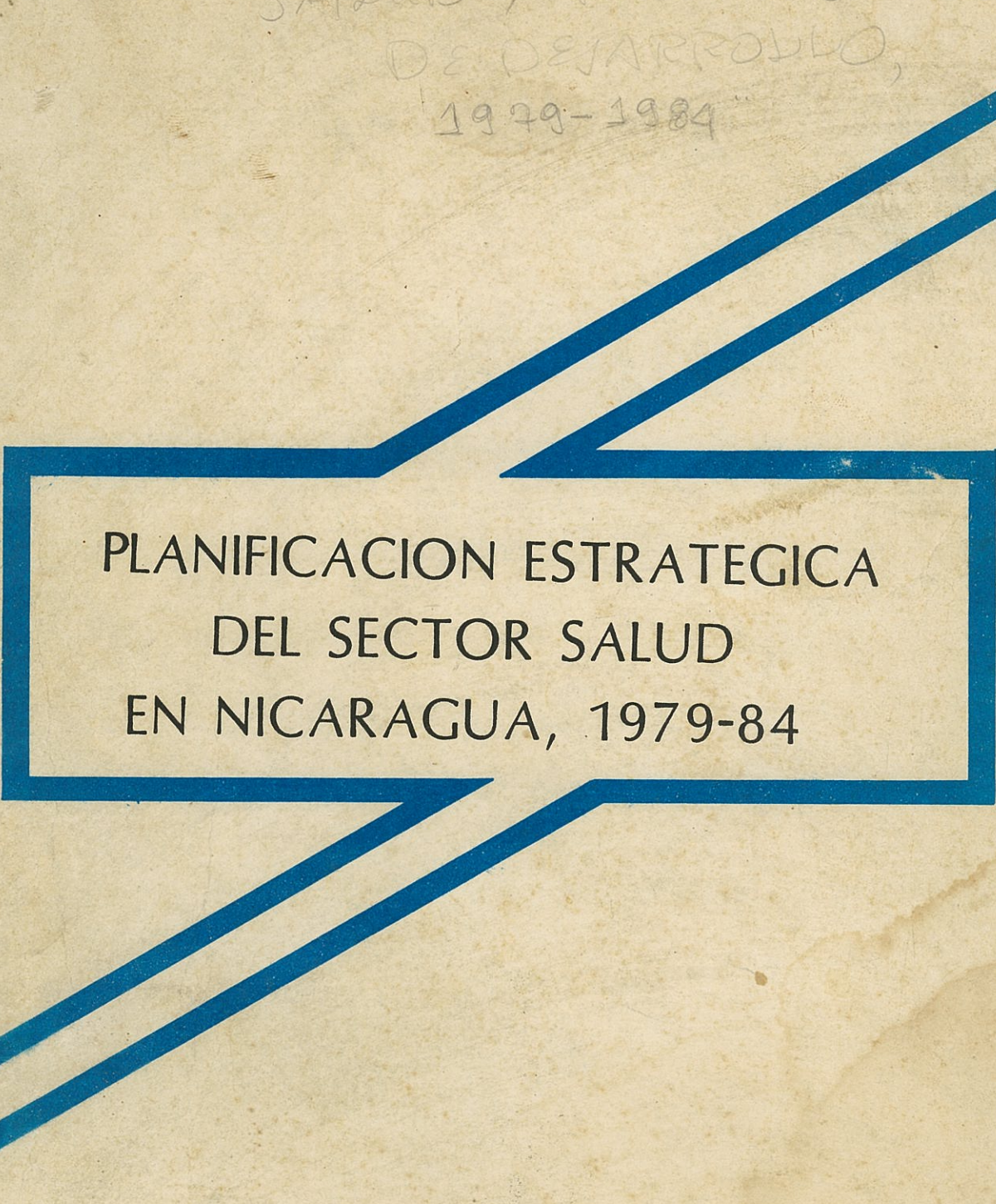


#1 x
SALUD Y PROYECTO NACIONAL
DE DESARROLLO,
1979-1984



PLANIFICACION ESTRATEGICA
DEL SECTOR SALUD
EN NICARAGUA, 1979-84

MANAGUA 1988



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
 Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Apartado Postal
 No. 1309

Ministerio de
 Salud Pública

Tel. 94200
 MANAGUA, NICARAGUA

Cables: Ofsanpan.
 Managua.
 FAX 97324

REFERENCIA: NIC-MPN-010/3.10-373 -89

Managua, Nicaragua Junio 6 1989

Doctora
 Consuelo Buitrago
 Directora del CIES
Su Despacho. -

Estimada Doctora Buitrago:

Adjunto nos permitimos enviarle un ejemplar de la monografía "PLANIFICACION ESTRATEGICA SITUACIONAL DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA. 1979-1984", del autor Dr. Mariano Salazar, funcionario de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa). La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha querido reproducir y divulgar este trabajo por considerarlo verdaderamente meritorio y representativo de los esfuerzos de jóvenes valores, que en el campo científico luchan por una contribución exponencial en apoyo al desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua.

En la monografía se pretende operacionalizar el concepto de monitoría estratégica en las circunstancias de Nicaragua durante el período 1979-84, dando un realce principal a las relaciones entre salud y transición, a las discusiones en torno a las manifestaciones de los esfuerzos por configurar una políticas construida deliberadamente como parte del Plan de Gobierno de una fuerza política hegemónica y a la determinación de las características básicas del patrón de desarrollo al término de 1984.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana Oficina Regional de la



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Calle Olancho
Managua
FAX 97324

Tel 94200
MANAGUA, NICARAGUA

Ministerio de
Salud Pública

Ministerio de
Salud Pública

REFERENCIA: EIC-MPH-010/84-10-37-82

Managua, Nicaragua, Junio 6 1984

Doctores
Comandante Enrique
Directores del CIMS
El Managua

Respetados Doctores Enrique:

Adjunto por permitirme enviarle un ejemplar de la monografía "PLANTACION ESTRATEGICA SITUACIONAL DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA, 1975-1984", del autor Dr. Mariano Salazar, funcionario de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL). La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha querido resaltar y divulgar este trabajo por considerarlo verdaderamente pionero y representativo de los esfuerzos de jóvenes valores que en el campo científico luchan por una contribución exponencial en apoyo al desarrollo y fortalecimiento del sistema nacional de salud de Nicaragua.

En la monografía se pretende operacionalizar el concepto de acciones estratégicas en las circunstancias de Nicaragua durante el período 1975-84, dando un realce principal a las relaciones entre salud y transición, a las discusiones en torno a las manifestaciones de los esfuerzos por configurar una política consistente deliberadamente como parte del plan de Gobierno de una fuerza política hegemónica y a la determinación de las características básicas del patrón de desarrollo al término de 1984.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Apartado Postal
No. 1309

Ministerio de
Salud Pública

Tel. 94200
MANAGUA, NICARAGUA

Cables: Ofsanpan.
Managua.
FAX 97324

REFERENCIA:

Consideramos que este trabajo contribuirá en buena medida a la reflexión sobre el tema y a la direccionalidad del proceso de análisis sobre lo que podría llegar a convertirse en una nueva expresión metodológica en el abordaje del proceso de planificación en salud.

Atentamente,

DR. CARLOS A. LINGER
REPRESENTANTE OPS/OMS
EN NICARAGUA

CAL/JAP/pmm.



REPRESENTANTE
Organización
Panamericana
de la Salud
en Nicaragua.



7-1-82



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Cables: OAS/OPS
Managua
FAX 87324

Tel. 81500
MANAGUA, NICARAGUA

Ministerio de
Salud Pública

Av. General Boscá
No. 1039

REFERENCIA

Consideramos que este trabajo contribuirá en buena medida a la práctica sobre el tema y a la diseminación del proceso de análisis como lo podrá llegar a convertirse en una nueva expresión metodológica en el abordaje del proceso de planificación en salud.

Atentamente

DR. CARLOS A. RIVERA
REPRESENTANTE OMS
EN NICARAGUA



REPRESENTANTE
Organización
Panamericana
de la Salud
en Nicaragua



COPY 7/27/82

PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SECTOR SALUD
EN NICARAGUA, 1979 - 84

DR. MARIANO SALAZAR C.
MINISTERIO DE SALUD

Managua, 06 de Enero de 1988

PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SECTOR SALUD
EN NICARAGUA, 1979 - 84

DR. MARIANO SALAZAR C.
MINISTERIO DE SALUD

Managua, 08 de Enero de 1988.

"... El todo se mueve en un sentido cuantitativo y cualitativo por el predominio de un número reducido de sus partes críticas;... el resto es inducido, -tarde o temprano, por las partes estratégicas;

... la capacidad de análisis y ejecución es limitada, y en consecuencia, (...) la realización por etapas de una política de desarrollo requiere concentrarse en las partes estratégicas".

C. Matus.

... El todo se mueve en un sentido cuantitativo y
cualitativo por el predominio de un número reducido
de sus partes críticas;... el resto es inducido
tarde o temprano, por las partes estratégicas.
... la capacidad de análisis y ejecución es limita-
da, y en consecuencia, (...) la realización por esta
parte de una política de desarrollo requiere concen-
trarse en las partes estratégicas."

C. Mares

II

"Las funciones que cumple la Planificación en una sociedad - bien determinada, van a estar condicionadas por el papel del Estado en relación a los grupos sociales actuantes, por la relación que la propia actividad tenga con las otras actividades del Estado y también por el significado de la Planificación dentro de las leyes generales de funcionamiento de una sociedad específica".

Jorge A. Giordani

"La Planificación se inserta en el curso del proceso del dominio del hombre sobre su destino y, como tal, es parte de un - conflicto renovado donde la crítica constructiva también desempeña un papel".

Carlos Matus

"Renunciar a la Planificación es renunciar al control del hombre sobre su propio futuro, pero aplicarla no puede confundirse con ese control".

Carlos Matus

"La dialéctica de poder para cambiar dentro del sector (salud) para poder fuera del sector es la justificación de esta propuesta estratégica".

Mario Testa

"Diferenciar la estrategia como especificidad de la política es identificar cuales propuesta están a favor de la salud del pueblo".

Mario Testa

"O grande desafio é ñao se precipitar quando muitos tem pressa, ñao desanimar quando muitos ñao acreditam, e ñao parar de pensar e agir quando muitos se conformam y se tornam possivos".

F. Moscovici

"Las funciones que cumple la Planificación en una sociedad bien determinadas, van a estar condicionadas por el papel del Estado en relación a los grupos sociales actuantes, por la relación que la propia actividad tenga con las otras actividades del Estado y también por el significado de la Planificación dentro de las leyes generales de funcionamiento de una sociedad específica".

George A. Giordani

"La Planificación se inserta en el curso del proceso del dominio del hombre sobre su destino y, como tal, es parte de un conflicto renovado donde la crítica constructiva también desempeña un papel".

Carlos Matos

"Renunciar a la Planificación es renunciar al control del hombre sobre su propio futuro, pero aplicarla no puede confundirse con ese control".

Carlos Matos

"La dialéctica del poder para cambiar dentro del sector (salud) para poder fuera del sector es la justificación de esta propuesta estratégica".

Mario Testa

"Diferenciar la estrategia como especificidad de la política es identificar cuáles propuestas están a favor de la salud del pueblo".

Mario Testa

"O grande desafio é não se precipitar quando muitos tem pressa, não desanimar quando muitos não acreditam, e não parar de pensar e agir quando muitos se conformam e se tornam passivos".

F. Moscovici

I N D I C E

1.-	PRESENTACION	1
2.-	EL SECTOR SALUD Y LA TRANSICION	2
2.1.	La Posición Conceptual	2
2.2.	La Comprensión Coyuntural	3
2.3.	Los Propósitos del análisis <u>sec</u> torial.	4
3.-	EXISTEN EN EL PERIODO LOS ELEMENTOS PRINCIPALES EN UNA POLITICA CONSTRUI DA?.	4
3.1.	En que Consistió el dgx que se- realizó durante el período?.	5
A.	El Concepto de dgx que utilizamos	5
B.	El tipo de dgx realizado durante el período.	5
B.1.	Los antecedentes históricos	6
B.2.	Dgx de la situación inicial	15
B.2.1.	El origen de la crisis general del país en 1979.	15
B.2.2.	La herencia somocista	21
B.2.3.	La situación del sector salud	22
3.2.	Se definió una situación objeti va deseada?.	26
A.	Que entendemos por situación obje tivo.	26
B.	Como se expresan los principales rasgos de esta situación objetivo?.	28
B.1.	A nivel Supra-estructural	28
B.2.	A nivel del Ministerio de Salud.	33
3.3.	Cuáles fueron los proyectos dina mizadores?.	35
A.	La definición teórica	35
B.	Los proyectos dinamizadores del - Ministerio de Salud.	35

B.1. Recursos Financieros	36
B.2. Fuerza de Trabajo	46
B.3. Abastecimiento Técnico Material	48
B.4. Inversiones Físicas	49
B.X. Perspectivas	50
B.5. Organización y gestión/perspectivas.	51
B.5.1. Modelo de organización	52
B.5.2. Planificación y sistema de in formación.	65
B.6. Producción de servicios/perspec tivas.	70
B.7. Participación Popular/perspecti vas.	81
B.8. Formación de Recursos Humanos/ perspectivas.	84
4.- CARACTERISTICAS DEL PATRON DE DESA- ROLLO AL FINAL DE LA COYUNTURA, - 1979-84.	89
4.1. Nacional	89
4.2. Ministeriales	90
5.- REFLEXIONES FINALES	92
6.- NOTAS BIBLIOGRAFICAS	95
Bibliografía Consultada	102
Lista de Cuadros	104

1.- PRESENTACION

Esta monografía estudia las principales tendencias del desarrollo de la institución de salud del Estado en la República de Nicaragua durante el período 1979-84.

Utiliza como referencia abstracto formal algunos de los conceptos más relevantes, a nuestro juicio, de la corriente de pensamiento conocida en Latinoamérica como "Planificación - estratégica", entre ellos, política construida y coyuntura dinámica, monitoria, diagnóstico estratégico, administrativo e ideológico, situación inicial, situación objetivo deseada y proyectos dinamizadores.

La metodología empleada consistió en una amplia consulta documental por núcleos de interés con posterior sistematización de la información en diversos niveles de abstracción e historicidad para fines de la presentación y discusión.

La organización interna del documento correspondiente al objetivo de elaborar una referencia amplia que recupera para la consulta y debate, sin pretender agotar el tema, aspectos diversos de orden teórico, político administrativo, técnico y ejecutivo, que envuelven el proceso de la Planificación en Nicaragua, muchos de ellos polémicos de por sí, que abren un amplio leque de alternativas para profundizar posteriormente en términos de investigación tópicos diversos de la problemática ministerial analizada.

El estudio pretende operacionalizar el concepto de monitoría estratégica en las circunstancias de Nicaragua durante el período estudiado, dando un realce principal a las relaciones entre salud y transición, a las discusiones en torno a las manifestaciones de los esfuerzos por configurar una política construida deliberadamente como parte del Plan de Gobierno de una fuerza política hegemónica y a la determinación de las características básicas del patrón de desarrollo al término de 1984.

Al final, existe un acápite de reflexiones finales donde se recogen, desde nuestra óptica, los matices más relevantes y generales de la Planificación como proceso social en las circunstancias histórico concretas de la formación social en el intercurso sujeto a la monitoría estratégica.

Estamos en deuda con numerosos autores cuya producción teórica nos permitió avanzar en el entendimiento y sistematización del cuerpo conceptual de la Planificación estratégica, en la comprensión de la evolución histórica de la planificación y del sector salud en Nicaragua y en la problemática nacional y ministerial analizada.

2.- EL SECTOR SALUD Y LA TRANSICION

2.1. La Posición Conceptual

Consideramos conveniente afirmar de inicio que elevamos a la categoría de premisa básica para el análisis la afirmación de que no existe la transición en el sector salud como un hecho aislado y singular

A nuestro juicio, debemos referirnos al sector salud en la transición, es decir, ubicar al sector salud como parte de las transformaciones profundas y globales, - en términos de modificación de la dirección del Proyecto Nacional de - Desarrollo -, que se verifican en una formación social dada de acuerdo a su historia, características socioeconómicas, correlación de fuerzas internas y coyuntura internacional.

En el caso de Nicaragua, esto significa atender al sector salud dentro de la fase de Reconstrucción Nacional, y por tanto, sujeto a la influencia e influenciando la consecución de la situación objetivo social, su naturaleza, principios rectores, intereses hegemónicos y tendencia histórica principal.

De todas formas, en términos generales, entendemos al sector salud, - a partir del pensamiento de Arouca (1), - como un espacio social objetivo y concreto, cuyos rasgos -- más distintivos pueden agruparse de la siguiente manera:

- Se trata de un campo de necesidades, y por tanto de demandas y ofertas de satisfacción de estas, generadas al rededor del fenómeno Salud y Enfermedad.
- Se trata de un campo donde se dá una producción de servicios de Salud. Donde existe una fuerza de trabajo, una base material y técnica, e Instituciones de naturaleza - diversa, organizadas para satisfacer esta necesidad de - matices políticos, ideológicos y económicos, del ser humano, su núcleo familiar y la Sociedad.
- Se trata de un campo específico de producción, circulación y consumo de servicios, insumos y capital.
- Se trata de un campo que está inscrito dentro de la Revolución Científico técnica, que posee un grado de desarrollo tecnológico propio y una esfera de producción de conocimientos científicos, que permiten avanzar en la solución de problemas que atañen a las relaciones existentes entre la salud y la enfermedad, tanto a nivel individual, como colectivo y social.

- Se trata de un campo de alta densidad política, donde la lucha ideológica está revestida de formas particulares, pero en esencia inserta en los grandes ejes de confrontación ideológica de las clases sociales que disputan el poder.

2.2. La Comprensión Coyuntural

En el Plano histórico y político, el sector salud, - entendido como fue expuesto-, ocupaba dentro de la plataforma programática de unidad de todas las fuerzas revolucionarias progresistas y democráticas que derrocaron a la Dictadura Militar Somocista, un lugar relevante en lo que a Area Social del Plan de Gobierno de la Junta de Reconstrucción Nacional se refiere.

Pero, el marco general de esta voluntad política de transformar el sector salud está inscrita dentro del desarrollo de las múltiples coyunturas del proceso, que con la fuerza del herrero, moldean las características distintivas del proyecto revolucionario alrededor de las tareas fundamentales para preservar la naturaleza popular del Poder: La Defensa y la Producción.

Esto significa, en términos prácticos, que la transformación del sector no es ajena a la crisis política y económica del istmo Centroamericano, ni a la inserción de Nicaragua en la coyuntura internacional, pero sobre todo, no es ajena al hecho de que el sector salud es un componente que juega un rol de destaque en el Plan General de Defensa Civil y Militar del país.

Debemos tomar en cuenta, también, que los esfuerzos de la Administración Reagan en el orden de la desestabilización política y el boicot económico, en el orden del aislamiento político internacional y la desestabilización interna, y especialmente en el orden de la escalada de intervención militar, acentúan las tensiones propias de una sociedad en el tránsito de la "transición a la Transición", afectando vivamente el proyecto de transformaciones y desarrollo del sector salud, exacerbando sus contradicciones, acentuando sus limitaciones y evidenciando sus potencialidades y posibilidades.

Ahora bien, la experiencia histórica de otros procesos de transformación socioeconómicas, - Cuba, Mozambique y Angola (2)-, nos enseña que, - confirmando las conclusiones de Arouca (3)- el sector salud en este período de la transición a la transición, se convierte de hecho en un campo privilegiado de la lucha de clases, sea en términos positivos de implantación de un nuevo proyecto y en la satisfacción de las necesidades básicas de la población, sean en términos negativos en la lucha ideológica contra él.

La experiencia histórica confirma que el sector salud es un campo privilegiado para la formación de una nueva conciencia, permitiendo experiencias colectivas de solución de problemas. Es también, un espacio que genera experiencias en la construcción del Estado, donde se expresa como un núcleo de afirmación de la hegemonía política del cambio social, transformándose en uno de los sectores donde se verifican de forma más rápida los efectos del proceso revolucionario.

2.3. Los Propósitos del Análisis Sectorial

Esta es en términos más generales la comprensión teórica del escenario nacional donde la planificación del sector salud como práctica social existe y se debate para darle racionalidad a una dirección del desarrollo, que en circunstancias difíciles, pretende transformar la coyuntura dinámica producto del triunfo revolucionario en el año - 1979 en una política construída, - expresión de un Plan de Gobierno-, que dá sus primeros pasos en el período -- 79-84.

En este sentido, y en esta fase del desarrollo del Proyecto Nacional, y recurriendo a fuentes documentales y a la experiencia del autor, es que pretendemos describir y discutir las manifestaciones de los diferentes componentes - que integran una política construída y como se expresan - los signos que le confieren o no calidad estratégica.

3.- EXISTEN EN EL PERIODO LOS ELEMENTOS PRINCIPALES DE UNA POLÍTICA CONSTRUIDA?

Partiendo de la caracterización amplia realizada de los - principales rasgos que dan cuerpo a una política construída, individualizamos ahora los componentes más destacados con el ánimo de establecer una diversidad de "totalidades analíticas" que nos permita, en el período estudiado, revisar y comentar la presencia de estos signos dentro del proceso de planificación del sector salud en Nicaragua.

Como componentes, nos estamos refiriendo a lo que genéricamente denominaremos la definición de una imagen prospectiva (situación objetivo) de la estructura y funcionamiento del sector salud, y a la determinación de los proyectos dinamizadores en una secuencia temporal, considerando la viabilidad técnica, económica y sociopolítica de cada etapa del proceso de desarrollo, e incluyendo los programas que permitan realizar una trayectoria de aproximación a la situación final deseada.

Consideramos, también, como componentes, el análisis de - la estructura inicial (diagnóstico), y el reconocimiento para el período en cuestión de un cierto patrón de desarrollo.

Los interrogantes claves, serían entonces: Se definió una situación objetivo?, se establecieron etapas para periodizar el desarrollo?, Se escogieron los proyectos dinamizadores y se discutió su viabilidad?, se determinaron programas y trayectorias de aproximación?, La concepción de un patrón de desarrollo estaba presente?, Se partió de un diagnóstico de la situación inicial y de sus antecedentes históricos?.

