacional de producción social de la salud

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación Técnica, 11 y 12 de Agosto, 1997. </p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>	<p>Necesidades principales para el desarrollo nacional de la salud identificadas</p> <p>Organización Panamericana de la Salud</p> <p>Organización Mundial de la Salud</p>	<p>Durante los días 11 y 12 de Agosto de 1997, se realizó en la Ciudad de Managua, Nicaragua, la Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación Técnica brindada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) al proceso nacional de desarrollo de la salud, durante los bienios 1994 – 95 y 1996 – 97. La reunión fue organizada de común acuerdo entre la Representación en el país de OPS/OMS y Autoridades Nacionales.</p> <p>Contó con la participación de 197 representantes de entes y organismos gubernamentales y no gubernamentales, representantes de organizaciones de la sociedad civil, universidades, funcionarios de OPS e invitados especiales, quienes estudiaron y analizaron una descripción de la situación nacional de salud, un análisis de la cooperación técnica en el período evaluado. Discutieron también acerca de las líneas de trabajo a implementar en los próximos años y propusieron un grupo de recomendaciones en este sentido.</p> <p>Los participantes analizaron el desarrollo actual de las capacidades nacionales existentes de rectoría, organización de los sistemas y servicios de salud y financiamiento, dirigidas a la transformación, modernización y perfeccionamiento del sistema nacional de producción social de la salud, bajo criterios de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.</p> <p>A partir del análisis realizado, los participantes identificaron las siguientes necesidades de desarrollo para ser consideradas en el programa de cooperación técnica de OPS/OMS en el próximo bienio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ordenar la participación de la diversidad de actores y agentes, públicos, privados y de la comunidad, que actúan en el sistema nacional de salud y establecer y mantener una red idónea de relaciones según la naturaleza y niveles de actuación de cada uno de ellos. ✓ Desarrollar sistemas nacionales de información sanitaria para la vigilancia del estado de salud de la población – prestando especial atención a las inequidades al respecto – y la dirección y gestión de los servicios de salud. ✓ Analizar y formular políticas de financiamiento específicas para el sector salud en el marco de las políticas de financiamiento público de los sectores sociales y del rol que juega el sector privado, orientadas a una distribución mas equitativa de la inversión y los costos en salud. ✓ Fortalecer las capacidades de conducción, regulación, ejercicio de autoridad y evaluación del modelo de empresas médicas previsionales implementado por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. ✓ Consolidar un modelo de atención integral en salud con enfoque de promoción y protección de la salud, a partir del análisis de las necesidades y demandas en salud, que permitan formular alternativas de conjuntos básicos, diferenciados, articulados y flexibles de prestaciones y servicios de salud pública y de atención a las personas que respondan a las necesidades y demandas a favor del bienestar de cada grupo social. ✓ Consolidar los procedimientos para que la población en general y los distintos agentes que participan en la producción social de la salud, influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y disfruten de los resultados de dicha influencia.
---	---	--	--

- ✓ Apoyar el desarrollo de los sistemas locales de salud y las instituciones públicas y privadas en este ámbito, en sus esfuerzos por crear modelos de atención sanitaria que asignen mayor importancia a la promoción y protección de la salud, a la utilización del concepto de red y a la apropiación de la salud como un bien social.
- ✓ Consolidar las capacidades de planificación y conducción estratégica del proceso nacional de producción social de la salud, con énfasis en los agentes del sistema de conducción estratégica y operacional de las instituciones y agentes involucrados, que tome en consideración la historicidad, fragmentación, ver otros en mi casa.
- ✓ Fortalecer la capacidad de la Asamblea Nacional para ocuparse de los temas de salud y promover la promulgación de leyes que permitan el ejercicio efectivo de los derechos y las responsabilidades de los ciudadanos, el estado y las instituciones privadas con respecto a la salud.
- ✓ Apoyar la formulación de políticas sobre medicamentos esenciales que aborden la legislación, la reglamentación, la producción, la comercialización, el uso y el financiamiento de los mismos, y promover el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos, el conocimiento de los medicamentos entre el personal de salud y la educación en salud al público para fomentar el uso racional de medicamentos.
- ✓ Identificar políticas pertinentes para la gestión tecnológica, de infraestructura física, mantenimiento y equipamiento de los establecimientos de salud, que incluyan el desarrollo de un plan de inversión a mediano plazo para mejorar la capacidad de equipos, infraestructura y recursos humanos.

- ✓ Analizar si los sistemas actuales de formación, capacitación y adiestramiento de profesionales y técnicos de salud son pertinentes con relación al proceso nacional de producción de la salud como respuesta a las necesidades y demandas de atención a las personas y medio ambiente, tomando en consideración el comportamiento actual y tendencias principales del mercado de la fuerza de trabajo en salud.
- ✓ Asignar particular importancia a la salud de la mujer, a la interacción entre la mujer, la salud y el desarrollo, y promover la toma de conciencia con respecto a temas de género en todos los niveles.
- ✓ Brindar especial importancia a la generación de conocimiento acerca de el tamaño, crecimiento, estructura por edades y distribución geográfica de la población, y en consecuencia, a los problemas relativos a la población y la salud reproductiva, y a la salud de los adolescentes y los niños.
- ✓ Orientar el abordaje de los problemas de alimentación y nutrición hacia individuos, grupos y territorios específicos y promover medidas para proteger a las personas de enfermedades relacionadas con hábitos alimentarios nocivos y con las carencias nutricionales prevalentes, así como promover la lactancia materna mediante una variedad de programas educativos y de comunicación.
- ✓ Implementar la iniciativa de salud de los pueblos indígenas y el reconocimiento, valoración y rescate de la riqueza cultural y sabiduría ancestral de los pueblos indígenas y la mejoría de sus condiciones de vida y salud.