Iniciaremos, pues, la discusión, a partir de la verificación de la existencia en sus diferentes expresiones, de un dgx de los antecedentes históricos y de la situación inicial, punto de partida formal para la definición de la situación objetivo. Calificamos, para fines de la exposición, como formal este paso, porque, en verdad, entendemos que el dgx es un proceso continuo y permanentemente inconcluso. (Evaluación ex-ante, ex-post, monitoría, control de rutina, investigaciones operativas).

3.1. En qué Consistió el dgx que se realizó durante el período?

A. El Concepto de dgx que Utilizamos

De acuerdo con Mario Testa (4), consideramos que cada propósito de la planificación da origen a un aspecto particular del dgx: el crecimiento da origen al dgx administrativo, el cambio al dgx estratégico y la legitimación al ideológico. Además se refieren a ámbitos distintos de la realidad: lo administrativo al sector, lo estratégico a las fuerzas sociales con relación al sector y lo ideológico a las fuerzas sociales en relación con la totalidad social.

El dgx ubica históricamente la situación inicial de la cual parte el análisis para la definición de una estrategia: es su punto de partida y patrón de referencia para seleccionar lo importante y descartar lo secundario (5).

B. El Tipo De dgx Realizado

No existe un documento integrador que resuma los complejos - aspectos del dgx en sus diferentes formas tal y como fue conceptualizado.

De todas maneras, es posible reconocer en el conjunto de la bibliografía consultada, diferentes matices del dgx en cuanto a su naturaleza administrativa, estratégica e ideológica, y con relación a períodos diferentes.

Con bastante claridad pueden distinguirse núcleos de análisis que se refieren al conjunto de la formación social, al desarrollo de los servicios de salud en la época pre-revolucionaria y a la caracterización de la situación inicial.

La limitación principal que encontramos fue la ausencia del análisis político intrasectorial como un área de interés consolidada.

B.1. Los Antecedentes Históricos

Esta área temática es tratada con un grado de mayor profundidad en lo que se refiere al ámbito de la formación social en su conjunto, que, en lo que se refiere a la interacción del desarrollo de la práctica médica y de los servicios de salud con este marco de referencia general.

En el plano más amplio del análisis, - la formación social - destacan por su contundencia y profundidad, la producción de dos dirigentes de la Revolución: Jaime Weelock Román y Humberto Ortega Saavedra.

El primero de ellos realiza en su obra: "Imperialismo y Dictadura, crisis de una formación social"*; el análisis más complemento del desarrollo socioeconómico de Nicaragua y de sus contradicciones de clases, existente hasta la fecha. En su obra, el dgx ideológico se materializa - en la descripción meridiana que hace de las diversas fuerzas sociales que dentro del contexto nicaragüense disputan el usufructo del poder y el espacio que representa el estado burgués e intermediario del Imperialismo Norteamericano.

Humberto Ortega, en su obra "50 años de Lucha Sandinista" (7), describe los orígenes y el desarrollo del movimiento revolucionario en Nicaragua a partir de la guerra constitucionalista de 1926.

Ambos contribuyeron substancialmente al dgx ideológico de la sociedad nicaragüense, y sobre todo a la comprensión - de los aspectos supraestructurales y económicos propios - del devenir histórico de Nicaragua, tanto así, que sus -- obras fundamentaron unas posiciones y una práctica política que contribuyeron a dilucidar la estrategia y táctica- adecuada que permitió el derrocamiento de la Dictadura Militar Somocista.

Sus obras son verdaderos hitos de referencia en cuanto - al análisis macrosocial y al conocimiento de las peculiaridades de la fuerza principal del movimiento revolucionario, y se convierten en marcos de referencia general - para partir hacia el estudio de las diversas modalidades de práctica médica existentes en nuestro país y el desarrollo de los servicios de salud.

En esta última dirección de trabajo, el documento que a nuestro juicio hace un mejor esfuerzo de correlación entre práctica médica y desarrollo económico social, es el elaborado por Escorel S.H., titulado "Desarrollo Histórico de Nicaragua y de los Servicios de Salud" (8).

* Ver Nota Bibliográfica No. 6

Este documento es una apretada síntesis que estudia en cinco períodos las características más relevantes de la práctica médica y el desarrollo de los servicios de salud.

Nuestra autora describe un primer período (1850-1909), caracterizado en su conjunto por la dominación de la oligarquía y el inicio de la introducción del modo capitalista de producción en el país a través del café, como la fase en que:

"... la atención en salud proporcionada por el Estado como tal era enexistente siendo las dos figuras centrales en la atención de los enfermos el médico, en las zonas urbanas, y el curandero en las zonas rurales. Era exclusivamente de ellos la responsabilidad de mantener sanos los habitantes del país siendo que frente a casos extremos y especiales, la sociedad, movida por un espíritu caritativo reaccionaba proporcionando hospedaje y cuidados gratuitos. Como auxiliares valiosos funcionaban las órdenes religiosas, algunas fundadas especialmente con esta finalidad. La sociedad nicaragüense básicamente compuesta por dos estratos sociales - la clase de los terratenientes y la de los campesinos - era atendida diferencialmente: los primeros por los médicos y los segundos por los curanderos que disponían de una amplia farmacopea a base de plantas y polvos transmitida principalmente por la tradición". (9)

El segundo período (1909-1945), se caracteriza por tres hechos principales: la frustración del Proyecto Burgués (1909-1925); la Guerra de Liberación Nacional (1926-1934) y una última etapa de estancamiento económico y Dictadura Militar Somocista (1934-1945).

En este período la medicina liberal alcanza su apogeo.

"En el inicio del período (1909) llegan al país normas de asepsia y antisepsia y empiezan a constituirse los hospitales como tales. El poder municipal colabora con las Juntas de Caridad Locales para su manutención y controlar los cementerios.

La atención médica en sí no sufre modificaciones de envergadura con relación al período anterior. Aparece ahora de forma más clara, la medicina liberal en donde el médico, generalista, de familia, es considerado un personaje semimágico, con una aureola de humanismo desinteresado.

con el desarrollo del modelo de producción agroexportador la atención del estado se concentra en los puertos y ciudades portuarias en donde se da la circulación de mercancías, pasando a nivel central el control de las actividades sanitarias que hasta entonces eran de responsabilidad del nivel local. El estado capitalista corporativo-económico tiene intereses solamente en los aspectos de salud que

que tengan implicaciones directas con la realización del valor de la producción controlada por los grupos económicos en el poder, y deja sin mayores modificaciones los aspectos relacionados a lo que hoy en día se denomina -- "Atención Médica", o sea, la atención médica individual. La no intervención en la atención médica es tanto en lo conceptual cuanto en lo organizativo, ya que sigue denominándose "beneficiencia" y tiene características de "caridad" cuando se dirige a grupos subordinados. En lo organizativo permanece en manos del poder local, municipal y privado. La beneficiencia permanece en la sociedad civil.

En 1941 es creada en los EEUU una Oficina para Coordinación de Relaciones Comerciales y Culturales Interamericana dirigida por Nelson Rockefeller que empieza a interesarse por problemas de salud referentes a las operaciones de guerra. En 1942 se inicia un programa de saneamiento y salud bajo una corporación creada especialmente para estos fines: Institute of Inter-American Affairs cuya División de Salud y Saneamiento tenía entre sus objetivos el de mejorar las condiciones de salud en áreas estratégicas, particularmente las relacionadas con las fuerzas armadas de los EEUU y las de sus aliados americanos.

Obedeciendo a esos intereses llegan al final del período, por primera vez a Nicaragua, conceptos relacionados a aspectos de medicina preventiva introducidos por la Fundación Rockefeller.

Otros aspectos del período son:

- Gran prevalencia de Anquilostomiasis siendo los centros de Salud del país conocidos como "Uncinariasis";
- Existen relatos superficiales de la existencia y trabajo de inspectores sanitarios;
- Fundación del laboratorio Nacional de Higiene en donde se preparan vacunas y se realizan exámenes laboratoriales; y
- Surgen Escuelas de Medicina formando médicos nacionales.

Al final del período la población nicaragüense era de cerca de un millón de habitantes y el total de médicos de -- 500 distribuidos 50% en la capital y el restante en los cinco hospitales del país". (10)

El tercer período (1945-1958), corresponde al momento de consolidación del capitalismo dependiente a raíz de la introducción del algodón en amplias extensiones del territorio en la zona del Pacífico del País, como producto en el período de la posguerra, del Plan de Desarrollo Económico elaborado para Nicaragua por la Comisión para el Desarrollo Interamericano.

En este período emerge la Medicina de la Sociedad Preindustrial.

"Como parte de la estrategia de defensa del Continente, en los años de la postguerra, Nicaragua recibió para el sector salud, préstamos suaves, ayuda técnica, bibliotecas, becas etc. Esta coyuntura permitió que muchos médicos salieran al extranjero a especializarse y es a partir de este período que la atención médica urbana pasa a contar con especialistas nacionales. La inmensa mayoría se estableció en managua aspirando a un ejercicio profesional que les permitiera prestigio social y buenos sueldos. Pero la posibilidad de consumo de servicios médicos especializados no estaba al alcance de la población en general y en poco tiempo se produce una sub-utilización de estos recursos humanos. Esta masa de especialistas es la que será, sin cualquier resistencia, reclutada por la Seguridad Social en el período que sigue.

Otras características de la coyuntura son:

- Fundación de la Escuela Nacional de Enfermería.
- El Hospital de Managua con grandes recursos de especialistas, Rayos X, Anatomía Patológica y Laboratorio, se convierte en Hospital Nacional" (11).

El cuarto período (1958-1975), corresponde a la fase de reintegración del Movimiento Revolucionario, la crisis del modelo capitalista dependiente y el esfuerzo de implantación de la estrategia de la Alianza para el Progreso.

"En el sector salud la gran modificación se da con la creación en 1957 del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) que viene a caracterizar la presente coyuntura industrial y, la presión de los sindicatos unidos a conveniencias políticas establecen un seguro bien financiado con sueldos injustos para los médicos, que sin embargo encuentran la coyuntura de un sueldo garantizado.

El tipo de seguridad social mantenido por el INSS tenía - las características básicas del seguro social tradicional, destinado a una minoría no solamente de la población en general sino también de la propia clase trabajadora y con un alto costo de la atención médica. La consolidación del INSS dió margen a la formación de un sector privilegiado dentro de la propia clase trabajadora dejando en desamparo el resto de la población, particularmente los campesinos que constituyen la base de la producción nicaragüense.

Es así que vemos en la creación del INSS una medida paliativa, orientada a atender la demanda de un sector numéricamente pequeño, pero con alguna capacidad de organización, que era atendido procurando mantener la capacidad de pro-

ducción en beneficio del sistema". (12)

Ahora bien, estos período del desarrollo de la formación social nicaragüense y de la práctica médica y los servicios de salud, se corresponden, no necesariamente en términos de fechas, pero sí en la perspectiva histórica, con los período (13) por los que atravieza la lucha popular, patriótica y antisomocista, de amplios sectores de la población y de las clases fundamentales y de la organización política más beligerante y consecuente: el F.S.L.N.

Especialmente en el último período de este devenir de la lucha social en Nicaragua, es que se expresa con mayor claridad el impacto que las luchas populares y clasistas ejercen en el sector salud de la dictadura demostrando la capacidad de la movilización popular alrededor del eje antidictatorial de crear su propia alternativa para cuidar de su salud.

El movimiento revolucionario se reintegra entre 1926 y - 1934. A partir de la muerte de Sandino, que ocurre al final del período, se entra en una etapa de descenso revolucionario que dura 22 años (1934-1956).

Con el ajusticiamiento del fundador de la dictadura, Anastasio Somoza Debayle (1956), se inicia el ascenso del movimiento revolucionario (1956-1976), cuyos hechos más relevantes pueden resumirse de la siguiente manera: el triunfo de la Revolución Cubana (1959); la fundación del Frente Sandinista de Liberación nacional (1961); la creación del Mercado Común Centroamericano (1961) y de la Confederación de Ejércitos Centroamericanos (CONDECA), (1964), como producto de la Alianza para el Progreso; la masacre del 22 de Enero de 1967 en managua; los movimientos guerrilleros de Pancasán y Fila Grande (1967); la fundación de la Unión Democrática de Liberación (UDEL/1974) y del Movimiento Pueblo Unido (MPU/1977); y numerosas luchas populares y clasistas por reivindicaciones gremiales y políticas que progresivamente imprimen al frente antidictatorial una nueva calidad que permite el desarrollo de la llamada "Ofensiva Final" entre 1977 y - 1979 y la victoria de las fuerzas populares.

Ahora bien, en este período (1956-1976), en términos generales, los intereses del pueblo nicaragüense en lo que al componente salud de su nivel de vida se refiere, estaban defendidos principalmente a lo interno del sector por las luchas de los trabajadores de la salud, especialmente de las unidades hospitalarias, que se enfrentaban a la dictadura por incremento salarial, mejoría en las condiciones de trabajo y apoyo a una salida democrática y popular para la crisis política del país. (Ver cuadro No.1).

Haciendo una separación formal, podríamos decir, que si bien es cierto reorganizar el sector salud en beneficio de las grandes mayorías de los nicaragüenses estaba ligado indisolublemente a la lucha por el derrocamiento de la Dictadura Militar Somocista, la irrupción popular en torno expresamente a la solución de esta problemática, toma cuerpo, - como ya se apuntó -, en el período de la ofensiva final, como una respuesta de la resistencia pupular para enfrentar la política genocida y brutal de la dictadura y - como parte de las tareas masivas de retaguardia dentro de la estrategia insurreccional.

Humberto Ortega Saavedra (13), hace una breve y brillante síntesis de las condiciones que permitieron la victoria popular en Nicaragua, destacando el papel de la retaguardia.

"Sin la unidad monolítica del sandinismo; sin una estrategia insurreccional apoyada en las masas; sin una debida coordinación entre los frentes guerrilleros y los frentes militares de las ciudades; sin una comunicación inalámbrica eficaz para coordinar todos los frentes; sin una radio para orientar al movimiento de masas; sin recursos técnico-militares de contundencia; sin una retaguardia sólida para introducir estos recursos, para preparar a los hombres, para entrenarlos; sin actividad previa de triunfos y reveses, como se dio a partir de octubre de 1977 en Nicaragua, en donde las masas fueron sometidas a las más bárbara represión pero, a la vez, a la más grande escuela de aprendizaje; sin una política de alianzas hábil, inteligente y madura, no habría habido triunfo revolucionario".

Nosotros creemos que es en esta fase de la ofensiva final donde es posible ubicar de manera más orgánica las raíces populares de lo que después se constituyó como el Proyecto de Transformaciones del Sector Salud incorporado a la Plataforma Programática de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional.

La política represiva de la Dictadura Militar Somocista y el creciente repudio de amplios sectores de la población hacia su régimen de gobierno, sumado al ingente esfuerzo de organización realizado por las fuerzas políticas más avanzadas y consecuentes, aglutinadas en el MPU, (14) en función de la preparación de la insurrección, hizo crecer en el seno del pueblo, como una respuesta de sobrevivencia-, los primordios de un conciencia sanitaria diferente y proporcionó una práctica de atención a los combatientes y a los afectados por la guerra, creando, en la realidad, un subsistema de atención paralelo que improvisaba acciones preventivas y curativas de complejidad diversa.

El entrenamiento de la población en primeros auxilios fue realizado por el FSLN durante todo el período, - en medio de la represión-, y, mientras los diferentes frentes guerrilleros estructuraban sistemas de atención al combatiente y a la población, en las ciudades, los denominados Comités de Defensa Civil, "... coordinaban la divulgación de informaciones, el abastecimiento de alimentos y agua, el funcionamiento de clínicas de primeros auxilios y la construcción de barricadas y abrigos contra los ataques de la Guardia Nacional". (14 A)

Estas formas organizativas alternativas de atención a los combatientes y a la población, fueron un canal de inserción de los sectores populares y de los profesionales y técnicos de la salud a la lucha antisomocista, dejando una huella histórica en el movimiento popular y en las organizaciones sindicales y gremiales de los trabajadores de la salud, que permitió, posteriormente, recuperando la experiencia y como parte de una política institucional y de la aplicación del concepto de democracia popular, la incorporación del pueblo a la problemática de la producción de su propia salud y de la gestión estatal en el sector.

CUADRO No.1

RECUESTO DE LAS LUCHAS DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD
(1958 - 1979)
(Hechos Mas Relevantes)

<u>Año</u>	<u>Episodio</u>
1958	Huelga Hospitalaria
1961	Huelga de Médicos en Matagalpa por falta de Medicamentos y Materiales Terapéuticos.
1962	Huelga de Trabajadores y Asistentes del Hospital General, obreros de la construcción, carpinteros y trabajadores de la Jabonería América.
1964	El Hospital San Vicente de León se ve paralizado por una huelga de trabajadores hospitalarios.
1967	Muere el Dr. Oscar Danilo Rosales, entre otros combatientes, en el movimiento guerrillero de Pancasán y Fila Grande.
1972	Huelga de Auxiliares de Enfermería de los Hospitales de Managua, piden 15 puntos, entre los cuales está el aumento salarial. la huelga finalizó existosamente logrando un aumento del 4%.
1973	Huelga en el Hospital Fernando Vélez Paíz, sumándose siete centros hospitalarios en todo el país. Tres mil obreros hospitalarios van a la huelga reclamando un nuevo convenio colectivo. Triunfan en sus demandas.
1974	Huelga de los trabajadores hospitalarios. Esta huelga conmueve todo el país y se extiende a médicos, paramédicos y auxiliares. El Gobierno se ve obligado a ceder. Desalojan a los trabajadores del Hospital San Juan de Dios, Granada. Las centrales de trabajadores anuncian paro en solidaridad con los empleados hospitalarios. Sindicato de Carpinteros, Albañiles y Similares (SCAAS), decreta paro indefinido en apoyo a la huelga hospitalaria.
1978	Huelga de hambre de los compañeros de la Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD), reclamando mejores condiciones de trabajo y aumento salarial. La Guardia Somocista asesina a dos socorristas de la Cruz Roja en la carretera León-Managua.
1979	Huelga de hambre de 18 compañeros de Fetsalud, para reintegrar a dos mil trabajadores cesados por exigir aumento de salarios.

CUADRO No. 1

Son asesinados el Dr. Alejandro Dávila Bolaños, viejo militante de la causa revolucionaria, Dr. Eduardo Selva y la Enfermera Clotilde Moreno.

Fuente : Elaboración propia a partir de:

Instituto de Estudios del Sandinismo. El principio del Fin... 1956, 23 años de lucha..., el triunfo... 1979. Managua, Nicaragua, Edit. Nueva Nicaragua, 1981, pp:81.

B.2. Diagnóstico de la Situación Inicial

Los hallazgos documentales indican que el dgx de la situación inicial está encaminado al reconocimiento en términos de calidad de vida de las consecuencias del modelo -- económico capitalista, subdesarrollado y dependiente, promovido por la Dictadura Militar Somocista, y a la comprensión de los orígenes políticos de la crisis general del país en 1979.

Está encaminado, también, el reconocimiento de las consecuencias económicas y sociales de la lucha antidictatorial, que asumió la forma predominantemente armada con una modalidad insurreccional en los últimos tres años del enfrentamiento social.

En el sector salud, el dgx. de la situación inicial se expresa por la identificación de las formas de organización de los servicios que privaron dentro del sector, la caracterización de cada una de las instituciones involucradas y la descripción somera del ejercicio privado de la asistencia médica y de los servicios médicos militares.

Dentro del sector salud este dgx. abarca tentativas de -- aproximación a la definición, dentro de las grandes limitaciones de la información, del perfil epidemiológico --- existente al momento del triunfo, la construcción de algunos indicadores generales de la situación de salud en ese momento, el grado de presencia y desarrollo del sistema -- de planificación intrasectorial y las principales peculiaridades del estilo de trabajo administrativo de las instituciones de salud del estado somocista.

De igual manera, en los diferentes documentos consultados, existen referencias a la tipificación general de los servicios de salud en el período prerrevolucionario.

B.2.1. El Origen de la Crisis General del País en 1979

Las consecuencias socioeconómicas del modelo de desarrollo capitalista hegemónico sustentado por la Dictadura, se vieron acentuadas por el carácter que tuvo en Nicaragua, especialmente en los últimos tres años, el enfrentamiento entre el binomio histórico pueblo/dictadura.

Numerosos autores plantean con frecuencia el carácter decisivo de la crisis del capitalismo dependiente nicaragüense y su articulación con la crisis económica mundial en el derrocamiento del régimen somocista y la victoria sandinista.

Nosotros creemos que debemos distinguir las limitaciones, en general, del desarrollo capitalista en Nicaragua como proyecto histórico capaz de satisfacer, con equidad, las

necesidades de índole diverso del pueblo nicaragüense, - tal y como fué utilizado dentro del dxg de los antecedentes históricos -, de lo que fue la raíz desencadenante de la incorporación masiva del pueblo a la lucha contra la dictadura hasta su derrocamiento.

Sobre este interrogante, - hegemonía de las condiciones - objetivas o subjetivas -, nosotros concordamos con la -- afirmación de Vilas C.M. (15), de que "la caída de la dictadura somocista fue el producto de una crisis política - revolucionaria que, en determinado momento de su desarrollo, activó una crisis económica. Esta, por lo tanto, - fue resultado de aquella y no a la inversa".

Por ejemplo, el análisis del P.I.B. y de dos de sus sectores productivos, (ver cuadro No.2, pág.) durante el período prerrevolucionario, indica que la economía creció, con ritmos desiguales y erráticos, propios de una economía como la nicaragüense, pero... creció, sobre todo en la -- producción agropecuaria e industrial.

La inversión, durante el mismo período, (1970-78), no parece tener variaciones relevantes durante los años anteriores a la insurrección final, y lo que es más, este panorama se repite en el capitalismo agrario, tanto así, -- que el ciclo agrícola 1977-78 fue excelente. (Cuadros Nos. 3 y 4, pág.).

Es decir, no existen elementos que apunten la bancarrota económica de la dictadura, no existe un corte significativo en el desarrollo económico del capitalismo en la modalidad nicaragüense, o signos de parálisis o desbarajuste total que rompa la articulación sectorial y su vinculación con el mercado internacional.

Lo más que pudiera decirse, con base en la realidad, es - que existe una tendencia a la desaceleración del crecimiento económico, que se hace más clara en el decenio 1970, como todo el conjunto de la economía centroamericana, aunque, la crisis económica, efectivamente se desencadena en 1978 y alcanza su culminación en Abril-Mayo de 1979.

En conclusión, fue el ascenso de la lucha sandinista, y - la crisis política general y definitiva de la dictadura, la pérdida progresiva del respaldo de la Casa Blanca, la exacerbación del saqueo de la economía por los grupos palaciegos, la inseguridad que se apoderó de las clases dominantes por la brutalidad represiva y por el propio avance revolucionario-, lo que motivó la gestación y el desarrollo tan veloz de la crisis económica y no al revés.(16)

CUADRO No.2

EVOLUCION DEL P.I.B., 1970-1978

Años	Millones de Córdobas de 1980	TAsas de Crecimiento %		
		PIB Global	Producto Agropecuario	Producto Industrial
1970	20.098,3	-.-	-.-	-.-
1971	21.088,9	4,9	8,0	5,0
1972	21.759,9	3,1	0,9	5,2
1973	22.867,7	5,1	5,8	4,0
1974	25.773,2	12,7	8,7	12,7
1975	26.339,4	2,2	6,5	3,2
1976	27.667,9	5,0	1,7	4,5
1977	27.926,0	0,9	3,8	10,3
1978	25.977,5	-6,9	8,7	2,4
Promedio 1971-1978		3,3	5,5	5,9

CUADRO No.3

EVOLUCION DE LAS INVERSIONES, 1970-1978
(Millones de Córdobas de 1980)

Años	Inversión Bruta Fija	Inversión Privada	Coefficiente de Inversiones *
1970	3.268,0	2.448,6	17,5
1971	3.373,6	2.295,4	17,2
1972	2.997,8	1.946,8	12,5
1973	4.109,6	2.822,8	20,6
1974	5.023,9	3.497,0	23,9
1975	4.561,1	3.041,8	16,4
1976	4.820,4	2.884,7	16,3
1977	6.184,0	3.138,9	25,1
1978	3.436,4	1.895,9	11,0
* Inversión Interna Bruta X 100 PIB			

CUADRO No. 4ALGUNOS INDICADORES DE PRODUCCION AGRICOLA
1973 - 79

Años Agrícola	Manzanas Sembradas de Algodón*	Manzanas Cosechadas de Ajonjolí *	Cafetos en Producción	Manzanas Cosechadas de caña de Azúcar*
1973 - 74	259,3	6,1	204,2	44,5
1974 - 75	254,3	6,7	231,5	50,1
1975 - 76	204,6	9,2	254,1	60,8
1976 - 77	283,0	7,9	190,9	56,6
1977 - 78	310,8	12,1	193,3	57,3
1978 - 79	284,1	13,7	195,7	56,7

* En Miles

Fuente : Vilas C. M. PERFILES DE LA REVOLUCION SANDINISTA.

La Habana, Cuba, Ediciones Casa de las Américas, P:139,141,142.

Esta discusión en torno a los orígenes eminentemente políticos de la situación inicial nos lleva a la reflexión sobre la fractura del poder dictatorial a lo interno del sector salud.

Si bien los indicadores de salud de la población nicaragüense, - como lo veremos en su momento-, reflejan un estado de salud deficitario, nosotros somos del criterio de que en los hechos el sistema de salud prerrevolucionario no tuvo una crisis político administrativa que lo desintegrara como tal previo al triunfo, a no ser, en las vísperas de la derrota final, aunque existiera una tendencia general hacia la desagregación del mismo.

Nunca se dió, o por lo menos nuestra experiencia empírica no lo detectó ni las referencias lo establecen, un doble poder dentro del sistema sanitario en su conjunto, en la práctica la hegemonía somocista se mantuvo hasta muy cerca del final.

Las explicaciones son múltiples, pero podemos encontrar tres razones centrales: el esfuerzo hasta el último momento de la oposición burguesa con el respaldo a la Administración Carter de encontrar una salida de "somocismo sin Somoza"; el proyecto defendido por la corriente sindical hegemónica en el seno del movimiento de trabajadores de la salud (17), y las formas principales de enfrentamiento de los sectores populares con la dictadura, que pasaba en el plano de la lucha militar y la disputa de territorios más por el enfrentamiento en los barrios que en las unidades productivas o de servicios.

A excepción de bárbaras acciones represivas, tipo bombardeo del Hospital de Estelí o transformación del hospital de León en cuartel, - que reflejan el carácter genocida de la dictadura; o el asesinato en las vísperas del triunfo de profesionales, técnicos y trabajadores de la salud, el eje fundamental de producción de servicios, la red hospitalaria, se mantuvo relativamente intacta.

Esta constatación empírica nuestra, siendo más prolijos en el análisis, puede tener, además de las razones ya mencionadas, otros factores explicativos.

Primero, en términos generales, la red alternativa de asistencia a los combatientes y a la población desarrollada a partir de la necesidad de crear condiciones de retaguardia para la insurrección armada, utilizaba las unidades de salud de la dictadura como fuente de aprovisionamiento de instrumental, equipo, material de reposición y medicamentos, especialmente de uso quirúrgico.

Segundo, los profesionales, técnicos de la salud y otros trabajadores del sector, que participaban de esta red alternativa, eran una minoría que necesitaban una cobertura legal para el desempeño de estas actividades "subversivas", puesto que no todos, - a excepción de unos pocos dentro de la ofensiva final-, podían pasar con facilidad a engrosar las filas clandestinas de los combatientes populares.

Tercero, la misma población, en medio de los preparativos de la ofensiva final y en el desarrollo de la guerra, continuaba enfermando y teniendo que acudir a las unidades sanitarias existentes.

Cuarto, los hospitales fueron convertidos por la dictadura en verdaderos centros de represión para los trabajadores, - como la gran mayoría de las unidades de producción y de servicios del país -, por el reconocimiento del papel estratégico que juega la atención en salud durante la guerra, de tal forma, que a su interior existían organizados sistemas de información ligados a los órganos de seguridad somocista, que delataban, perseguían y hostigaban a los trabajadores con actitudes patrióticas.

Quinto, la central de trabajadores hegemónica dentro del movimiento sindical de los trabajadores de la salud no era sandinista. La C.T.N. (Central de Trabajadores Nicaragüenses) de tendencia social cristiana sostenía serias discrepancias con el FSLN como fuerza política en el plano de la estrategia y la táctica de lucha más adecuada para el derrocamiento de la dictadura.

Señalamos sí, que existía un proceso progresivo de desagregación del sistema de salud somocista vinculado estrechamente al dominio efectivo de territorios "liberados", situación que se produjo muy próxima al colapso dictatorial.

Además, en este sentido, este fenómeno puede ser explicado destacando que la penetración política de las fuerzas progresistas dentro del movimiento sindical de los trabajadores de la salud fue la de periferia del país hacia el centro, acompañando la dinámica del desarrollo del movimiento popular y sindical, el crecimiento del FSLN como organización político militar y el incremento de su presencia en los diversos sectores de la sociedad nicaragüense.

Afirmamos, pues, que el sistema de salud de la dictadura no tuvo una crisis político administrativa, a no ser en los últimos momentos de la lucha, permaneciendo, de hecho, -dentro de un proceso de creciente contracción-, funcionando.

Es decir, la crisis política administrativa del sistema de salud somocista no fue una consecuencia de su carácter deficitario ni de su irracionalidad estructural, -- sino que fue parte de la crisis política general de la dictadura, sin antecederla, más bien, acompañandola.

Ahora bien, con el triunfo revolucionario y la creación del Sistema Nacional Unico de Salud, lo que se fracturó substancialmente en dependencia de la transformación de la naturaleza del "poder societal" (18) fue el poder administrativo dentro del sector, lo que abrió la posibilidad de organizar otra red de micropoderes e iniciar, dentro del marco general de transformaciones del sector, la disputa cotidiana sobre el que y como hacer las cosas, donde el poder técnico, concentrado en las unidades sanitarias en una relación directa con su complejidad, se convierte en un enclave principal de fuerza política y en un núcleo facilitador del desarrollo o en un polo de contradicción.

B.2.2. La Herencia Somocista

Con claridad del carácter político de la crisis como factor desencadenante principal, estamos en mejores condiciones para entender la herencia somocista en el plano socio-económico.

Esta, puede resumirse en los siguientes datos:

- "50.000 personas (alrededor de un 2% de la población total), murieron durante la guerra de liberación nacional.
- 40.000 niños quedaron huérfanos como consecuencia de la guerra. Alrededor de un millón de personas debían ser alimentadas para sobrevivir en las semanas posteriores a la victoria.
- La producción nacional bajó en 7.9 y 26.5 por ciento en los años 1978-79. El nivel de ingreso por cápita en esos años fue similar al de 1963.
- Los daños materiales de la guerra fueron por 520.3 millones de dólares.
- La descapitalización y el robo en 1978-79, produjeron pérdidas por 518.8 millones de dólares.
- El servicio de la deuda externa heredada fue de 249.3 millones de dólares.
- La deuda externa pública y privada heredada fue de 1.650 millones de dólares.
- Se dejaron de percibir por falta de actividad económica 1.246.800 dólares.

- El total en pérdidas y daños materiales fue de 4 mil 185 millones 200 mil dólares.
- Además el somocismo dejó una economía totalmente dependiente y volcada hacia los intereses de los Estados Unidos:
 - .- En la exportación de café, algodón, azúcar y carne.
 - .- En la dependencia de repuestos, maquinarias, fertilizantes y otros insumos.
 - .- En un sector industrial de "ensamblaje", diseñado para subsanar las necesidades del mercado norteamericano y no las necesidades del pueblo de Nicaragua.
 - .- En la explotación y usufructo de los recursos mineros (oro, plata), pesqueros y madereros por parte de compañías norteamericanas.
- En el sector industrial, solamente 102 empresas concentraban casi el 30% de la producción manufacturera en 1977.
- Tres grupos: El Banco Nicaragüense (BANIC), el Banco de América (BANAMER) y el grupo Somoza prácticamente monopolizaron el sector financiero y de seguros.
- El analfabetismo llegaba al 50.3% de la población, es decir, que 1.212.021 nicaragüenses no sabían leer ni escribir.
- El desempleo alcanzaba el 33%, o sea que 250,000 nicaragüenses aptos para trabajar no encontraban empleo, ni percibían salario alguno.
- Solamente 364 mil personas tenían agua potable en sus hogares en 1977.
- Las empresas que pasaron a formar parte del Area Propiedad del Pueblo (estatal), o sean las empresas de Somoza y los Somocistas, habían acumulado pérdidas por 150 millones de dólares.
- Antes de huir del país, los somocistas saquearon el sistema financiero, dejando solamente 3 millones de dólares en caja. Cuando la Revolución nacionalizó los bancos, estaba nacionalizando un sistema financiero en quiebra" (19).

B.2.3. La Situación del Sector Salud

La herencia somocista en el sector salud presenta particularidades específicas.

De inicio, podemos expresar, que sectores conexos coadyuvantes al desarrollo del sector salud presentaban cifras alarmantes.

El analfabetismo superaba el 50.3% y la gran mayoría de la población trabajadora solo había cursado del primero al --

sexto grado de primaria; la infraestructura de comunicaciones y electricidad era insuficiente y poco desarrollada, el sistema de alcantarillado escaso y solamente el 9% de las viviendas rurales disponían de agua potable. Existía un déficit habitacional superior a 250.000 viviendas. (20)

El sistema de salud en el somocismo estaba constituido por tres sectores fundamentales: estatal (integrado por 23 instituciones), privado y popular.

El sector estatal comprendía: el Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social -- (JNAPS), el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social -- (INSS) y los Servicios Médicos Militares.

El total del presupuesto del sector estatal ascendía al 10% del presupuesto Nacional.

En el año 1984, el INSS y la JLAS, eran las instituciones con mayor grado de financiamiento, 40% y 26% respectivamente, mientras el Ministerio de Salud y la JNAPS detentaban el 19 y 13%. Los Servicios Médicos Militares, de acuerdo a información oficial, contaba con el 2% del presupuesto del sector.

De forma resumida, las principales características de las Instituciones estatales del somocismo eran las siguientes: (21)

Ministerio de Salud Pública

- Realizaba acciones de Medicina Preventiva de baja calidad, especialmente en lo que se refiere a programas materno infantiles, inmunizaciones, enfermedades crónicas y nutrición.
- Declaraba proporcionar una cobertura del 40-60% de la población.
- Asumía emplear el 12% de todos los médicos del país.-- (1977).

I.N.S.S.

- Baja cobertura de la población económicamente activa -- (16% y de la población general (8.4%).
- Concentraba los servicios en la zona del pacífico del país, especialmente en la capital, Managua.
- Privilegiaba a los trabajadores de servicios (66%), especialmente a la burocracia estatal; en detrimento de los trabajadores productivos (30.7%).

- Con un estilo de trabajo burocrático, no poseía programas preventivos ni servicios propios, lo que la obligaba a comprarlos al sector privado.
- Generaba una dinámica de consumo de tecnología de alto costo en beneficio de las transnacionales, encareciendo substancialmente los actos médicos.
- En los hechos, privilegiaba la medicina curativa antes que la preventiva, la asistencia individual antes que colectiva, la atención hospitalaria en vez de la medicina ocupacional o del trabajo.

J.N.A.P.S.

- Controlaba y financiaba parcialmente los hospitales agudos y crónicos del país.

J.L.A.S.

- Responsable administrativos de los hospitales locales.
- Autónomos entre sí, - eran en total 19-, con diferentes procedimientos administrativos, con gran variedad de salarios, cobertura mínima, no ejercía acciones preventivas.
- No poseía programas de educación continua ni de investigación científica.

A grandes rasgos, los servicios de salud de la dictadura podrían techarse como de beneficencia paternalista con ausencia de participación popular; en esencia elitistas, desintegrados, deficitarios, desproporcionados, casi exclusivamente curativos y marcadamente desarticulados.

El Sector privado, de acuerdo a datos de 1974, estaba constituido por 1.335 médicos, de los cuales, el 35% (467) mantenían la práctica privada como la única forma de ejercicio profesional. La gran mayoría (65%) mantenían relaciones de trabajo con alguna institución estatal.

No existen estadísticas con relación al sector, ni con relación a otros espacios de ejercicio privado de carreras profesionales y técnicas, fuera de los médicos, es decir de odontólogos, farmacéuticos, microbiólogos, enfermeras y otros.

Las máximas expresiones de desarrollo empresarial dentro del sector esta dado por asociaciones de médicos que conformaban policlínicas y hospitales particulares, en pequeña cantidad, que sobrevivían económicamente de la venta de servicios al INSS y de la prestación de servicios a sectores privilegiados de la sociedad nicaragüense.

Existía, además, dentro del sector privado en su conjunto una incipiente producción industrial de medicamentos, diversas casas comercializadoras de insumos médicos y no médicos y una red de laboratorios y farmacias privadas, sobre los cuales no se tiene información disponible en este momento.

El sector de la medicina popular está constituido por curanderos, parteras empíricas, magos, hechiceros, espiritistas, etc.

No existen publicaciones que analicen este fenómeno en cuanto a la efectividad de los productos utilizados (hierbas, plantas, polvos), ni con relación a su peso dentro de la cultura de nuestro pueblo ni a la magnitud de su difusión. Es de esperarse que fuera, en términos generales, ante la falencia del sistema somocista, ampliamente difundido, especialmente en las zonas rurales.

El perfil epidemiológico de la situación inicial corresponde, como anota Escudero J.A. (22), a los rasgos característicos de las sociedades capitalistas atrasadas en -- América latina.

"...configurando un perfil epidemiológico del capitalismo periférico en donde encontramos altos niveles de mortalidad, - especialmente infantil-, baja esperanza de vida al nacer, una elevada prevalencia de desnutrición asociada a parasitosis e infecciones, una alta prevalencia y mortalidad por enfermedades de fácil prevención (sarampión, tétanos) o de tratamiento fácil y barato (TB, Malaria) y -- una baja cobertura de los servicios de atención médica".

Algunos indicadores de salud posibles de ser reconstruidos indican una situación dramática:

- Esperanza de vida al nacer 52.2 años (1980)
- Tasa de mortalidad general 8.2/000 hab. (estimación Oficial).
16.4/000 hab. (estimación de CELADE)
- Tasa de mortalidad infantil 46/000 N.V. (estimación Oficial)
121/000 N.v. (estimación CELADE).
- En el año 1977 habían 17 camas de hospital, 5 médicos, 2 enfermeras y menos de un odontólogo por cada 10 mil habitantes.

La dictadura escondía o bien falseaba los indicadores tratando de ocultar la situación de salud del pueblo nicaragüense.

El Sistema de Planificación como tal no existía, con excepción de débiles manifestaciones en cada institución estatal, y, las acciones de control y supervisión eran dispersas y deficientes, el sistema de información era restringido y sujeto a la manipulación por intereses espurios.

El Estilo de Trabajo de las instituciones de salud del sistema somocista estaba caracterizado por la falta de sistematización, ausencia de coordinación intra y extra-sectorial (no existía un Plan de Desarrollo Nacional), vicios burocráticos y "desviaciones liberales", amiguismo, servilismo, política de feudos, etc.

3.2. SE DEFINIO UNA SITUACION OBJETIVO DESEADA?

A. Que Entendemos por Situación Objetivo

Consideramos conveniente para alcanzar una mayor precisión conceptual, realizar de previo algunas reflexiones de orden teórico sobre aspectos diversos de lo que en este trabajo - estamos denominando situación objetivo.

Primero, para nosotros situación objetivo (23) y el concepto tradicional de imagen objetivo (24) son dos comprensiones sutilmente diferentes, siendo la primera de ellas, a nuestro juicio, mucho más rica, flexible y dinámica, reflejando mejor el carácter cambiante y contradictorio de la realidad que se pretende transformar, fijándose como objetivo la construcción de una situación real histórica y no de una imagen idealizada de la realidad.

Segundo, esta situación objetivo, de alguna manera subyace en el dgx., constituyéndose de hecho en su antítesis, no en su contrario, - comprensión muy simple-, sino en su su peración cualitativamente enriquecida.

No meramente es la otra cara de la moneda, - no se trata de una reacción en espejo-, sino de otra situación con -- una calidad y cantidad diferente, que sin ser un reflejo mecánico del dgx., incorpora las contradicciones de éste para contribuir a darles solución creando vías de desarrollo diversificadas en un proceso no lineal, sino en espiral, con recuos, avances, paradas, desviaciones e intensidades diferentes, en un itinerario conflictivo donde la realidad es tratada más como un oponente que como un mode lo dócil.

Tercero, evitamos para la situación el adjetivo de final, porque no consideramos que exista un final como tal, partiendo del principio de que el cambio y el desequilibrio son las constantes de la realidad, y que el proceso de transformación de esta es ininterrumpido.

Cuarto, no consideramos posible la existencia de una situación objetivo parcial, sino como parte actuante, influyente e influenciada de una situación objetivo total.

Destacamos el papel orientador que posee para la selección de los proyectos dinamizadores y la necesidad de mantener con relación a ella una actitud que no le cargue de detalles ni la haga una vaga aspiración, preservando el carácter sustantivo de sus elementos.

Consideramos también que no es posible fijar un tiempo rígido para su consecución y que debe estar sujeta a constantes revisión y ajuste.

Los requisitos de la situación objetivo pueden enumerarse de la siguiente manera:

- a.- "Representatividad: Su diseño debe ser la expresión de las aspiraciones de grupos sociales representativos y responder a problemas verdaderos y trascendentes para ellos;
- b.- Validez: Resulta de las sucesivas aproximaciones entre la Imagen preliminar y la viabilidad de la trayectoria para evitar de este modo que pueda tener un carácter utópico;
- c.- Singularidad: Su elaboración y posterior coherencia con los proyectos sociales básicos de las estrategias requiere precisarla en términos de categorías abstractas de primer grado; (25)
- d.- Significación direccional: Para que no constituya una simple y heterogénea relación de objetivos de jerarquía muy diversa, el criterio de selección de los elementos que debe incluir es su contribución a definir la dirección del proceso de desarrollo. La imagen debe estar depurada de todos los elementos instrumentales y centrarse en las características esenciales. - Por último,
- e.- Capacidad semiótica: Su singularidad debe poderse sintetizar, con propósitos políticos, en pocos símbolos genéricos muy expresivos de los problemas y sus soluciones.

Por ser la antítesis de la situación inicial, la Imagen objetivo no debería cumplir con estos requisitos como una mera formalidad estática, sino constituir en lo posible una expresión del nuevo funcionamiento del sistema". (26)

Con estos elementos nos preguntamos: cuál fue la situación objetivo que se testó durante los 5 años del período estudiado?; realmente existió una situación objetivo como tal?; cuáles fueron sus principales rasgos?.

Trataríamos de contestar estos interrogantes identifican-
do en la práctica institucional y en los documentos dispo-
nibles las huellas del esfuerzo para configurar esta si-
tuación.

B.- COMO SE EXPRESAN LOS PRINCIPALES RASGOS DE ESTA SITUACION
OBJETIVO?

B.1. A Nivel Supraestructural

La situación objetivo sectorial pretendida en el conjunto de las transformaciones socioeconómicas propuestas dentro del Proyecto de Reconstrucción Nacional, está meridianamente expresada, - en términos de voluntad política, orga-
nización y funcionamiento-, en el área de la superestruc-
tura jurídico-política de la sociedad nicaragüense, en el programa histórico y la plataforma programática de la fuer-
za política hegemónica en el país, el FSLN; y en los docu-
mentos de la institución rectora y responsable del desarro-
llo de este frente de trabajo: el Ministerio de Salud.

A partir de estas fuentes sería posible identificar sus -
rasgos principales y testar, con la realidad del desarro-
llo institucional en el período estudiado, el grado de -
avance obtenido en la consecución de esta situación obje-
tivo deseada.