- ✓ Mantener y perfeccionar programas de vacunación eficaces contra las enfermedades de importancia para la salud pública.
- ✓ Promover la integración de los programas de control de enfermedades en los servicios de salud, particularmente en los niveles distritales y municipales, con la descentralización apropiada de la autoridad y los recursos.
- ✓ Apoyar el desarrollo institucional y organizacional de las diversas entidades y organismos encargados de administrar los recursos ambientales y naturales, incluidos los gobiernos municipales, las comunidades y otros tipos de organizaciones
- ✓ Fortalecer la capacidad del sector salud y de otros sectores pertinentes en relación a los preparativos para casos de desastre y a la prevención y mitigación de desastres

Las áreas de necesidades de desarrollo del proceso nacional de producción social de la salud, identificadas en el transcurso de la reunión de evaluación conjunta efectuada representan un valioso programa direccional útil para los diferentes actores que se desplazan en el escenario de la cooperación internacional en salud.

La Representación de OPS/OMS en Nicaragua, asume la responsabilidad de analizar detenidamente las áreas de necesidades identificadas, para establecer en el próximo bienio cuál será el programa nacional de cooperación mas adecuado, oportuno y pertinente que le permita cumplir con su misión en el país, tomando en consideración los mandatos y estrategias regionales aprobadas por los Gobiernos miembros de sus cuerpos directivos.

Bibliografía utilizada

- ✓ OMS. PROYECTO Salud para todos en el siglo XXI. ("EB101/8"). mimeo, s.d., pp: 53
- ✓ OPS/OMS. Orientaciones estratégicas y Programática 1996 - 1998. ("Documento oficial 269"). Washington, D.C., 1995, pp: 43
- ✓ OPS. En busca de la equidad: Informe Anual del Director, 1995. ("Documento oficial; 277"). Washington, D.C., 1996, pp: 114
- ✓ OPS. Gente sana en entornos saludables: Informe Anual del Director, 1996. ("Documento oficial; 283"). Washington, D.C., 1997, pp: 283
- ✓ Salazar, Mariano. Perfil de Proyecto / Municipios promotores de la salud en Centroamérica / Anotaciones preliminares. Washington, D.C, mimeo, 1997, pp: 45
- ✓ OPS/OMS. Indicadores básicos 1996 / Situación de Salud en las América. (Programa de análisis de situación de salud, División de salud y desarrollo humano). s.l., s.d., pp: 10. Estilo formato plegable.
- ✓ UNDP. Human Development Report 1997.
- ✓ HIPERVÍNCULO <http://www.undp.org/undp/hdro/table2.htm>
- ✓ <http://www.undp.org/undp/hdro/table2.htm>
- ✓ (16/09/97)
- ✓ SG/SICA. Alianza para el Desarrollo Sostenible.
 - HIPERVÍNCULO <http://www.sicanet.org.sv/alides/introducción.html>
 - <http://www.sicanet.org.sv/alides/introducción.html>
 - HIPERV
 - NCULO "<http://www.sicanet.org.sv/alides/bases.html>"
 - <http://www.sicanet.org.sv/alides/bases.html>
 - HIPERV
 - NCULO "<http://www.sicanet.org.sv/alides/principios.html>"
 - <http://www.sicanet.org.sv/alides/principios.html>
 - HIPERV
 - NCULO "<http://www.sicanet.org.sv/alides/objetivos.html>"
 - <http://www.sicanet.org.sv/alides/objetivos.html>
 - (Marzo, 1998)

- ✓ OPS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, D.C., 1997, pp: 70
- ✓ OPS/Of.de la Subdirección. Salud en el proceso de integración de Centroamérica. s.l., 1996, pp: 19
- ✓ Fuente: Mesa-Lago.C.,; Santamaría, Sergio.; López, Rosa María. La Seguridad Social en Nicaragua: diagnóstico y propuesta de reforma. Fundación Friedrich Ebert, Nicaragua, 1997, pp:182
- ✓ OPS/CEPAL. Salud, equidad y transformación productiva en America Latina y el Caribe. (CSP24/20 - Esp.-), s.l., 1994, pp: 115
- ✓ PNUD. Informe sobre desarrollo humano en Nicaragua - 1997. Inversiones Papeleras S.A., s.l., 1997, pp: 70.
- ✓ Castellón, Simeón,R. Contra la pobreza. Managua, Nicaragua, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), 1996, pp: 418
- ✓ MINSA -OPS/OMS. Reunión de evaluación conjunta de la cooperación técnica. Managua, Nicaragua, 1997, pp: 110
- ✓ OPS/OMS. Orientaciones estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999 – 2002/ SPP30/3 (Esp). S.l., 1998, pp: 53
- ✓ MINSA. Plan de salud 1988 – 1990. S.l., s.d., pp: 199
- ✓ MINSA. Plan Maestro de Salud, 1991 – 1996. Impresiones EINM, Managua, Nicaragua, pp: 243
- ✓ MINSA. Política Nacional de Salud. Ediciones Internacionales, Managua, Nicaragua, 1993, pp: 62
- ✓ MINSA. Política Nacional de Salud, 1997 – 2002. Managua, Nicaragua, 1997, pp: 82