Ahora bien, cuando nos referimos a las expresiones de la
situación objetivo sectorial dentro de la superestructura
jurídico política, nos estamos refiriendo a la legisla-
ción vinculada al desarrollo del sector.

En su conjunto, la legislación sanitaria (27) durante el
período abarca 8 decretos, de ellos, tres están dirigidos
al ámbito general y 5 son de corte específico.

Para lo contemplado en este punto de la disertación, inte-
resan fundamentalmente los de ámbito general, pero en be-
neficio de la puntualización de esta información, procede-
remos a un breve recuento de ellos:

Decreto	No. Asunto
- Ley creadora del Sistema Nacional Uni- co de Salud.	35 General
- Reforma a la Ley Creadora de los Minis- terios de Estado.	81 General
- Ley Orgánica del Ministerio de Salud	1030 General
- Exportación de artículos relacionados con la Salud y Nutrición.	70 Específico

- Certificaciones de Nacimiento y Defunción 722 Específico
- Ley de la campaña contra el Aedes Aegypti 806 Específico
- Creación del Viceministerio de Re cursos Humanos y Docencia 415 Específico
- Ley de Promoción de la Lactancia Materna 912 Específico

En términos generales es posible comentar que esta suma de iniciativas legales no constituyen un conjunto capaz de ser un Código Sanitario en forma pero proporcionan claras señales de la existencia de una tendencia a la creación de un marco jurídico favorable para el proceso de transformaciones del "sector".

Especialmente expresan la institucionalidad por la vía jurídica de la voluntad política gubernamental de hacer estas transformaciones, proporcionándoles a los sentidos e históricos anhelos populares y clasistas un respaldo legal que cuenta con la fuerza de la ley.

De manera específica, la ley creadora del Sistema Nacional Unico de Salud (S.N.U.S.), considerando laprioridad, política-, de elevar en forma substancial el nivel de salud del pueblo nicaragüense y las recomendaciones de la OPS/OMS en términos de organización del sector, crea el SNUS aboliendo las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) y la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), declarando las unidades sanitarias de las mismas y los Ser vicios Médicos del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) responsabilidad del Estado y designa como administrador de este "sistema" al Ministerio de Salud.

Además, establece las formas iniciales de financiamiento del MINSA, y expresamente no menciona en ningún sentido al sector privado dentro del SNUS ni a los Ser vicios Médicos Militares y su relación con el Ministerio de Salud.

Realmente, crea un "sistema", pero fundamentalmente, crea la Institución de Salud del Estado responsable de "proponer, ejecutar, controlar y aplicar las políticas del Estado en el área de la Salud" (28), ratificando esta opción en la "Reforma a la Ley creadora de los Ministerios de Estado". (29).

La "Ley Orgánica del Ministerio de Salud" define las atribuciones del MINSA, entre las cuales destacamos la obligatoriedad de la articulación extrasectorial para la elaboración de los planes de salud y la ejecución de medidas para la prevención de enfermedades y el fomento de la higiene ambiental.

Esta misma ley establece, en términos de lo que podíamos denominar el ámbito de la economía de la salud, la obligatoriedad de:

"Participar con otros órganos del Estado en la proposición de políticas para la importación, producción, comercio, - prescripción y uso de los productos, medicamentos, instrumentales y equipos de uso y aplicación médica y de aquellos que puedan afectar a la salud humana". (30)

Y, lo que consideramos de interés por el espacio que abre para la aplicación del principio de economía mixta:

"Participar en entidades económicas o empresas que se dediquen a la adquisición, producción o distribución de productos y servicios relativos a la salud pública". (31)

En síntesis, la situación objetivo que expresan estas manifestaciones supraestructurales se refieren, fundamentalmente, a la dislocación del núcleo de poder dentro del - proceso de toma de decisiones relativas a la salud pública hacia una institución, el MINSA, que sin ser única es, evidentemente, hegemónica dentro del sector.

Es decir, lo más importante, dentro de este componente de la situación objetivo, es preservar la viabilidad política institucional, - dentro de una concepción sistemática, de una forma de expresión del Estado Nuevo Tipo dentro -- del "sector salud, que pretende asumir la representación - de los intereses intrasectoriales de los sectores populares y las clases fundamentales de la sociedad nicaragüese y, que preservando su singularidad dentro del conjunto de Proyectos Sociales Básicos de la Revolución, posee una significación direccional, y una capacidad semiótica, que estudiando las tendencias principales del desarrollo institucional durante el período en cuestión, es posible comprobar en términos de validez.

La voluntad política de la principal fuerza partidaria - del panorama nacional, está expresada, con relación al - sector salud, dentro de la plataforma programática del FSLN, - la misma del triunfo en las elecciones de 1984-, que contemplamos al momento del balance político de la direccionalidad global de las transformaciones socioeconómicas del período como marco de las transformaciones del -- sector salud y garantía de la expectativa de su continuidad.

"El Frente Sandinista se compromete a seguir luchando por consolidar el Sistema Único de Salud, por mejorar la calidad de los servicios y la atención a los pacientes en los hospitales, a seguir llevando los servicios de salud a - las áreas rurales, principalmente aquellas que están bajo la agresión militar contrarrevolucionaria, así como asegu

rar el abastecimiento de medicamentos, aún dentro de las limitaciones que nos impone la guerra de agresión.

... Seguiremos luchando para que se mejore la calidad de la atención y el trato fraternal y humanitario a los pacientes.

Nos comprometemos a seguir erradicando las enfermedades infantiles, a continuar la lucha contra la desnutrición en los niños, a seguir luchando contra la mortalidad infantil y a priorizar la atención a la madre durante el embarazo y después del parto, lo mismo que al recién nacido.

Nos comprometemos a apoyar y fortalecer las Jornadas Populares de Salud, para que el pueblo organizado desarrolle y consolide su participación en el cuidado de su propia salud y el desarrollo de la medicina preventiva.

Igualmente, seguiremos formando más y mejores médicos, enfermeras y técnicos en el campo de la salud, con una nueva conciencia del servicio al pueblo". (32)

Lo que queda claro después de revisar los signos supraestructurales, es que el desarrollo, fortalecimiento y profundización del Ministerio de Salud como institución hegemónica en materia de planificación, organización, dirección, control y evaluación de la producción de servicios y de la formación de recursos humanos, es la condición de la existencia del Sistema Nacional Único de Salud.

El MINSA se convierte en el elemento aglutinador, en el eje de los otros componentes del sistema: sector privado, sector popular, servicios médicos militares, sector industrial y comercial del área de la salud.

De ahí, que los Planes y Programas del Ministerio de Salud, su capacidad de organización y gestión y la problemática que generan las actividades que preside en el sector: producción de servicios, abastecimiento técnico material, inversiones, fuerza de trabajo y salario, desarrollo científico técnico y financiamiento, sean líneas vitales para el desarrollo del sistema en su conjunto.

Lo que es más, el proceso de planificación que ocurre a lo interno de la institución es, por excelencia, el proceso predominante dentro del sector.

Es, pues, el desarrollo del Estado nicaragüense, - entiende el Ministerio de Salud-, la estrategia política, administrativa, técnica y ejecutiva, que en los hechos dentro del marco general de la voluntad política gubernamental de transformaciones, constituye el hilo conductor del entendimiento de las perspectivas del SNUS en Nicaragua.

De todo lo anterior puede concluirse que la situación objetivo es de orden cualitativo, representativa, singular, de alto contenido direccional y semiótica, expresándose como la tendencia a:

"Desarrollar el componente salud de la sociedad nicaragüense, de tal manera, que contribuya de forma beligerante al mejoramiento de las condiciones de vida y reproducción social de la población". (33)

Y, que el proyecto de intervención sectorial está caracterizado por:

"Crear, desarrollar y fortalecer el Ministerio de Salud, ocupando como punto de partida la integración de las diversas instituciones estatales del somocismo responsable de la atención preventiva y curativa.

El principio básico que rige esta caracterización es que la salud es un derecho del pueblo y un deber del Estado.

Este proyecto sectorial estaría articulado al desarrollo del Proyecto nacional, afectado por la coyunturas que éste atravieza e involucrado en la solución de las mismas". (34)

Pero, a nuestra manera de ver, no existe en cuanto a la estructura y funcionamiento del sector en la interrelación de sus componentes público, mixto, privado, popular y militar, una situación objetivo, ni claramente establecidos indicadores de salud, - a no ser iniciativas dispersas-, que expresen la situación de salud del pueblo nicaragüense que se desea alcanzar y el sector que se pretende configurar.

Más bien, lo que fue establecido por la práctica del hacer fueron la naturaleza de las relaciones entre los componentes: de colaboración, sin excluir el conflicto, entre el Ministerio de Salud y los Servicios Médicos Militares, de colaboración entre el MINSA y el área estatal y mixta de producción de medicamentos y material de reposición; de subordinación con relación al Ministerio de Salud del área privada de comercialización de insumos médicos, especialmente tecnología. Consideramos al sector privado y popular de producción de servicios en una relación independiente con el Ministerio de Salud, pero subordinados al conjunto del P.N.D.

Es decir, con mayor claridad podemos afirmar ahora que la confusión entre sector salud, sistemas nacional único de salud y Ministerio de Salud, se reduce, de hecho, a una identidad entre el S.N.U.S. y el MINSA, sin una clara definición del sector como tal en una comprensión más amplia que el mero recuento de sus componentes y la definición por los hechos de sus relaciones más generales.

De ahí, que intentar reconocer la situación objetivo pro pu esta a nivel institucional, - Ministerio de Salud-, sea, en verdad, el derrotero que nos lleva de forma más precisa al conocimiento, dentro del período estudiado, de la situación deseada dentro del sector salud desde la pers pectiva de la fuerza política hegemónica.

B.2. A Nivel del Ministerio de Salud

El MINSA como institución posee de sí misma una definición de situación objetivo en cuanto a su estructura y funcionamiento.

Se reconoce en términos de organización administrativa (estructura) como compuesta por tres niveles de gestión administrativa y dos instancias preventivo curativas de ejecución de las acciones de salud.

Niveles de gestión administrativa.

"

- 1.- Nivel Central: su carácter es político normativo.
- 2.- Nivel Regional: que es el nivel de dirección superior a nivel de las regiones, allí se adecuan las políticas, impulsan y coordinan los programas bajo su responsabilidad, a la vez responde por las coordinaciones - con otras instituciones.

En Nicaragua existen seis regiones y tres zonas especiales, de acuerdo a la regionalización del estado en su conjunto.

- 3.- Nivel Operativo: en este se ejecutan las acciones de salud (hospitales, centros de salud, etc.)". (35)

Insntancias de ejecución.

- 1.- Instancia de áreas de salud, con un total de 96, cada una con límites geográficos bien definidos, con un -- centro de salud cabecera en que se encuentra la administración y puestos de salud satélites. Desde el -- punto de vista del modelo las áreas tendrán de 20 a 30.000 habitantes, pero en 1984, algunas superaban -- los 100 mil habitantes, como en el caso de Managua. En relación directa y estrecha con este nivel están los brigadistas de salud que son miembros de las orga nizaciones de masas que ya han recibido un adiestramiento básico, pero la relación más fuerte de los organismos de masas en el proceso global de gestión se dá a través de los Consejos Populares de Salud del -- Area.

- 2.- Instancia de atención secundaria, integrada por los - hospitales regionales y nacionales, y el Centro Nacio nal de Higiene y Epidemiología". (36)

La institución eleva, dentro de la situación objetivo de su estructura y funcionamiento, a la regionalización sanitaria (37) en la complejidad de sus componentes: inter-relación de las líneas de autoridad política, administrativa y técnica en los diferentes niveles; centralización normativa y descentralización ejecutiva y sistema de referencia y contrarreferencia; a la calidad de columna vertebral de la estructura propuesta, reconociendo de esta manera, - dentro de las dificultades propias de la descentralización (38)-, el papel relevante del nivel local en la ejecución de las políticas de salud, y en general, en la gestión institucional en sus diferentes funciones administrativas, incluyendo, la colaboración con otros órganos del estado, tando instituciones como representaciones de la Presidencia de la República, en una situación donde el Estado en su conjunto está regionalizado.

La situación objetivo, a su vez, posee una línea de principios que fundamentan y definen un funcionamiento institucional que apunta en la dirección del desarrollo de componentes considerados claves, algunos de ellos posibles de ser reconocidos como proyectos dinamizadores, para la consolidación de la opción estratégica sectorial: el fortalecimiento del Ministerio de Salud.

- 1.- La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado y del Pueblo organizado,
- 2.- Los servicios de salud deben tener la mayor accesibilidad para la población en términos geográficos, económicos e ideológicos.
- 3.- Los servicios de salud tienen un carácter integral,
- 4.- El trabajo de salud debe realizarse en equipo multidisciplinario,
- 5.- Las actividades de salud son planificadas,
- 6.- La comunidad debe participar en todas las actividades del sistema de salud". (39)

Ahora bien, operacionalizar dentro del espacio objetivo de la sociedad nicaragüense el componente estatal del sector salud, nos conduce a la discusión sobre los proyectos dinamizadores capaces de ir creando coyunturas favorables o desfavorables en el marco de una tendencia general para la consecución de situación objetivo deseada.

Es decir, nos coloca en la posición de rever el "hacer", entienda quehacer institucional, para reconocer en esta práctica social las líneas principales de inversión del -

esfuerzo ministerial, concebido como la expresión de la hegemonía política en el aparato estatal de una fuerza partidaria que promueve un Proyecto Nacional de Desarrollo y de transformaciones sectoriales.

3.3.- CUALES FUERON LOS PROYECTOS DINAMIZADORES

A. La Definición Teórica

Los proyectos dinamizadores son el componente activo de la ejecución de una política construída.

Representan, por exelencia, el rasgo que en materia de actitud ante la práctica de la planificación distingue a la perspectiva estratégica de la normativa.

Son concebidos como verdaderos arietes para transformar la realidad en la dirección de la situación deseada generando situaciones intermedias favorables.

Se expresan como instrumentos peculiares de cada caso que apuntan en el sentido del cambio de una realidad singular.

Están constituídos por un conjunto de proyectos operativos, unidades de acción, susceptibles de ajustes y modificaciones, que se expresan como una malla de procesos técnicos - dentro de una margen de viabilidad política.

Expresa la utilización, dentro del cuerpo teórico de la Planificación Estratégica, de la categoría "Totalidad Analítica" (40), asumiendo:

- "a) que el todo se mueve en un sentido cuantitativo y cualitativo, por el predominio de un número reducido de sus partes críticas;
- b) que el resto es inducido, tarde o temprano, por las partes estratégicas; y
- c) que la capacidad de análisis y ejecución es limitada, y en consecuencia, que la realización por etapas de una política de desarrollo requiere concentrarse en las partes estratégicas" (41)

B. Los Proyectos Dinamizadores del Ministerio de Salud

Si bien podemos afirmar ahora, después de identificar los signos estratégicos de la situación objetivo sectorial, - que el Ministerio de Salud es, por exelencia, el Proyecto Social Básico que incorporado como parte del Plan de Gobierno de una fuerza política hegemónica, - el FSLN-, pretende con la fuerza de su impacto en la realidad del sector direccionar su transformación; los proyectos dinamiza

dores a nivel de la institución se expresan en los hechos a través del análisis de la práctica ministerial durante el período estudiado en el marco general que proporciona la situación socioeconómica de la formación social.

Es decir, la identificación de los proyectos dinamizadores del MINSA se manifiesta en el reconocimiento de los elementos considerados claves expresados en función de sus tendencias principales durante el período en cuestión: recursos financieros, inversiones, abastecimiento técnico material, organización y gestión, fuerza de trabajo, producción de servicios, participación popular y formación de recursos humanos.

B.1. Recursos Financieros

Los diferentes indicadores del comportamiento de los recursos financieros asignados al Ministerio de Salud se encuentran determinados por el grado de desarrollo de la economía nacional dentro de la coyuntura política del período y por el estado de las finanzas públicas; ambos, establecen la capacidad de inversión presupuestaria gubernamental que materializa la voluntad política de promover este proyecto social básico.

La economía nicaragüense tiene su marco geopolítico de referencia en el istmo centroamericano y sus raíces histórico económicas en esta región.

Asumiendo de forma aislada su análisis no es posible obtener criterios en términos de comparación, que permitan, manteniendo las diferencias y las distancias, ubicar sus debilidades y realizaciones en el conjunto de la economía regional, que posee como común denominador el de ser economías abiertas, inseridas como productoras de materias primas en la división internacional del trabajo.

De inicio podemos afirmar que:

"La situación económica de los países de la región aparece como una situación de crisis caracterizada por un estancamiento o depresión de estas economías. Durante el período 1981-1984 la economía de la región decreció a una tasa media anual de 0.4%. (42)

Dentro de este momento de crisis económica, Nicaragua se caracteriza por:

- 1.- Ser uno de los dos únicos países, el otro es Panamá, donde es posible observar un crecimiento significativo del P.I.B. durante el período, con una tasa media anual de 2.2% y una tasa de crecimiento acumulado de 8.8%, que solo han significado, valga la aclaración, una recuperación de los niveles de producción observados a mediados de la década de los setenta.

- 2.- Compartir la tendencia general de la región de deterioro de los niveles de ingreso per cápita entre otras cosas, por una relación inversa entre la tasa de crecimiento del PIB (2.2%) y la tasa de crecimiento de la población (3.9%), situándose junto con El Salvador en términos de IPC a niveles menores de los observados en 1970. Nicaragua presenta, además, la tasa de inflación más elevada de la región, cerca de 40%, muy por encima del promedio regional, 10.7%.
- 3.- Representar el mayor grado de participación del Estado en la economía, medido a través de la proporción Gasto público/PIB, pasando, en promedio, de un 20.7% en 1976-80 a una participación de 53.4% en 1980-83, con la peculiaridad, que el incremento del gasto del Gobierno no ha estado acompañado de incrementos correspondientes en los ingresos gubernamentales, y por ende, ha crecido el déficit fiscal como proporción del PIB.
- 4.- Manifiestar el mayor déficit en la balanza comercial de la región, y el segundo, después de Costa Rica, saldo de deuda externa, computado al año 1984 en 3.900 millones de dólares; es decir, a juicio de los autores (43,44), el endeudamiento se elevó todavía más a límites no compatibles con la capacidad productiva del país.
- Pero, la problemática económica del Proyecto Nacional de Desarrollo de Nicaragua adquiere un matiz histórico concreto, singular, cuando por encima de las cifras frías y las comparaciones numéricas, se introducen en el análisis variables de alto contenido político en términos de impacto sobre la economía que contribuyen decisivamente a la explicación de los fenómenos de recesión decritos:
- Los costos económicos de la guerra de liberación (45)
 - Los costos de la agresión imperialista (46)
 - Los fenómenos económicos del momento de la transición en estas circunstancias (47)
 - La crisis económica internacional (48)

Es dentro de este panorama y con este entendimiento general que podemos analizar en el caso de Nicaragua y la región la evolución de los índices económicos que expresan la prioridad asignada por los gobiernos del istmo centroamericano a las programas de salud del sector público.

La evolución del gasto público como proporción del PIB en el período, ver cuadro No.5, manifiesta la tendencia general del istmo, con excepción de Guatemala y Costa Rica, - al incremento de la participación relativa del gasto del Gobierno en el producto total de la economía. En tres de

estos países, Belice, Panamá y Nicaragua, la participación del Gobierno en la economía representa más de una tercera parte del producto. En Nicaragua, a finales del período - estudiado, la participación del Gobierno en la economía - representó más del 50% del producto total.

Sin embargo, un incremento en la participación del gasto público como proporción del PIB no implica necesariamente una mayor cantidad de recursos utilizados por el Estado. (49)

Pero, la evolución de los índices del gasto público en - términos reales, ver Cuadro No.6, ratifica que el caso - de Nicaragua, Belice y Panamá, el incremento en la participación del gasto del gobierno como proporción del PIB ha estado acompañado de un incremento en los recursos totales del estado.

En resumen, en los tres países donde existe una mayor participación relativa del Estado en la Economía, Belice, Nicaragua y Panamá, que al mismo tiempo son los países con mayores tasas de crecimiento, son, también, los que presentan un incremento de los recursos reales del Gobierno durante el período.

La evolución del gasto público directo en salud como proporción del PIB (1980-1984) en el istmo centroamericano, ver cuadro No.7, expresa que Belice y Nicaragua son los países en los cuales se observan las más altas tasas de participación del gasto público en salud.

Por las limitaciones del indicador descrito anteriormente, una idea más clara de la disponibilidad de recursos efectivos puede derivarse del análisis del gasto público en salud en términos reales, ver cuadro No.8.

Para nuestros fines, los resultados más importantes que se desprenden del análisis del cuadro, son que en Honduras y Nicaragua se observan tasas de variación acumuladas negativas del orden de -1.2% y -3.3%, respectivamente.

Esto sugiere que los niveles de gasto observados en 1984 han sido ligeramente inferiores a los observados en 1980.

Ahora bien, todos los indicadores descritos se encuentran influenciados por cuatro factores: (50)

- El comportamiento de la economía en general,
- La situación de las finanzas públicas que determina la capacidad de gasto del gobierno,
- Las decisiones políticas acerca del grado adecuado de intervención del gobierno en la economía,

CUADRO No. 5

EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO COMO PROPORCION DEL PBI
 PERIODO 1980 - 84
 (En Porcentajes)

	1980	1981	1982	1983	1984	Participación Promedio Período 1980 - 1984
BELICE	31.1	32.3	41.9	38.3	37.7	36.3
COSTA RICA	25.0	21.0	18.5	--	--	--
EL SALVADOR	17.2	18.7	19.2	17.5	20.6	18.6
HONDURAS	22.8	25.5	28.8	28.5	24.3	26.0
GUATEMALA	13.1	16.0	13.1	11.5	10.5	12.8
NICARAGUA	28.9	32.4	40.3	48.7	52.3	40.5
PANAMA	29.9	31.4	37.9	31.3	--	32.6

(--.) no disponible

Fuente: Suarez R. Estudios sobre el financiamiento del sector salud de los países de Centroamérica y Panamá.

sl., OPS/OMS, 1985, p:28

CUADRO No.6

EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO TOTAL REAL EN LOS PAISES DE LA
REGION, (PERIODO 1980-1984)
(Indice 1980 = 100)

	1980	1981	1982	1983	1984	Variación Acumulada 1980-84	Promedio de Variación b 1981-84
BELICE	100.0	105.2	135.4	124.7	124.2	+24.2	+ 22.3
COSTA RICA	100.0	84.4	66.4	-.-	-.-	-33.6a/	- 30.0a/
EL SALVADOR	100.0	94.5	89.7	79.2	97.5	- 2.5	- 10.5
HONDURAS	100.0	108.8	114.3	112.2	97.4	- 2.6	+ 8.0
GUATEMALA	100.0	113.8	95.9	76.2	70.9	-29.1	- 8.3
NICARAGUA	100.0	117.4	139.0	152.7	156.8	+56.8	+ 41.5
PANAMA	100.0	109.3	139.5	115.4	-.-	+15.4a/	+ 21.4a/

a/ Calculados sobre los período de información disponible.

b/ Variaciones con respecto a la base.

Fuente: Estudios sobre el financiamiento del setor salud..., op.
Cit., P:31.

CUADRO No.7

EL GASTO PUBLICO DIRECTO EN SALUD COMO PROPORCION DEL P.I.B.

PERIODO 1980 - 84

	1980	1981	1982	1983	1984	Tasa de Participación Período 1980 - 1984
BELICE	2.7	3.2	3.1	3.2	3.2	3.1
COSTA RICA	1.3	1.3	0.9	0.7	-. -	1.1 _a /
EL SALVADOR	2.1	2.3	2.1	2.1	1.8	2.1
GUATEMALA	1.9	2.6	2.4	1.8	1.7	2.1
HONDURAS	2.5	2.8	3.1	3.1	2.4	2.8
NICARAGUA	3.6	3.7	3.4	3.6	4.0	3.7
PANAMA	1.6	1.4	1.7	1.7	1.8	1.6

a/ Participación promedio 1980-84.

Fuente: Estudios sobre el financiamiento del sector salud., op. cit., p:33.

En términos prácticos, esto significa que al finalizar el período el 40% del presupuesto nacional estaba destinado para la Defensa. Implica, también, como fruto de la agresión, fuertes pérdidas económicas por destrucción de infraestructura básica, por la imposibilidad de producir en terminadas regiones y por ello de exportar o por la utilización de recursos productivos para fines militares, lo que ha reducido la capacidad productiva del país. La agresión ha significado el cierre de mercados para Nicaragua y el corte de cuotas de exportación como también el bloqueo ante organismos financieros internacionales. (52)

Es decir, la pérdida de prioridad económica, - comprensible en estas circunstancias -, no responde a una voluntad política de reasignación de recursos en condiciones de estabilidad y paz, sino a la urgente necesidad de sobrevivir como totalidad social, garantía de las expectativas de desarrollo del proyecto Social Básico dinamizador de la transformación sectorial.

Lo que es más, incluso dentro de las circunstancias de -- agresión militar, aislamiento político y boicot económico promovido por la Administración Reagan, y del importante esfuerzo nacional en función de la Defensa, la evolución del índice del gasto público real en salud per cápita, en el período, ver cuadro No.10, muestra que Nicaragua ocupa el tercer lugar en 1984, invirtiendo menos que Panamá y Belice, y más que Costa Rica, El Salvador y Guatemala.

CUADRO No.10

EVOLUCION DEL INDICE DEL GASTO PUBLICO REAL EN SALUD PER CAPITA, PERIODO 1980 - 84

(Base 1980 = 100.0)

	1980	1981	1982	1983	1984
BELICE	100.0	115.4	108.7	111.6	108.5
COSTA RICA	100.0	101.3	65.5	51.3	-. -
EL SALVADOR	100.0	89.5	73.3	68.8	59.1
HONDURAS	100.0	106.8	116.1	100.9	87.2
GUATEMALA	100.0	119.2	112.2	73.1	68.2
NICARAGUA	100.0	108.9	94.7	91.0	96.7
PANAMA	100.0	101.9	127.7	119.6	125.4
REGION	100.0				75.8
	=====				=====

Fuente: Estudio sobre el financiamiento del sector salud...,
Op. Cit., P:41.

El presupuesto del Ministerio de Salud (1980-84), está expresado en el cuadro No.11.

CUADRO No.11

PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA (MINSA)
1980 - 84
(MILLONES DE CORDOBAS)

	MINISTERIO DE SALUD	%	% DEL P.I.B.
1980	790.3	100.0	3.6
1981	1.114.2	100.0	3.7
1982	1.190.1	100.0	3.4
1983	1.494.1	100.0	3.6
1984	2.001.4	100.0	4.0

Fuente: MINSA Análisis del comportamiento económico del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua, 1985, p:7.

Las fuentes del financiamiento del Ministerio de Salud de Nicaragua están expuestas en el Cuadro No.12

Destacan, en cuanto al financiamiento, como características más relevantes del período:

- Los aportes del Gobierno central son la principal fuente de financiamiento del Ministerio de Salud,
- La disminución del aporte de los recursos externos, destacando la reducción drástica de préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y otros organismos internacionales, y la disminución de las donaciones con una tendencia a la recuperación en el año 1984.

Como complemento podemos señalar que en cuanto a la estructura del presupuesto de gastos del Ministerio de Salud de Nicaragua, durante el período, los servicios personales (53) y el rubro de materiales y suministros (54) son los componentes más importantes del gasto, representando en su conjunto un 75% del total del presupuesto de egresos, y particularmente, aproximadamente 45% y 30% respectivamente.

CUADRO No.12

NICARAGUA, MINSA: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO PUBLICO EN SALUD
(1980-1984)
(Cifras en Millones de Córdobas)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	% Promedio Para el Período
I. TOTAL INGRESOS	<u>790.3</u>	<u>100</u>	<u>1,114.2</u>	<u>100</u>	<u>1,190.1</u>	<u>100</u>	<u>1,494.1</u>	<u>100</u>	<u>2,001.4</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
1. Recursos Ordinarios	702.0	88.2	967.9	86.7	1,045.5	87.9	1,340.1	89.7	1,902.3	95.0	89.6
2. Recursos Externos	88.3	11.2	146.3	13.1	144.6	12.1	154.0	10.3	99.1	5.0	10.3
2.1. Prestamos BID y Otros	24.6	3.1	50.5	4.5	78.4	6.6	96.1	6.4	0.7	0.1	4.1
2.2. Donaciones	63.7	8.1	95.8	8.6	66.2	5.5	58.3	3.9	98.9	4.9	6.2

Fuente: División de Planificación (DIPLAN) - MINSA

La descripción analítica de los recursos financieros disponibles recoloca en toda su crudeza la discusión de la viabilidad económica del Ministerio de Salud como Proyecto Social Básico de acuerdo a como fue concebido en términos de la situación objetivo deseada.

Queda claro, que en general, las perspectivas de crecimiento económico del istmo centroamericano y de Nicaragua como país no poseen una perspectiva brillante.

La región no está dentro de una coyuntura dinámica de crecimiento y, la que fue creada en Nicaragua con la victoria de las fuerzas populares se desgasta progresivamente a medida que la agresión imperialista crece y exige más recursos para la defensa, se incrementa el deterioro de la economía, se tensiona la unidad de las fuerzas de sustentación del proyecto en su conjunto, los proyectos de crecimiento económico no toman cuerpo y perfil sustantivo, y se enfrentan múltiples problemas en la conducción del aparato estatal.

La transformación de esta coyuntura dinámica en proceso de desgaste acelerado en una política construida debe partir del reconocimiento por parte de los planes de gobierno de esta realidad económica.

Con relación a la sociedad en su conjunto interroga la política de subvención de los programas del área social y, en términos del Ministerio de Salud y de sus fuentes de financiamiento, - el grueso proviene de recursos internos, - cuestiona la gratuidad de los servicios ofertados a la población.

Esta no es, por supuesto, una discusión de tipo meramente económico con un espíritu eminentemente empresarial, es una discusión política con un alto grado de contenido económico.

El transfondo político y técnico de la cuestión pasa por la respuesta al interrogante de que si es posible, con la misma concepción actual del Ministerio de Salud como Proyecto Social Básico del sector, convertirlo en una Institución parcialmente autofinanciada, manteniendo el impacto político que produce su presencia y cobertura nacional, su participación en los Planes de Defensa Civil y Militar de la nación, su capacidad movilizadora de los sectores populares alrededor de las diversas acciones de Medicina Preventiva, los avances en materia de cogestión - institucional, el prestigio internacional alcanzado y la capacidad real de transformaciones del perfil de morbilidad de la sociedad nicaragüense.

No se trataría más, como señala el Plan 84, solo de, aunque se continúe haciendo: "Impulsar la gestión de donaciones u otras fuentes de financiamiento en condiciones favorables, en apoyo a las importaciones de medicamentos, material de reposición periódica, insumos para la industria farmacéutica, equipo e instrumental clínico quirúrgico y repuestos para mantenimiento hospitalario". (55); sino, de realizar un estudio de los costos del trabajo institucional para racionalizar el uso de los recursos financieros y definir, con menos voluntarismo y romanticismo, y más sentido práctico, conservando los beneficios políticos, los costos de los servicios de salud para el pueblo nicaragüense.

Esto significa, también, la superación de las deficiencias en materia de administración de los recursos financieros, especialmente aquellas que se refieren a la integración -- Plan-Presupuesto (56), (57) y al control de la ejecución-presupuestaria a nivel de programas y renglones; además, del tratamiento eficiente a la problemática que generan los dos principales componentes de la estructura de gastos del Ministerio de Salud: los servicios personales y el abastecimiento técnico material.

B.2. Fuerza de Trabajo

De hecho, la problemática de los servicios personales se traduce en la dimensión que toma la fuerza de trabajo de la institución como Proyecto Dinamizador, ver cuadro No.13; pág.

Las tensiones acumuladas en esta área al final de 1984 apuntan en el sentido de la necesidad de promover urgentemente las principales tendencias de solución de esta conflictiva-problemática (58) para contribuir al mayor grado de estabilización del trabajo institucional:

- "- Incrementar los recursos laborales vinculados en forma directa a la producción de servicios de salud (médicos y personal técnico y auxiliar de la salud), evitando el incremento del personal de apoyo, administrativo,
- Garantizar una desconcentración y redistribución de los recursos laborales hacia las regiones priorizadas por la defensa y la producción, implementando medidas que busquen su estabilidad en estos territorios,
- Diseñar e implementar un Plan de estímulos materiales y morales para los trabajadores destacados,
- Implementar medidas tendientes a la reducción y en lo posible anulación de los índices de deserción del personal profesional y técnico en salud.

CUADRO No. 13
RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS EN EL MINSA SEGUN OCUPACION
1980-1984

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
TOTAL	15.792	100	15.402	100	17.881	100	20.786	100	21.562	100
MEDICOS	1.356	8.6	1.541	10.0	1.951	10.9	2.081	10.0	2.172	10.1
ODONTOLOGOS	190	1.2	183	1.2	191	1.1	229	1.1	222	1.1
FARMACEUTICOS	-	-	98	0.6	57	0.3	144	0.7	158	0.7
TECNOLOGOS MED.	-	-	92	0.6	103	0.6	129	0.6	98	0.4
ENFERMERAS	808	5.1	900	5.8	795	4.4	1,182	5.7	1,271	5.9
AUXILIAR ENF.	3.879	24.6	3.984	25.9	3.995	22.3	4,226	20.3	4,378	20.3
PSICOLOGOS	-	-	27	0.2	24	0.1	46	0.2	64	0.3
TRABAJADOR SOC.	-	-	76	0.5	67	0.4	87	0.4	76	0.3
TECNICO LABORATORIO	-	-	275	1.8	241	1.4	282	1.4	350	1.6
TECNICOS RADIOS X	-	-	134	0.9	105	0.6	108	0.5	140	0.6
AUXILIAR LABORATORIOS RADIOS X	-	-	233	1.5	325	1.8	352	1.7	340	1.6
TECNICOS ESTADISTICO	-	-	85	0.6	72	0.4	128	0.6	111	0.5
TRABAJADOR SANITARISTA	-	-	320	2.1	265	1.5	350	1.7	324	1.5
FUMIGADOR	-	-	206	1.3	295	1.7	358	1.7	398	1.8
MEDICADOR	-	-	107	0.7	107	0.6	446	2.1	443	2.1
OTRO PER. PROF Y TECNICO	1.057	6.7	862	5.6	1,307	7.3	1,003	4.8	1,084	5.0
SECRETARIAS	-	-	554	3.6	665	3.7	651	3.1	648	3.0
OTRO PERS. ADMITIVO.	2.551	16.1	2,061	13.4	2,828	15.8	3,444	16.6	3,470	16.1
OTRO PERS. SERV. GENERALES	5.814	36.8	3,563	23.1	4,334	24.2	5,308	25.6	5,492	25.6
ESTUD. MEDICINAS	137	0.9	101	0.6	154	0.9	232	1.1	323	1.5

FUENTE: Anuarios Estadísticos 1980 - 1984
Oficina de Estadística de Producción, DINEI - MINSA .

- Garantizar una adecuada cantidad y calidad en formación de recursos técnicos y auxiliares en salud, incrementando programas alternativos en servicio para aquellos recursos auxiliares que registran las situaciones más críticas por su déficit". (59)

B.3. Abastecimiento Técnico Material

El abastecimiento técnico material, como Proyecto Dinamizador, posee al final del período una situación difícil como producto del bloqueo económico y el incremento de la demanda de insumos médicos y no médicos por el aumento de cobertura y el aseguramiento sanitario brindado a la población civil y a las tropas en la áreas de tensión militar y las zonas de guerra.

"En el sector salud, dado nuestro alto grado de dependencia tecnológica del mercado capitalista, debemos importar de él la gran mayoría de nuestros insumos y equipos esenciales; y en tanto la crisis económica reduce la capacidad de importación que tiene el país; de la misma manera se produce su efecto en el sector, limitando la disponibilidad de medicamentos, material de reposición periódica reactivos, insecticida, equipos y repuestos, elementos -- que en su conjunto impactan negativamente en la cantidad y calidad de las acciones de salud. De hecho, hoy es más amplia la brecha existente entre los requerimientos que determina una mayor y más diversificada demanda de servicios y una menor disponibilidad de recursos esenciales." (60)"

La solución de esta situación pasa por la solución de la crisis económica que depende de elementos ajenos al Ministerio, y por la ruptura de la dependencia tecnológica y la renovación de la base técnica de trabajo que exige esfuerzos complejos y espacios temporales más prolongados.

A nuestro juicio, al final del período se perfila como Estratégica la participación del Ministerio de Salud en los Planes de Cooperación del Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME) de los países socialistas (61), (62), garantizando si, las medidas organizativas y de control para el cumplimiento de los acuerdos suscritos; y el enfrentamiento inmediato de la difícil situación de Abastecimiento -- Técnico Material a través de:

- Adecuar las listas básicas de insumos médicos a las necesidades y prioridades establecidas y a la situación que vive el país; asegurando que la importación y producción nacional correspondan a las mismas,
- Fortalecer el desarrollo de medidas que garanticen la racionalización de consumos y ahorro de todos aquellos insumos que generan gastos de divisas para el país,

- Mejorar el sistema de almacenamiento y distribución de los insumos médicos y no médicos en todos los niveles del SNUS". (63)

B.4 Inversiones Físicas

La política inversionista, como proyecto dinamizador, expresamente en los que se refiere a la remodelación, reparación, ampliaciones y construcción de unidades de salud, incluido equipamiento de las mismas; sufre al final del período estudiado, por las características de la situación político coyuntural que atraviesa el país, una contracción severa.

Es en el espacio comprendido entre los años 80-83 donde se ejecutan la mayor parte de los recursos externos: préstamos BID y otros, donaciones; principal fuente de financiamiento de las inversiones en el sentido anotado.

Tanto así, que los Gastos de Capital del Ministerio de Salud han tenido, en el lapso estudiado, un comportamiento oscilante (64) entre 17.4% y 11.4% con relación al presupuesto total, decreciendo abruptamente en 1984 hasta 4.6%, debido al tipo de política inversionista promovida en el segundo semestre 83, pero fundamentalmente debido al hecho que el grueso de las inversiones significativas, de los préstamos contratados, fueron ejecutados financieramente: construcción y equipamiento de 4 hospitales, 4 centros de salud con camas y la mayor parte de los 185 puestos de salud.

La persistencia en la programación de inversiones físicas en los Planes anuales de la institución de los llamados proyectos de "arrastre", expresan la baja capacidad de ejecución del Ministerio en lo que al cumplimiento de la expansión de la red física se refiere.

Tanto así, que al final del período, el 89.3% del total de las inversiones correspondía a proyectos de "arrastre" y solo el 9.7% a proyectos nuevos (65).

Es posible establecer, también, como balance general, que al final del período, las inversiones mayores son en proyectos de "arrastre" por una parte y construcción y ampliación en unidades hospitalaria, pese a ello, el mayor número de construcciones físicas corresponde al nivel primario de atención.

Si lo vemos en términos de inversiones por niveles de atención, los porcentajes son:

Nivel Primario	22.7%
Nivel Secundario	75.0%
Otros	2.3%

La institución, ante esta situación de la política inversionista, asume en función de incidir sobre este aspecto sensible del desarrollo ministerial la necesidad de:

- "- Garantizar la terminación de los proyectos de arrastre y adecuar el crecimiento de la infraestructura de servicios de salud a las estrategias de desarrollo del -- sector,
- Priorizar los gastos que apoyen las reparaciones, ampliaciones y mantenimiento de la capacidad instalada - actual, particularmente en las regiones priorizadas -- por la Defensa y la Producción.
- Ejecutar proyectos nuevos en apoyo al sostenimiento de la defensa,
- Redefinir los diseños y ajustarlos en función del ahorro de divisas, priorizando los proyectos de servicios de atención primaria (C/S con o sin camas y Puestos de Salud)". (66).

B.X. Perspectivas

Podemos ahora concluir, que los recursos financieros, como proyectos dinamizadores del Ministerio como globalidad y el abastecimiento técnico material, la fuerza de trabajo y las inversiones físicas, como proyectos dinamizadores de la ejecución presupuestaria referidos a aspectos sensitivos del trabajo institucional, presentan en su conjunto, un panorama caracterizado por las siguientes perspectivas:

- Dado el comportamiento del gasto público en salud y la estructura de financiamientos y gastos del Ministerio - de Salud, - dentro del crecimiento económico nacional en el marco de la actual conyuntura política-, una visión-optimista sería la de esperar que para el próximo trienio los recursos financieros de la Institución de Salud del Estado se mantengan, globalmente, en términos reales a los niveles alcanzados en 1984, incorporando, probablemente, algunos componentes de autofinanciamiento institucional en materia de venta de servicios e insumos.
- Las inversiones físicas tienden a reducirse a las realizadas en las estructuras ya existentes, - reparaciones capitalizables-, cancelando inversiones en la creación de nuevas unidades, exepctuando aquellas que puedan contar con - financiamiento externo en condiciones sumamente favorables, preferiblemente donaciones.

Es posible en todo caso, que por la baja capacidad de ejecución de la programación física de la institución, la - ejecución de estas obras sea centralizada en el Ministerio de la Construcción, la institución rectora del Estado en esta materia.

- Las perspectivas del abastecimiento técnico material son la definición de listas básicas de insumos médicos y no médicos, por unidad, territorio, nivel de atención y de gestión, acompañado de una centralización nacional de la importación de insumos comunes para el trabajo del Estado y propios para las tareas del sector; el fortalecimiento de la capacidad de almacenamiento y distribución (bodegas y transporte); el mejoramiento del sistema de inventarios y balances; y la definición e implementación de una política de comercialización de insumos que significa explorar mercados, evaluar líneas de crédito, establecer costos reales y PRECIOS al consumidor.
- Las expectativas para la fuerza de trabajo institucional pasan por el perfeccionamiento y aplicación del Sistema Nacional de Organización del Trabajo (SNOT); la definición de plantillas básicas de trabajadores por tipo de unidad y nivel de atención y de gestión; la definición de los perfiles ocupacionales de cada puesto de empleo; la desconcentración y descentralización en apoyo a las tareas del nivel operativo; la disminución progresiva de los trabajadores de servicios generales y administrativos en beneficio de la prioridad de aquellos directamente vinculados a la producción de servicios.

En general, se trata de administrar adecuadamente la crisis: limitación del crecimiento presupuestario, desabastecimiento técnico material, crecimiento desproporcionado de la fuerza de trabajo y reducción del volumen de inversiones, para enfrentar con mayor eficacia y eficiencia política, administrativa, técnica y operativa, la agresión imperialista.

B.5. Organización y Gestión

El Modelo de Organización del Ministerio de Salud y el estilo de Gestión institucional, como proyectos dinamizadores del desarrollo de la opción estratégica de transformaciones del sector salud, sufrieron durante el período estudiado -- las tensiones propias de una sociedad en el transe de la -- transición a la transición, en fase de sobrevivencia.

Cuando nos estamos refiriendo a la Organización y Gestión (OG) nos acercamos a una de las zonas más álgidas del desarrollo institucional: la problemática existente en la conducción ministerial.

Aunque al final del período la experiencia acumulada en materia de OG en términos de Dirección, Planificación, Administración y Reglamentación son muy ricos; la capacidad de análisis en función de la totalidad del quehacer ministerial posee debilidades significativas:

"Una de las grandes y tal vez la principal debilidad que se ha observado en el sistema y en todos sus niveles, es la baja capacidad de análisis de los problemas generales y particulares que afectan al sistema de salud en sus diversos niveles.

Se había observado la dificultad de relacionar la problemática nacional y su repercusión y manifestaciones en el sector; a la vez la dificultad de traducir las repercusiones que los problemas globales del sector han tenido en sus particularidades: por niveles, por regiones, por servicios, por tipo de recursos, por estructuras, por problemas de dirección, organización del sistema, etc". (67)

En el esfuerzo desplegado para identificar la problemática existente, diversos documentos oficiales se muestran se veramente críticos:

"Hay un sinnúmero de problemas en organización, empirismo, desarticulación de planes de trabajo, falta de ligación entre direcciones y base, en los hospitales no se cumplen -- sistemáticamente los despachos, los Consejos Técnicos no tienen contenidos esenciales de trabajo y no debemos dejar de reconocer que son insuficientes las normas hospitalarias, normas de servicio y los sistemas de referencia y contra-referencia, además, falta suficiente delegación de funciones y mejor definición de los niveles jerárquicos". (68)

Otros, con menos pasión afirman:

"... además el hecho de que a pesar del desarrollo institucional obtenido y de la experiencia de gestión hasta -- ahora acumulada, aún no poseemos los suficientes niveles de objetividad y coherencia en la conducción del desarrollo del sector, lo que trae consigo que aún no sean oportunas y adecuadas las soluciones a esta problemática". (69)

El reconocimiento a la problemática de organización y gestión es prácticamente unánime, y a juicio nuestro, posee tres componentes fundamentales que se expresan interrelacionados durante el período: el modelo organizativo, el proceso de planificación como parte privilegiada de la gestión y el sistema de información.

B.5.1. Modelo de Organización

El modelo de organización del Ministerio de Salud en cuanto propuesta genérica: organismos nacionales normatizadores (centralización normativa) y organismos territoriales ejecutores (descentralización ejecutiva), se mantiene intacta durante todo el período.

De todas formas, en el percurso de los 5 años estudiados -- (1979-84), dos hechos fundamentales modifican las relaciones de poder político administrativo, técnico y ejecutivo,

a lo interno de la institución y con relación al trabajo - del Estado en su conjunto.

Nos estamos refiriendo a la Regionalización Sanitaria, proceso iniciado en 1980 y concluido formalmente en 1984, y a la Regionalización del Estado concluido en el mismo lapso.

Aclaremos, que en este caso la formalidad de la conclusión se refiere a la viabilidad real en términos de propuesta - descentralizante y descentralizadora alcanzada, no, por su puesto, al final efectivo del proceso de regionalización.

Ahora bien, nosotros entendemos que en todo caso la unidad dialéctica conformada por el núcleo centralización-descen-
tralización, - sintetizado en la regionalización como situa-
ción-, es parte del perfeccionamiento del Estado en la Nicá-
ragua de hoy, actuando en consonancia con otros factores --
coadyugantes. (70)

En las condiciones en que se dió la regionalización sanita-
ria en Nicaragua, - como punta de vanguardia dentro del Es-
tado-, jugó en nuestro país el papel de contribuir a catali-
zar, con el ejemplo, el amplio movimiento de reestructura-
ción estatal en función de la descentralización, convirtién-
dose en los hechos en un depósito de experiencia real de --
construcción de las transformaciones ministeriales y guber-
namentales.

Rompíó con un esquema de poder político administrativo dis-
perso, fortaleciendo la tendencia global de desarrollo del
modelo organizativo del MINSA, la centralización normativa
y la descentralización ejecutiva, y, entre otras ricas ex-
periencias en esta fase inicial, la regionalización como -
tal puede considerarse la forma embrionaria que toma la po-
lítica de cuadros, aún hoy, sin desarrollo suficiente.

Nuestra comprensión de este proceso desagregador de la --
autoridad, la responsabilidad y los recursos, pasa por el
entendimiento de que, indefectiblemente, genera contradic-
ciones múltiples que en sus ejes principales pueden cali-
ficarse como de orden político-administrativo, técnicas y
ejecutivas, referidas, especialmente, al proceso de toma
de decisiones en el ámbito nacional, sectorial, territorial
y operativo.

En referencia a los ejes, podríamos decir, que en su expre-
sión administrativa tendrían una relación estrecha con la -
creación de un nuevo esquema de poder y autoridad; la segun-
da expresión con la creación, desarrollo y modificación de
políticas, planes, programas, proyectos, normas y procedi-
mientos a la realidad de las unidades territoriales y opera-
tivas objeto de la descentralización; el tercer eje estaría
en relación con el desarrollo de la base material, técnica,
financiera y humana para el cumplimiento de las tareas des-
centralizadas y descentralizantes.

Al grado de desarrollo alcanzado por el Ministerio de Salud y el Estado en su conjunto en 1984, corresponde como principal aspecto de la contradicción creada por la existencia de un nuevo esquema de autoridad, la llamada "doble subordinación", es decir, la subordinación de las Delegaciones Regionales de Salud, - segundo escalón en los órganos de línea - del Ministerio-, a la Delegación Territorial de la Presidencia y al Ministerio de Salud y los órganos de staff del nivel Central de la institución.

Simplificando al máximo, esta contradicción puede reducirse a los ajustes indispensables entre las líneas de asesoría-técnica metodológica (órganos de staff) y de autoridad política administrativa (órganos de línea) en sus dos focos de irradiación: Nivel Central del Ministerio y Delegación Territorial de Gobierno; y, además, al ajuste entre los planes - territoriales y ministeriales para un mismo ámbito geográfico.

Las contradicciones de orden técnico se expresan especialmente por la necesidad de adecuar a nivel de cada territorio el conjunto de la organización del trabajo ministerial al Plan Global de desarrollo del Territorio y a los Planes correspondientes de Defensa Civil y Militar, con la participación de los Servicios Médicos Militares, ante la agresión imperialista.

Las contradicciones de orden ejecutivo, son por excelencia, aquellas cuya solución define la viabilidad de generar servicios y realizar las tareas planteadas en el orden político, administrativo y técnico.

Sus vías de solución puede definirse como las relaciones - complejas entre prioridades, necesidades y recursos, y es nuestro criterio, que son en última instancia decisivas para la transformación Ministerial, y deben convertirse en el pivote alrededor del cual giren las decisiones que solucionan las contradicciones de orden político administrativo y técnico, privilegiando esta forma el papel del nivel local y ejecutivo.

La regionalización como factor dinamizador del modelo organizativo y de la gestión, sufre en su propuesta de composición orgánica: organismos, niveles jerárquicos, áreas de actividades, especialización vertical y lateral (departamentalización); la influencia por un proceso de imagen en espejo de la composición orgánica del Nivel Central de la institución.

La regionalización es un componente de la gestión de alto contenido ejecutivo y territorialmente limitada, que por definición, independientemente de su complejidad, no puede asumir desde el punto de vista de la composición orgánica la misma complejidad del Nivel Central, inclusive la tenden

cia a la configuración en espejo es una deformación organizativa ante la cual debemos estar alerta.

Esto significa, que en principio consideramos suficiente - el análisis de los modelos organizativos del Nivel Central con el criterio que ellos son hegemónicos en lo que a dictar las líneas generales de organización institucional en el plano administrativo.

Los modelos organizativos del Nivel Central del MINSA, durante el período, tuvieron tres variantes, 1980, 1982 y 1984; de hecho significaron dos reestructuraciones generales con sus características particulares y la prevalencia en el período estudiado del modelo 82.

Sin lugar a dudas respondieron a las necesidades del desarrollo organizativo institucional, pero también representaron verdaderas reestructuraciones del poder político administrativo en las más altas esferas ministeriales redefiniendo la red de relaciones formales de la organización.

El análisis secuencial de los modelos, ver Cuadro No.14, - 15 y 16; aparte de las diferencias, muestra tendencias en términos del modelo organizativo que permiten recrear un escenario futuro de organización administrativa.

Las diferencias existentes se refieren sobre todo a la - respuesta en materia de división del trabajo, dentro de - los aspectos horizontales de la estructura organizacional (71) como respuesta a la creciente complejidad del cotidiano institucional y a la necesidad, urgente, de perfeccionar la organización para enfrentar la crisis (72).

En el tránsito de 80 a 82, existió, manteniendo la centralización como característica marcante en los órganos nacionales, - dos transformaciones de importancia a expensas del Gabinete de la Ministro y del Viceministro de Administración y Finanzas: la creación del Viceministerio de Docencia y Desarrollo: responsable de planificación, proyectos y docencia y; el fortalecimiento del Viceministerio de Servicios que incorpora las áreas de Educación Popular y Medicamentos y Equipos Médico, además de atender Atención Médica y Medicina Preventiva.

La reestructuración propuesta al final del período, expuesta de forma resumida:

"En 1984 se generó un proceso de discusión para brindar -- una propuesta de reestructuración del Nivel Central del -- Ministerio; la propuesta diseñada fue la siguiente: se propone que se organice en cuatro Direcciones Generales, dos Divisiones Generales y una Secretaría General; de las cuales dependen 15 Direcciones, 11 Divisiones con 82 Unidades subordinadas; integradas por:

- Una instancia de apoyo técnico y operativo, constituido por la División General de Planificación, la Secretaría General y la Administración, que operan como una instancia asesora y de apoyo directo a la Ministro en los campos de Planificación, control y evaluación del desarrollo prospectivo y operativo del sector, de la gestión y organización operativas y de ejecución de actividades - de apoyo logístico necesarios para el adecuado desarrollo de los programas.
- Una área substantiva, constituida por las Direcciones Generales de Atención Médica, Higiene y Epidemiología, Docencia y Abastecimiento Técnico Material; que elaboran y proponen las normas técnico organizativas de funcionamiento de las unidades operativas del SNUS" (73)

Esta propuesta rompe con las limitaciones del modelo 2, especialmente en lo que se refiere, en cuanto a la dirección como función administrativa, a la violencia con que el --- "Principio de Amplitud del Control" estaba siendo tratado.

Coincidentemente, la discusión en torno a la reestructuración apuntada generó, a corto plazo, una reposición de cuadros administrativos a nivel de Ministro, Viceministros y Jefes de División, abriendo una nueva etapa de trabajo institucional con una plantilla renovada parcialmente de dirigentes de las más altas esferas ministeriales.

El modelo tres, representa, a nuestro juicio, con todo y las limitaciones de su implementación:

"En la actualidad la implementación del proyecto ha tenido algunas dificultades, como son la irregularidad de su aplicación, modificaciones del modelo inicial dada la experiencia obtenida, persistencia de duplicidad de funciones, incoordinación entre los diferentes niveles, etc.,. (74); la mejor alternativa como modelo orgánico para fluidificar la operabilidad de la Planificación Estratégica como concepto y perspectiva.

En general, la revisión analítica del desarrollo organizativo del Nivel Central del MINSA permite entrever, que en cuanto a la organización formal de la institución y a sus características básicas (75), se manifiestan algunas tendencias - entre el año 79 y 84:

- 1.- Existe un incremento de la especialización horizontal y vertical, más horizontal y menos vertical.
- 2.- El MINSA asume cada vez más las características de una organización tipo línea staff (76), con progresiva y - mejor diferenciación de los órganos de línea y de staff.

Además, los tres modelos en cuestión y su influencia sobre la organización regional produjeron de fato, como consecuencia de la Organización y Gestión en su calidad de proyectos dinamizadores en el período estudiado, grados diversos de transformación del Ministerio de Salud con relación al dgx. organizativo de la situación inicial:

- Del carácter elitista a un mayor grado de contenido popular de los servicios de salud.
- De la desintegración de las acciones de salud a una mayor unicidad de las mismas.
- Del déficit crónico de recursos por desinterés de la Dictadura a la administración más racional de la crisis.
- Del crecimiento institucional desproporcionado al esfuerzo por la proporcionalidad en el desarrollo.
- De las acciones casi eminentemente curativas a un marcado énfasis en las acciones preventivas.
- De la desintegración intersectorial hacia la mayor integración de los diferentes sectores sociales y económicos en la dirección de elevar los niveles de salud.

Con todos y las críticas posibles al modelo organizativo y al estilo de gestión, que representan un problema sensible y reconocido, existe evidencia que se están dedicando serios esfuerzos para elevar el grado de organización y pulir el estilo de gestión.

Esto queda claramente manifiesto con la propuesta institucional en el Plano de la organización y la gestión que pretende:

"Continuar desarrollando y profundizando la Regionalización del sector, fortaleciendo la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, como estrategia que permite la simplificación y la agilización de las actividades, de acuerdo a las limitaciones que la situación del país impone;

Normar de acuerdo a la necesidad de cada una de la Regiones, Zonas Especiales y Hospitales, las restricciones a implementarse en los distintos servicios, tomando, las medidas tendientes a fortalecer las alternativas que permitan ir flexibilizando el modelo con relación a la coyuntura política, militar y a la disponibilidad de recursos humanos e insumos;

Perfeccionar los mecanismos de coordinación intra y extra institucional que tiendan a la agilización de las actividades y a la anulación de duplicidad de funciones que aún persisten;

CUADRO No.14MINSA, NIVEL CENTRAL
MODELO ORGANIZATIVO 1, 1980

1.- Gabinete de la Ministro

1.1.- División de Relaciones Internacionales

- Oficina de Protocolo
- Oficina de Análisis
- Oficina de Documentación

1.2.- División de Planificación

- Oficina de Planificación
- Oficina de Desarrollo de Sistemas Integrados
- Oficina de Estadística e Informática
- Oficina de Control de Planes y Programas
- Oficina de Investigación

1.3.- División de Asesoría Jurídica

1.4.- División de Educación Popular en Salud

2.- Vice-Ministerio de Docencia

1.- Oficina de Educación Médica Superior

2.- Oficina de Educación Médica Media

3.- Centro Nacional de Información y Documentación en Salud

4.- Oficina de Medios Audiovisuales e Impresos

5.- Oficina de Evaluación, Clasificación y Registro de Profesionales de Salud

6.- Instituto Politécnico de la Salud "Luis Felipe Moncada"

3.- Vice-Ministerio de Servicios

3.1.- División de Atención Médica

- Oficina de Atención Médica
- Oficina de Materno Infantil
- Oficina de odontología
- Oficina de Enfermería
- Oficina de Diagnóstico Clínico
- Oficina de Salud Mental
- Oficina de Banco de Sangre
- Oficina de Trabajo Social

3.2.- División de Medicina Preventiva

- Oficina de laboratorio Sanitario
- Oficina de Higiene del Medio
- Oficina de Nutrición
- Oficina de Epidemiología
- Oficina de Control y Erradicación de la Malaria

4.- Vice-Ministerio de Administración

4.1.- División de Administración y Finanzas

- Oficina de Mantenimiento
- Oficina de Alimentación Hospitalaria
- Oficina de Organización y Método
- Oficina de Servicios Administrativos
- Oficina de Finanzas
- Oficina de Personal

4.2.- División de Proyectos

- Oficina de Administración
- Oficina de Supervisión
- Oficina de Servicios

4.3.- División de Medicamentos Instrumental y Equipos

- Oficina de Medicamentos
- Oficina de Instrumental y Equipo
- Oficina de Biomédica
- Oficina de Registro y Control Sanitario.

Fuente: MINSa. Informe 1980. Managua, Nicaragua, 1981, pp:26-29

CUADRO No.15
MINSAL, NIVEL CENTRAL
MODELO ORGANIZATIVO 2, 1982

- 1.- Vice-Ministerio de Docencia y Desarrollo
 - 1.1.- División de Planificación
 - Oficina de Información y Estadística
 - Oficina de Programación de Servicios
 - Oficina de Inversiones y de Expansión de la red física
 - Oficina de Control y Evaluación de Planes y Programas.
 - 1.2.- División de Proyectos
 - 1.3.- División de Docencia
 - Oficina de Educación Media
 - Oficina de Educación Superior
 - Oficina de Educación Continua
 - Oficina de Posgrado
- 2.- Vice-Ministerio de Servicios de Salud
 - 2.1.- División de Atención Médica
 - 2.2.- División de Medicina Preventiva
 - 2.3.- División de Educación Popular en Salud
 - 2.4.- División de Medicamentos y Equipos Médicos
- 3.- Vice-Ministerio de Administración y Finanzas
 - 3.1.- División de Administración y Finanzas
 - 3.2.- División de Recursos Humanos
 - 3.3.- División de Desarrollo Institucional
 - 3.4.- División de Mantenimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de:

MINSAL, El Sistema Nacional Unico de Salud/Tres años de Revolución, 1979-1982. Managua, Nicaragua
1982, p:26

CUADRO No.16MINSA, NIVEL CENTRAL
MODELO ORGANIZATIVO 3, 1984

1.- Secretaría General

- División de Organización
- División de Asesoría Jurídica
- División de Relaciones Públicas e Internacionales

2.- División General de Planificación

- División de Planificación
- División de Inversiones
- División de Colaboración Externa
- División de Estadística e Informática

3.- Dirección General de Atención Médica

- Oficina de Programación
- Coordinación de Grupos de Especialidades
- Dirección de Areas de Salud
- Dirección de Hospitales
- Dirección de Materno Infantil
- Dirección de Asistencia Médica

4.- Dirección General de Higiene y Epidemiología

- Oficina de Programación
- Dirección de Higiene
- Dirección de Epidemiología
- Dirección de Control y Erradicación de la Malaria
- Dirección de Nutrición

5.- Dirección General de Docencia e Investigaciones

- Oficina de Programación
- Oficina Docente Metodológica
- Oficina de Becas
- Dirección de Educación Médica Superior
- Dirección de Educación Médica Media

- Dirección de Comunicación y Educación Popular
- Dirección de Investigaciones
- Departamento de Educación Continua y Capacitación

6.- Dirección General de Abastecimiento Técnico Material

- Dirección de Programación del ATM
- Dirección de ATM Médico
- Dirección de ATM no Médico
- Dirección de Farmacias, Registro y Control

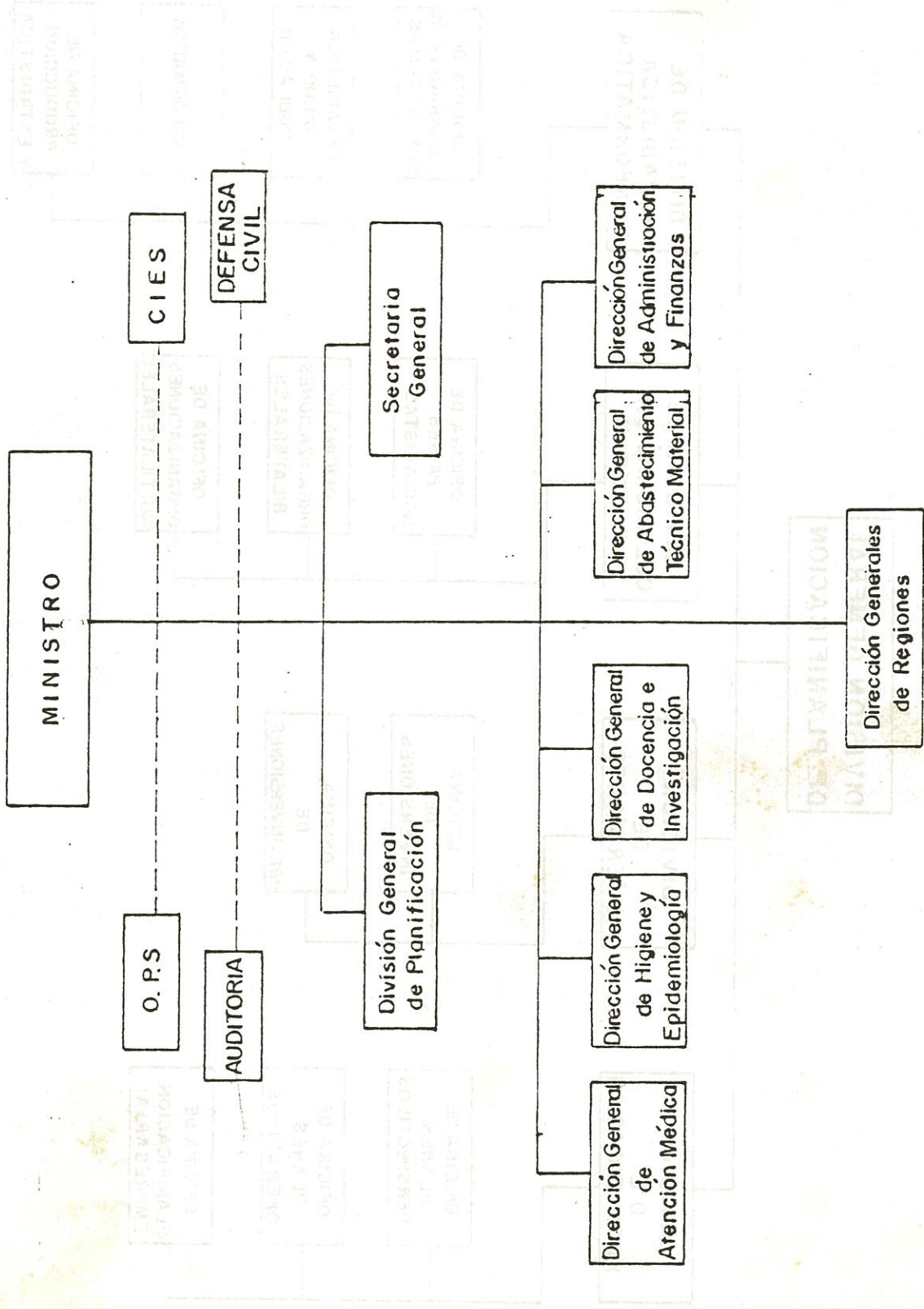
7.- Dirección General de Administración y Finanzas

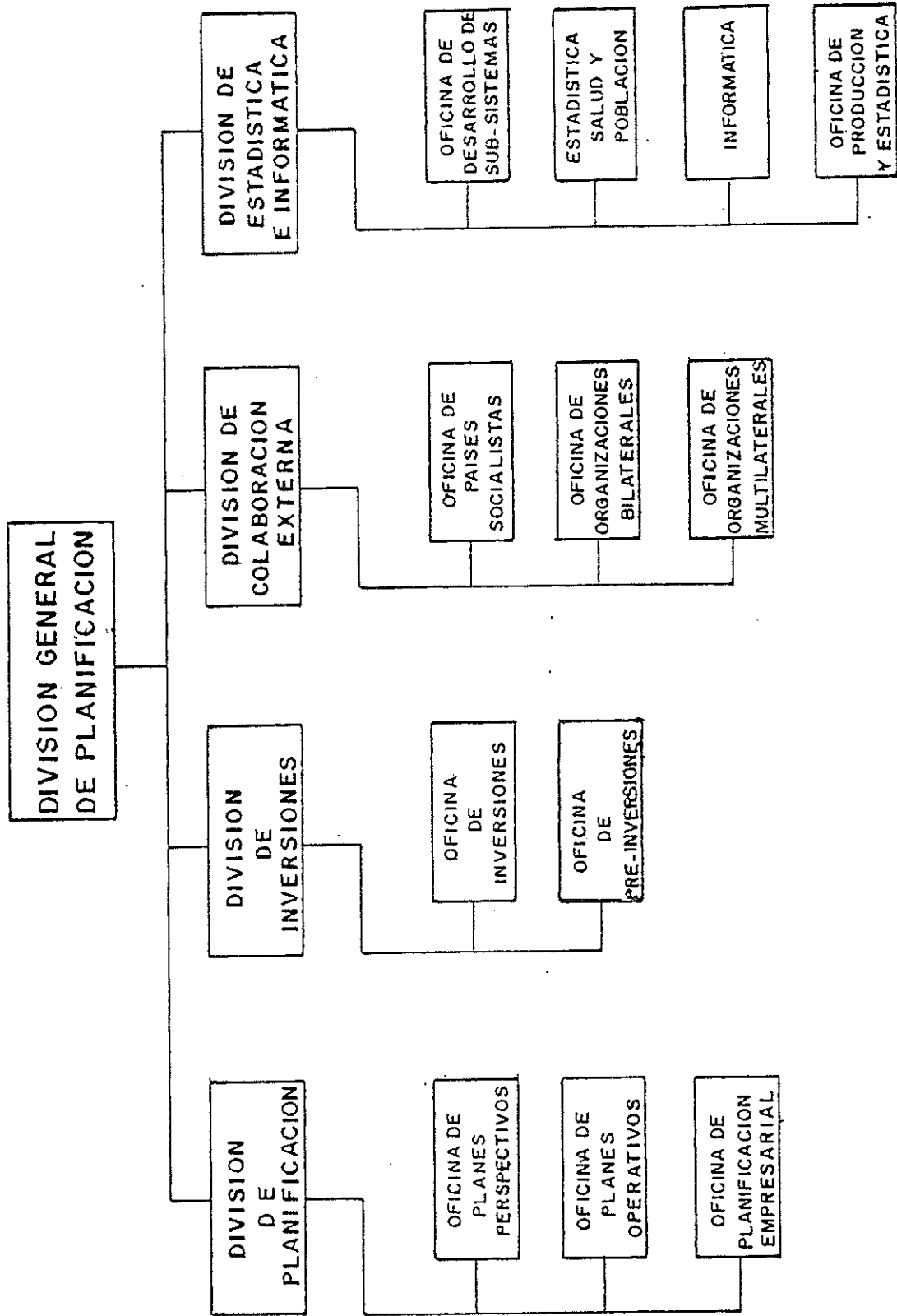
- Dirección de Servicios Generales Administrativos
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Contabilidad y Presupuesto
- Departamento de Administración del Complejo Nacional de la Salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Orellana O. Nicaragua: Estudios del Sector Salud, 1980-1984. Managua, Nicaragua, OPS, 1985, pp:50-59

ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSA)





Iniciar el proceso que coloque al MINSA como instancia -- reactiva de todos los subsistemas privados y estatales - del sector salud;

Fortalecer el desarrollo de mecanismos e instancias de Dirección, perfeccionando el proceso de toma de decisiones y control de las actividades, desarrollando un plan de capacitación científico administrativo de los equipos de dirección de todos los niveles del SNUS con énfasis en las unidades;

Continuar fortaleciendo y consolidando el sistema nacional de planificación con énfasis en planificación administrativa;

Desarrollar un plan político de divulgación sistemática a nivel nacional e internacional en torno a las consecuencias graves de la agresión imperialista en el sector salud". (77)

B.5.2. Planificación y Sistema de Información

La Planificación como un componente privilegiado de la gestión en cuanto organismos, procesos, metodologías y técnicas, estuvo ligada en su desarrollo a tres factores fundamentales: composición interna, modelo organizativo del MINSA y vinculación con los organismos de planificación nacional; dentro de la coyuntura dinámica creada a partir del triunfo revolucionario y sus características durante el período estudiado.

Mencionada constantemente en los discursos de los dirigentes y en los documentos institucionales como un frente de trabajo al cual debería brindársele una atención particular dentro de la concepción de tratarse de una actividad fundamental de apoyo al proceso de dirección, en última instancia: al proceso de toma de decisiones al más alto nivel; estuvo sujeta durante el período a la realidad impuesta por el hecho de que la aplicación de un modelo de planificación y el propio desarrollo de la planificación ministerial y sectorial dependen del nivel de desarrollo del sistema de salud y del sistema nacional de planificación de la economía y no del voluntarismo bienintencionado.

Su vinculación con los modelos organizativos del Nivel Central del Ministerio, que estuvieron caracterizados durante el período por la inestabilidad organizacional, - dos reestructuraciones-, que redefinieron las relaciones formales e informales dentro de los niveles de comando de la institución, reestructurando organigramas y cambiando de posición dirigentes políticos administrativos, proporcionaron a la planificación características que se desprenden de la relación inversamente proporcional entre Planificación y estabilidad organizacional. (78)

En esta inestable situación del modelo organizacional las características principales que toma el esfuerzo planificador, racionalizante, se traducen en el abordaje en los ámbitos más genéricos de la problemática que enfrenta el proyecto interventor, planteados al corto plazo y dirigidos, con un criterio meramente de "bom senso", a las definidas como áreas principales, en detrimento de una planificación de un mayor grado de maduración, que incorpore el mediano y largo plazo, que tenga un nivel de detalle mayor y sea más comprensiva de las vicisitudes del desarrollo institucional en las circunstancias del período y sus expectativas, en resumen, en deterioro de la Planificación Estratégica como concepción, actitud y práctica.

La revisión de los planes elaborados durante el período ponen de manifiesto algunos rasgos, verdaderas debilidades, del órgano de planificación, de los cuales sobresalen por su carácter esencial:

- 1.- La fragilidad en la composición interna del órgano planificador como consecuencia lógica de la inestabilidad organizacional que se tradujo en una rotación de dirigentes, ausencia de una plantilla regular, heterogeneidad de metodologías y técnicas, pérdida de la memoria institucional, indefinición en sus funciones y responsabilidades, tareismo como estilo de trabajo (79) y distintos niveles de acceso al poder.
- 2.- La diversidad de la naturaleza de la planificación, que en un movimiento racionalizante que se inicia en 1979 pasa a ser: (80)

1979-80 Planificación por "Objetivos", elaboración centralizada, metodología propia.

1981 Planificación por "Programas", con definición de metas de producción de servicios; elaboración centralizada, metodología propia.

1982 Planificación por "solución de problemas", elaboración regionalizada, metodología propia.

1983 Planificación por "actividades principales", elaboración regionalizada, metodología propia.

1984 Planificación por "categorías", elaboración regionalizada, metodología común al Estado orientada por el órgano nacional de planificación de la economía.

- 3.- La limitación de la amplitud de su impacto y objeto de trabajo: la Planificación estuvo reducida al ámbito del Ministerio de Salud, no fue extensiva al sistema de salud en la diversidad de sus componentes, y dentro de la institución privilegió la programación de la producción de servicios, de formación de recursos humanos y de inversiones físicas, en detrimento de la integración PLAN PRESUPUESTO-FUERZA DE TRABAJO-A.T.M.

Sin lugar a dudas, el salto de calidad del proceso como tal se efectuó en 1984 al instaurarse una metodología única de planificación a nivel nacional, con categorías homogéneas (81), presidida, ya no más solo coordinada, por el órgano nacional correspondiente, lo que contribuye decisivamente a la integración de las posibilidades de desarrollo ministeriales, sectoriales y nacionales de una manera más proporcional y armónica.

El órgano de planificación ministerial en la última reestructuración del período adquiere con mayor nitidez la naturaleza de un órgano de "staff" (82) de la dirección superior de la institución, estableciendo de esta manera una vinculación más transparente en el cuadro político administrativo centro de la institución: el Ministro (a); y por ende, retoma la posibilidad de influir en el proceso de decisiones al más alto nivel.

Conviene señalar que operacionalizar esta situación dependerá, por supuesto, más que de una propuesta de reestructuración ministerial, que abre las posibilidades descritas, de la habilidad del cuadro centro ministerial para vincularse al organismo de planificación en un ciclo de apoyo-fortalecimiento orgánico-apoyo, que de pié a la cristalización de la propuesta de modelo de planificación esbozada en documentos diversos.

Las perspectivas político administrativas que se abren con esta concepción del papel del organismo planificador puede potenciarse con la introducción de elementos ideológicos - que permitiera asumir una actitud estratégica dentro de la perspectiva racionalizante de intervención, que incluya una claridad meridiana acerca de la vinculación del proceso con modelos matemáticos predictivos y la utilización de tecnología de punta en materia de aplicación de informática al proceso planificador y al perfeccionamiento del sistema de información.

La nueva composición orgánica del la División General de Planificación está en la página No. y su ubicación en el organigrama del MINSA en la página No.

Ahora bien, los documentos institucionales, dentro del esfuerzo por romper las limitaciones del análisis del desarrollo, apuntan, - en calidad de resumen para nosotros-,

destacando el papel que juega el sistema de información, que:

"La incipiente conformación estructural y funcional del sistema nacional de planificación en salud (en tanto no se ha dado la consolidación definitiva de la reestructuración del Ministerio; y por la escasa experiencia de las estructuras especializadas en la planificación), junto con las deficiencias existentes en los sistemas de información de los diferentes componentes del plan y algunas imprecisiones metodológicas en el proceso de formulación del mismo, no permiten lograr mejores niveles de objetividad y coherencia en nuestros planes anuales;".... (83)

Es decir, la vinculación proceso de planificación-sistema de información no es la mejor posible, debilitando el ritmo vital de los "nudos de información-control-evaluación-decisión-comunicación", (84), fragilizando el proceso de toma de decisiones y disminuyendo las perspectivas que la ubicación del órgano de planificación abre para racionalizar de forma sistemáticamente mejor la ejecución del proyecto interventor y transformador.

Esto acentúa la validez del señalamiento de que:

"La estructura de los instrumentos de planificación tienen un papel fundamental en la configuración de los sistemas de información, seguido del papel de la estructura y mecanismos de gestión, control y evaluación de los programas". (85) y, pone en evidencia la necesidad de que el Sistema Nacional de Estadísticas (SINES), - uno de los componentes del sistema de información ministerial, el otro es el SINEVI (86) -, debe ser repensado atendiendo a la clara definición de su alcance, estructura, dependencia y metodología de elaboración, manteniendo su carácter ramal, circunscrito al MINSA, como condición para avanzar en la implantación de la visión estratégica de la planificación y de romper con la mera cuantificación intrascendente.

B.X. Perspectivas

- En lo que se refiere al modelo organizativo en su versión teórica, más avanzada, proposital, de implantación incompleta; aproximándose a una organización tipo línea-staff, es posible, de acuerdo a las ventajas y desventajas de esta variante (87), que se incremente la unidad de comando y la asesoría especializada, y se tienda cada vez más a la actividad conjunta y coordinada de los órganos de línea y de staff, sin descartar las posibilidades de conflicto entre la asesoría y los demás organismos y viceversa, ni las dificultades en la obtención y manutención de un equilibrio dinámico entre órganos de línea y de staff, especialmente en lo que se refiere a las rela-

ciones entre el Nivel Central de la institución, sus Delegaciones Regionales y las Delegaciones Regionales de la Presidencia de la República en las áreas críticas -- por excelencia: finanzas, abastecimiento técnico material, fuerza de trabajo, inversiones y producción de -- servicios, sobre todo, en las zonas de tensión militar y de retaguardia principal.

- Las líneas posibles esperadas para el sistema de planificación ministerial pasarían por:
 - 1.- La mejor integración del desarrollo ministerial, - sectorial y social, con una utilización más clara - en la elaboración de los planes de salud de las po - líticas y metodologías que dirigen en su conjunto la planificación de la economía nacional.
 - 2.- El inicio del proceso de planificación prospectivo, menos como experiencias aisladas, y más como una - propuesta institucional urgente para atender las de - mandas del CAME y otros mercados como fuentes de in - sumos; del cumplimiento de la meta SPT/2000 y de la necesidad de elevar cualitativamente la gestión mi - nisterial y enfrentar más ordenadamente la crisis.
 - 3.- El esfuerzo para incidir desde la planificación mi - nisterial sobre el componente privado del sistema - para causar un efecto racionalizante, que preserve este espacio, y que sume este componente a los pla - nes nacionales de defensa y de producción de servi - cios.
 - 4.- El despegue hacia el desarrollo de sistemas territo - riales de planificación que verticalicen la inciden - cia del órgano ministerial y su articulación con -- sus homólogos nacionales y estatales en esos niveles.
 - 5.- La necesidad urgente de elevar la coherencia interna del proceso de planificación compatibilizando a ni - vel nacional, territorial y local, en el ámbito minis - terial, intrasectorial y extrasectorial, los componen - tes decisivos del PLAN: financiamiento, fuerza de tra - bajo, formación de recursos humanos, inversiones, A. T.M., organización y gestión, desarrollo científico - técnico.
 - 6.- El perfeccionamiento de los mecanismos de ajuste de los planes, cualificando los mecanismos de control, evaluación y reprogramación. (Evaluación, ex-post, monitoría estratégica, control de rutinas).

- Las perspectivas del desarrollo del sistema de información transitan por el camino de identificar el alcance del Sistema Nacional de Estadística, definiendo con mayor claridad los programas que desarrolla la institución, estableciendo los vínculos entre los mismos, elaborando una relación provisional de subsistemas y componentes que permitan mejorar el flujo de la información por niveles y necesidades; ampliando, además, la producción de la información a áreas no incluidas durante el período estudiado: finanzas, fuerza de trabajo, abastecimiento técnico material, formación de recursos humanos; apoyándose para estos fines en las posibilidades que presenta el Programa de Acción Conjunta (PAC) suscrito entre España, Nicaragua y la Oficina Intergubernamental para el desarrollo de la Informática.

B.6. Producción de Servicios (P de S)

La P de S como proyecto dinamizador del desarrollo institucional se distingue de sus iguales al momento del análisis por tratarse de un "proyecto síntesis".

A su alrededor giran y en su ejecución se cristalizan los logros, limitaciones y perspectivas del financiamiento - institucional, el abastecimiento técnico material; la composición, distribución y preparación de la fuerza de trabajo y el componente de organización y gestión con sus aspectos privilegiados de modelos organizativos y sistemas de planificación e información, además de constituirse en uno de los principales espacios de participación y movilización popular.

Representa, a nuestro juicio, por excelencia, la faceta - de impacto político más relevante del trabajo institucional por el carácter de destaque que asume ante los sectores populares y las clases fundamentales y por traducirse, de hecho, en la herramienta de transformación de los perfiles de morbilidad de la sociedad nicaragüense.

Con relación a la Dictadura Militar Somocista, la P de S del período estudiado tiene significativas diferencias en cuanto al volumen, diversidad, distribución territorial y grupos sociales de impacto.

En lo que se refiere a rubros específicos de la P de S son relevantes las diferencias existentes en lo que atañe al crecimiento de las consultas médicas, la cobertura alcanzada por el Programa Materno Infantil, el impacto del Programa de Inmunizaciones y las actividades de Higiene del Medio.

Los resultados consolidados del período, acciones dirigidas a las personas y al medio, se presentan en los cuadros Nos. 19, 20 y 21 en las páginas

En su conjunto, es posible apreciar el impacto de esta dirección del trabajo institucional por las modificaciones manifiestas en las características de la mortalidad y morbilidad como puede ser observado en los cuadros No.22, 23, 24, 25 y 26, en las páginas .

Algunas conclusiones posibles de ser extraídas de este análisis general del período pueden ser: (88)

- 1.- Los servicios de salud han experimentado una fuerte - extensión de cobertura, que se convierte junto con el incremento de la producción de servicios, en uno de - los rasgos más destacados del patrón de desarrollo del período en cuestión.
- 2.- Desde la perspectiva epidemiológica, el logro más notable en términos de la morbilidad de las enfermedades transmisibles, es la disminución de las enfermedades - inmunoprevenibles, destacándose la erradicación de la poliomielitis y la difteria. (Cuadro No.25). Permanecen, en este sentido, como problemas importantes de salud pública, las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA), las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) y la Malaria.

Ocupan un lugar importante también, las enfermedades digestivas: amibiasis y hepatitis; las enfermedades de transmisión sexual, la leishmania y la TB.

El perfil de mortalidad de las enfermedades trasmisibles de notificación obligatoria está expuesto en el - Cuadro No.32. Comentamos que durante el período no hubo un análisis sistemático de la mortalidad y que los datos recabados son muy pobres, comprensible por la reciente implantación del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI) y su grado de desarrollo al finalizar el período.

- 3.- Existió durante el período un crecimiento sostenido de la producción de servicios que en 1984 experimenta una tendencia al descenso como producto de la agudización de la crisis económica y de la agresión, explicable, - además, más concretamente, por que en términos de oferta de servicios hubo:
 - a.- Cierre completo y definitivo de algunas unidades de salud destruidas por las fuerzas contrarrevolucionarias, ver cuadro No.27.
 - b.- Desvío de recursos humanos del Ministerio de Salud movilizadas en brigadas técnicas a las zonas de guerra y áreas de tensión militar, que prestaron servicios de salud no computados por el sistema de información institucional.

- c.- Afectación directa del personal profesional y técnico de la institución por las acciones de la contrarrevolución. Ver cuadro No. 28
- d.- Durante el período hubo también situaciones, -cuando las tensiones militares fueron mayores-, en que los servicios de salud en algunas regiones y, particularmente las unidades hospitalarias, fueron -dispuestos casi totalmente para una eventual atención de heridos del frente de guerra.
- 4.- La demanda de servicios tuvo también una contracción al final del período. A nuestro juicio influyeron -- dos factores:
- a.- El temor de la población de desplazarse en busca de servicios en las zonas de guerra, sumado a las dificultades efectivas de transporte por deterioro del parque vehicular.
- b.- No se descarta la posibilidad de que esta disminución está asociada al crecimiento del contingente militar en el país, situación que probablemente -provocó que una población servida por el MINSA, ahora estuviera siendo atendida por los Servicios Médicos Militares, como es el caso de los combatientes y sus familiares directos.
- 5.- 'Llama la atención, que en general, las metas de producción de servicios incorporadas a los Planes anuales no fueron cumplidas. Esto indica, entendemos, -que las variables de contracción de la oferta y la -demanda no fueron adecuadamente sopeizadas por el organismo de planificación por las razones ya expresadas al momento del análisis de este componente privilegiado de la gestión.
- 6.- Destaca la participación del componente "Accidentes, envenenamiento y muertes violentas", en primer lugar dentro de las cinco principales causas de defunción para el período 1983-84, ver cuadro No.23,

El crecimiento que posee es asustador en términos relativos: pasa de 15.8% a 19.1%; dentro de una tendencia global de disminución de la Tasa de Mortalidad -General, ver cuadro No.22, pág. , lo que desde --nuestra perspectiva expresa, entre otras consideraciones acompañantes, el impacto de la "guerra sucia" fomentada por la Administración Reagan sobre los perfiles de mortalidad de la sociedad nicaragüense.

Su crecimiento en términos relativos coincide con el incremento de la agresión al final del período estudiado (89) , lo que es coherente con lo expresado por

los Cuadros No.33 y 34, que señalan en la misma coyuntura el costo institucional: humano y de infraestructura; al que se vió sujeto el Ministerio de Salud en esta fase de expansión de la cobertura y la producción de servicios.

Incluso, las pérdidas de infraestructura coinciden por su ubicación territorial y el tipo de unidades destruídas, con la ubicación geográfica y las áreas principales de acción de la contrarrevolución: las áreas rurales de la Región VI (Matagalpa y Jinotega); de la Región I (Estelí, Madriz, Nueva Segovia); y de la Zona Especial I (Zelaya Norte).

B.X. Perspectivas

Creemos que la producción de servicios tendería a:

- 1.- sufrir un desbalance entre oferta (mayor) y demanda (menor) en las zonas de guerra y tensión militar y un proceso inverso en los territorios considerados como de retaguardia.
- 2.- Diversificarse en función de los riesgos y daños detectados, manteniendo el énfasis dado al componente preventivo (limitación de los riesgos), reconociendo en su justo valor el peso que el componente curativo (limitación de los daños) tienen en la solución de las necesidades priorizadas: materno infantil, trabajadores productivos del campo y la ciudad, combatientes, poblaciones desplazadas y reasentados por razones de la guerra, y las comunidades étnicas de la Costa Atlántica.
- 3.- Delimitar más precisamente para cada acción de salud programática, por niveles de atención y de acuerdo al conjunto de riesgos y daños priorizados, las necesidades en su solución de la coordinación interinstitucional y de la base material, tecnológica, financiera y humana necesaria para garantizar la ejecución de las acciones y la calidad de la intervención racionalizante en las áreas críticas: presupuesto, abastecimiento técnico material, fuerza de trabajo y organización y gestión.
- 4.- Revisar las normas y procedimientos de los programas tendiendo a su simplificación, de tal forma que permita una mayor integración efectiva entre los subsistemas de programación, información, decisión y producción de servicios.
- 5.- Elevar los lazos de cooperación en el plano de la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud con instituciones afines de los países veci-

CUADRO No. 20

MINSA, PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HIGIENE DEL MEDIO
1980 - 1984

A C T I V I D A D E S	1980	1981	1982	1983	1984
Control a Calidad del Agua.	722	1,938	1,884	2,581	2,338
Control de Excretas y Residuales líquidos.	21,157	28,648	21,931	13,076	5,733
Control de Desechos Sólidos	2,506	3,988	6,235	1,837	1,419
Control de Vectores	2,388	6,420	7,117	(*)	(*)
Control de Producción de Alimentos.	5,257	8,662	10,205	(*)	(*)

(*) Información no disponible por cambio en el sistema de recolección y procesamiento de la información para el programa.

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985.

CUADRO No.21

MINSA, PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROGRAMA A.C.E.M.*, 1977-1984

A C T I V I D A D E S	1977	1980	1981	1982	1983	1984
Muestras Examinadas	218.148	222.366	223.473	300.011	412.858	451.942
Muestras Positivas (%)	11.9	11.5	7.8	5.2	3.1	3.4
Rociamiento intra-domiliar.	n.d.	108.157	170.180	155.671	44.195	94.778
Localidades bajo control.	n.d.	5.406	5.735	2.325	3.055	3.048
Tratamientos Radicales.	n.d.	n.d.	16.528	57.438	65.127	105.986

n.d. Información no disponible.

*A.C.E.M. Area de Control y Erradicación de la Malaria

Fuente: Oficina de Epidemiología, A.C.E.M., 1985

CUADRO No.22

MANAGUA, EVOLUCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL
/100 HABITANTES, EN EL PERIODO 1977 - 1984

INDICADORES	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
-Tasa de Mortalidad General/1000	11.9	12.9	11.7	11.4	11.1	10.9	9.7	9.7
-Tasa de Mortalidad Infantil/1000	121.0	121.6	113.2	93.2	88.2	80.2	75.2	71.5

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985

CUADRO No.23

NICARAGUA: CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, 1983 y 1984

C A U S A S	NUMERO DE DEFUNCIONES			
	1983		1984	
	ABSOLUTO	RELATIVO (%)	ABSOLUTO	RELATIVO (%)
1.Accidentes, envenenamiento y muertes violentas.	2,288	15.8	2,591	19.1
2.Enfermedades del corazón y aparato circulatorio	1,855	12.8	1,719	12.7
3.Enfermedades infecciosas intestinales.	1,523	10.5	1,390	10.3
4.Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,150	7.9	1,140	8.4
5.Tumores malignos y benignos	974	6.7	901	6.6
Las demás causas	6,681	46.2	5,800	42.8
T O T A L	14,471	99.9	13,541	99.0

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985

CUADRO No. 24NICARAGUA, MORTALIDAD POR ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION
1980 - 1984

(Tasas por 100 mil Habitantes)

ENFERMEDADES	1980	1981	1982	1983	1984
Poliomielitis	0.70	1.60	0.00	0.00	0.00
Difteria	0.10	0.00	0.07	0.10	0.00
Tosferina	90.00	68.50	13.10	3.00	1.90
Tétanos	5.20	4.60	3.40	2.80	0.30
Sarampión	138.40	7.80	7.50	3.40	4.83

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985

CUADRO No.25NICARAGUA, CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL PERIODO
1980 - 1984

ENFERMEDADES	1980	1981	1982	1983	1984
Poliomielitis	21	45	0	0	0
Tosferina	2,469	1,935	313	97	60
Sarampión	3,784	224	226	112	153
Difteria	5	2	2	4	0
Tétanos	89	132	109	9	195

Fuente: MINSA. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades
1985. Managua, Nicaragua, 1985, p:24

CUADRO No.26

NICARAGUA: DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA, 1983 - 1984

P A T O L O G I A S	1983	1984
Enfermedad Diarréica y otras infecciones	1.523	1.390
Tuberculosis	277	96
Tétanos	55	27
Hepatitis	41	3
Amibiasis	13	5
Fiebre Tifoidea	7	0
Infección Meningocócica	6	1
Sarampión	4	0
Tosferina	2	1
Rabia	1	1
Leishmaniasis	1	1
Sífilis y otras enfermedades venéreas	1	1
T O T A L	1.931	1.526

Fuente: MINSA. Breve dpx de la situación epidemiológica de Nicaragua.
Managua, Nicaragua, 1986, p:4.

CUADRO No.27UNIDADES DE SALUD DEL MINSA AFECTADAS DIRECTAMENTE POR LA AGRESION
1979 - 1984

Región y/o Zona	Hosp.	C/S.c.c.	C/S.s.c.	P/S	Total
Región I				9	9
Región II				1	1
Región V				2	2
Región VI				18	18
Zona Especial I	1		2	15	18
Zona Especial II		2		2	4
Zona Especial III				2	2
T O T A L	1	2	2	49	54

Fuente: MINSA. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades, 1985. Managua, Nicaragua, 1985, p:36

CUADRO No.28

VICTIMAS DEL MINSA POR LAS ACCIONES CONTRARREVOLUCIONARIAS, 1981

Año	Muertos	Heridos	Secundarios
1981	1	-.-	3
1982	3	-.-	2
1983	15	2	-.-
1984	11	2	10
1985	2	-.-	-.-
T O T A L	32	4	15

Fuente: MINSA. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades, 1985. Managua, Nicaragua, 1985, p:36.

nos, países del bloqueo socialista y otros amigos, organismos internacionales del sector salud o relacionados con él, para incrementar la calidad de la prestación de servicios y desarrollar su volumen y diversidad de acuerdo a las prioridades establecidas.

B.7.- Participación Popular

Las dos vertientes históricas principales de Participación popular en la Planificación, organización, coordinación, dirección, control, ejecución y evaluación de las acciones de salud desarrolladas por la Institución de la Salud del Estado, pueden encontrarse en la fase de la Ofensiva Final contra la Dictadura Militar Somocista, como parte de las tareas de retaguardia, - tal y como fue referido y analizado en el acápite: "El origen de la crisis general del país en 1979", pág. ; y en la movilización popular en torno a la Cruzada Nacional de Alfabetización (C.N.A.) en 1980.

Más concretamente, de la experiencia de la Cruzada, continuación histórica de las tareas masivas de la retaguardia, se extrae a nivel nacional la práctica y la experiencia organizativa para el montaje de las Jornadas Populares de Salud (J.P.S.), principal vía de participación popular alrededor de las tareas planteadas en torno al fenómeno sociopolítico, administrativo y técnico de la salud y la enfermedad.

"(la C.N.A.)... por su lado, sirvió como experiencia para las Jornadas Populares de Salud, creando una vivencia nueva con las Comisiones Populares de Salud, Municipales, Departamentales y Nacionales, que se transforman en Consejos Populares e inician su participación en el proceso de planificación en salud". (90)

Tanto la C.N.A., como las J.P.S., son expresiones del proceso de democratización de la sociedad en cuanto al acceso al conocimiento y su desmitificación, expresando políticamente un concepto diferente de democracia, que concibe la movilización y participación popular como el eje aglutinador del apoyo social para la consolidación de los diferentes Proyectos Sociales Básicos de transformación y defensa planteados dentro del marco de la estrategia de desarrollo nacional e históricamente operacionalizados con el concurso de las fuerzas políticas, sindicales, gremiales y populares que apoyan la consecución de la situación objetivo deseada.

"...en Nicaragua la democracia no es medida simplemente con las elecciones, sino que, principalmente, con la participación de la población y de sus dirigentes en las grandes tareas de la transformación revolucionaria..."

(91)

Una evaluación general de las J.P.S. realizadas durante el período estudiado, apuntan la homogeneidad de sus objetivos, la diversidad de su naturaleza, su estrecha vinculación con el desarrollo organizacional de la institución y del Estado en su conjunto, con el desarrollo de las organizaciones políticas, sociales y gremiales de las organizaciones políticas, sociales y gremiales del país y con la coyuntura política por la que atravieza la nación en el lapso de tiempo objeto del análisis.

La homogeneidad de sus objetivos está expresada, en lo político, por tratarse, durante el período en cuestión, del esfuerzo principal de legitimación del Ministerio de Salud, pretendiendo consolidar la base social de apoyo a la presencia hegemónica del Estado en el sector y la tendencia popular y socializante de los servicios.

En el plano administrativo está manifiesta por la propuesta de cogestión institucional, que consideramos, logra adquirir un perfil más definido a lo interno de las unidades de salud sujetas a la administración ministerial, especialmente las más complejas en los diversos niveles de atención, en dependencia del desarrollo institucional, sindical y partidario.

En el nivel operativo por tratarse de movilizaciones enfocadas en la dirección de modificar importantes problemas de salud pública de la sociedad nicaragüense.

La diversidad de su naturaleza se refleja en los diferentes tipos de Jornadas realizadas: de vacunación masiva (polio, DPT y Sarampión), contra el Dengue y la Malaria, de Higiene y Limpieza y de Atención Básica (Primeros auxilios).

Las primeras y las segundas movilizaciones mencionadas, están vinculadas más directamente a obtener un impacto sobre el perfil de morbilidad del país atacando problemas conocidos (enfermedades prevenibles por vacunación y malaria) y puntuales (la posibilidad de una epidemia de Dengue).

Las terceras y cuartas movilizaciones mencionadas, están más vinculadas, en el primer caso, a una tarea de corte institucional, que la tradición ya fue ubicando en términos de tiempo alrededor de los aniversarios de la Revolución; y la otra, estrechamente vinculada a la respuesta ministerial a la agresión: la preparación de la población en Primeros Auxilios dentro de los Planes Generales de Defensa Civil del país.

Las jornadas, durante todo el período estudiado, contribuyen en un proceso de mutuo enriquecimiento, al fortalecimiento de la Regionalización del Ministerio y del Estado en su conjunto, constituyéndose en ricas experiencias de coordinación ejecutiva interinstitucional, con

las organizaciones políticas y de masas, personalidades varias, y corrientes progresistas de la Iglesia Católica y otras instituciones religiosas.

A lo largo del período se mantuvieron como áreas problemáticas, sensitivas, la dicotomía Jornadas-Programas del Minsa, la inestabilidad en la concreción de la propuesta de cogestión, especialmente a nivel de las áreas de salud; la indefinición de funciones en los organismos e instancias de las JPS (Consejos Populares de Salud); la disminución de la participación de los brigadistas en los talleres de Multiplicación, la escasez creciente y distribución desproporcionada de los recursos de propaganda para comunicación popular, y la falta de compatibilización del cronograma de movilizaciones con otras actividades masivas - planteadas por otros frentes de trabajo.

Con todo y las áreas problemas de orden general señaladas, la experiencia de participación popular durante el período generó valiosas enseñanzas, aunque, perdió amplitud al dejar de ser la salud el eje aglutinador de la movilización, al desplazarse éste, como es comprensible, a las tareas fundamentales para la preservación del Proyecto Nacional de Desarrollo: la Defensa y la Producción; culminando en el plano político con la movilización y participación popular en las elecciones generales de fines de 1984, que corona el proceso de institucionalización del poder, legítima indirectamente al Ministerio de Salud y abre una nueva etapa de participación y movilización, con un fuerte énfasis político nacional, no más meramente sectorial, que modifica la participación y movilización popular alrededor de la problemática de la salud y la enfermedad.

B.X. Perspectivas

Creemos que a partir del final del período, se comienza a dislocar la participación popular en su carácter de fuente de legitimación institucional hacia el polo de la calidad en la prestación de los servicios; acentuándose dentro del proceso de cogestión el fortalecimiento de la autoridad institucional, restringiéndose la naturaleza de las Jornadas Populares a aquellas orientadas a golpear - problemas epidemiológicos de envergadura, a mantener los logros en este nivel, y a obtener la participación popular para el control de focos epidémicos diversos que pueden presentarse, desplazando la discusión más política, en términos generales y menos específicos en términos de acciones de salud, a los órganos democráticos de Poder Popular en proceso de consolidación.

Consideramos, también, que es probable que los brigadistas, como tales, sufran en su calidad de personal empírico una progresiva diferenciación que supere la fase del brigadista "por jornada", - en este caso superar no quiere decir dejar de existir-, para dar un salto de calidad,

hacia su transformación en brigadistas por programas prioritizados, - estableciendo una vía de solución para dicotomía Jornadas/Programas-, y creando con la institución un lazo más estable de trabajo que pueda derivar en algunos territorios a tener una expresión laboral.

B.8. Formación de Recursos Humanos (F.R.H.)

Durante el período estudiado quedan manifiestas como tendencias principales el incremento en términos de volumen de los recursos formados, su diversificación y niveles (profesionales, técnicos y auxiliares, pregrado y posgrado), y la desconcentración inicial a través, especialmente, de la utilización de la vía legal establecida para tal efecto; el Servicio Social Rural Obligatorio, de dos años de duración.

Esto puede observarse en los cuadros 29, 30, 31, 32, en las págs.

Desde la perspectiva organizativa la tendencia principal es la creciente colaboración Ministerio de Salud-Universidad Autónoma de Nicaragua en la formación de recursos profesionales de pregrado (médicos, odontólogos, farmacéuticos y tecnólogos médicos) y a niveles de posgrado, especialización, en 16 áreas Clínico Quirúrgicas.

El Ministerio de Salud preserva la responsabilidad principal en la formación de técnicos y auxiliares a través del Politécnico de la Salud (P.O.L.I.S.A.L.), Escuela Nacional de Enfermería y Unidades formadoras de recursos humanos descentralizadas en todas las Regiones y Zonas Especiales de la nación, que orientan su esfuerzo a la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería, uno de los recursos más deficitarios.

Además, el Ministerio asume la dirección del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (C.I.E.S.), que forma en el área de la salud pública egresados en dos áreas de concentración: administración de servicios de salud y epidemiología; a nivel de maestría.

El examen de la calidad de los recursos formados escapa de los objetivos de esta monografía, pero evidentemente está inscrito dentro de la relación dialéctica y conflictiva entre cantidad y calidad.

Para nuestros fines, trataremos de concentrarnos en los aspectos políticos administrativos de mayor relevancia, a juicio nuestro, desde una perspectiva crítica general.

La división técnica del trabajo del frente de F.R.H. a lo interno del Estado, durante el período, es el primer rasgo que nos interesa.

La principal reflexión a ser realizada son la determinación de las razones que inducieron esta división impuesta por las circunstancias, la práctica y el peso de los polos de poder a lo interno del estado, y las consideraciones acerca de su acierto.

Nuestras reflexiones partirían de un interrogante: Será que el Ministerio de Salud debe ser considerado como la Institución hegemónica dentro del sector salud en materia de planificación, organización, dirección, control y evaluación del sistema de prestación de servicios del estado, y también (?), de la formación de los recursos humanos propios para el trabajo de salud?

Durante el período fue de esa forma, directa o indirectamente, por cuatro razones fundamentales que elevaron el peso de la influencia ministerial en este campo:

- 1.- El Ministerio es la principal fuente de vínculos laborales del sector y el principal eje generador de servicios.
- 2.- El Ministerio administra casi la totalidad de las unidades de servicios del país, - con excepción de aquella perteneciente al Servicio Médico Militar-, muchas de ellas están declaradas como unidades docentes, es decir, son el vehículo de vinculación de la práctica con la teoría en términos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades para los estudiantes de las carreras profesionales, técnica y auxiliares.
- 3.- El Ministerio administra directamente unidades docentes que forman recursos a nivel de técnicos y auxiliares, en el plano de la prestación de servicios, y de posgrado en el área de salud pública.
- 4.- El Ministerio es institucionalmente la alternativa hegemónica para la realización del Servicio Social Rural Obligatorio.

La realidad impuso esta división técnica del trabajo en términos de responsabilidad político administrativa, con acierto desde el ángulo de nuestra apreciación, dando lugar, de hecho, a una explosión, - con relación a la Dictadura-, de recursos humanos formados y en proceso de formación, dentro y fuera del país.

El segundo aspecto que nos interesa queda abierto para investigaciones posteriores más detalladas. Nos referimos a la necesidad de estudiar dentro de los curriculums y metodología docente de las carreras profesionales, técnicas y auxiliares, el grado de integración docente asistencial en el plano teórico práctico, entendido como la coherencia entre contenidos académicos, perfil de morbilidad del país, programas del ministerio y práctica de terreno -

CUADRO No.29

NICARAGUA: ESTUDIANTES DE MEDICINA POR AÑO ACADEMICO
1979-1985

AÑO ESCOLAR	1er. AÑO	2do. AÑO	3ro. AÑO	4to. AÑO	5to. AÑO	INTERNADO	TOTAL
1979	BASICO	240	120	95	97	85	637
1980	500	500	230	115	95	97	1,537
1981	500	496	500	225	110	92	1,923
1982	500	496	494	494	222	107	2,313
1983	500	496	494	490	494	220	2,690
1984	560	496	494	490	487	(*)	2,527
1985	600	603	510	379	440	410	2,942

(*) En Diciembre de 1984 se iniciaron aquellos que concluyen el 5to.año 1983-84.

Fuente: Orellana O. Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-84
Managua, Nicaragua, O.P.S., 1985, p:140

CUADRO No.30

NICARAGUA: ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA POR AÑO ACADEMICO
1979-1985

PERIODO ESCOLAR	AÑO ACADEMICO					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
1979/80	-	55	30	37	42	164
1980/81	194	157	53	26	35	465
1982	190	161	138	47	24	560
1983	226	133	147	126	46	678
1984	233	95	111	138	111	688
1985	207	116	69	116	123	631

Fuente: Ibid, p:141.

CUADRO No.31

NICARAGUA: MATRICULA EN ESPECIALIDADES MEDICAS

1984-1985

ESPECIALIDAD	1984		1985	
	MATRICULA POR ESPECIALIDAD	PRIMER INGRESO	MATRICULA POR ESPECIALIDAD	PRIMER INGRESO
Medicina Interna	43	15	39	15
Cirugía General	57	20	51	24
Gineco-Obstetricia	47	19	63	22
Pediatría	64	25	63	23
Salud Pública	30	30	31	31
Otras Especialidades	104	55	141	58
Todas las Especialidades.	345	164	388	173

Fuente: Ibid, p:142

CUADRO No. 32NICARAGUA: MEDICOS ESPECIALISTAS EGRESADOS
1979-1984

<u>AÑO</u>	<u>EGRESADOS</u>
1979	--
1980	25
1981	21
1982	24
1983	30
1984	60

Fuente: Ibid, p:142

CUADRO No.33

NICARAGUA: EGRESOS DE TECNICOS Y AUXILIARES DE SALUD
1980 - 1984

C O N C E P T O	1980	1981	1982	1983	1984	TOTAL DEL PERIODO
<u>TECNICOS</u>	<u>189</u>	<u>239</u>	<u>207</u>	<u>315</u>	<u>177</u>	<u>1,127</u>
- Enfermeras	150	197	162	192	177	878
- Otros	39	42	45	123	-.-	249
<u>AUXILIARES</u>	<u>755</u>	<u>797</u>	<u>574</u>	<u>582</u>	<u>590</u>	<u>3,298</u>
- Enfermería	618	676	517	435	234	2,480
- Otros	137	121	57	147	356	818
TOTAL ANUAL	<u>944</u>	<u>1,036</u>	<u>781</u>	<u>897</u>	<u>767</u>	<u>4,425</u>

Fuente: Ibid, p:138

en unidades y territorios.

El tercer aspecto que llama la atención, tomando en cuenta el volumen de recursos formados, las necesidades crecientes de la institución y el sector, los índices de deserción, - ver nota bibliográfica No. (58)-, es la urgencia de realizar una intervención racionalizante compatibilizando el espectro de recursos humanos formados o en proceso de formación con el modelo de atención deseado, los principales riesgos y daños detectados, los programas priorizados, y la composición de la fuerza de trabajo ministerial por niveles de resolución y gestión.

Es decir, llegamos al final del período con un proyecto dinamizador en proceso de expansión con tres aspectos sensitivos:

- La división técnica del trabajo a lo interno del estado (Salud/Educación).
- Integración docente asistencial.
- Compatibilización producción de recursos/oferta de empleo.

B.X. Perspectivas

De ahí, que es probable que sus perspectivas sean:

- 1.- No disminuir substancialmente en términos de volumen, diversidad y niveles, por debajo de los resultados obtenidos al final del período, al menos en el curso del próximo quinquenio.
 - 2.- Acentuar la integración docente asistencial y la compatibilización oferta de recursos y de empleo.
 - 3.- Continuar con el proceso de descentralización a través de la vía legal, sabiendo que existe un proceso de reversión en términos de concentración en la zona más desarrollada y densamente poblada del país: el pacífico.
- 4.- CARACTERISTICAS DEL PATRON DE DESARROLLO AL FINAL DE LA COYUNTURA, 1979 - 84.

4.1. Nacional

- Aumento creciente de la agresión militar, desestabilización política, boicot económico y campañas de desprestigio y aislamiento internacional promovidas por el Gobierno de los Estados Unidos presidido por el Presidente Ronald Reagan.

- Severas tensiones internas en el plano de la economía mixta, la unidad nacional, el pluripartidismo político y el no alineamiento internacional, con énfasis en el conflicto con las corrientes más conservadoras de la burguesía nacional, jerarquía católica y etnias de la Costa Atlántica, dentro de una región centroamericana con una aguda crisis económica y políticamente convulsionada.
- Importantes avances en la consolidación de la organización y movilización popular alrededor de la Cruzada Nacional de Alfabetización, las Jornadas Populares de Salud y el proceso electoral, con énfasis en las tareas principales para preservar la viabilidad del modelo nacional de transformaciones: la Defensa y la Reactivación Económica.
- Creciente legitimación e institucionalización del Gobierno y del proceso de democratización de la sociedad nicaragüense ante la base social de la Revolución y la opinión pública internacional, que ha contribuido a desarrollar un amplio movimiento de solidaridad especialmente en los países socialistas y del Tercer Mundo.
- Crecimiento significativo del PIB y fuerte incremento del gasto público como proporción del mismo; desbalance negativo en la balanza comercial, incremento del déficit fiscal y un aumento importante de la deuda externa; fuerte elevación de las tasas de inflación y deterioro del ingreso per cápita; política de subsidios a los programas sociales y limitación del crecimiento económico en función de la defensa.

Ministeriales

- Elevado gasto público directo en salud, con una tendencia a la disminución de los niveles de gasto en 1984 y una caída de los índices de Esfuerzo Nacional en la implementación de los programas de salud del sector público al final del período; preservando una evolución favorable del gasto público real en salud per cápita, dentro del itismo centroamericano.
- Reducción substancial de las inversiones físicas y de las donaciones; creciente desabastecimiento material de insumos médicos y no médicos, crecimiento desproporcionado de la fuerza de trabajo no vinculada directamente a la producción de servicios y alto índice de deservión de recursos sensibles para el trabajo institucional.
- Inestabilidad organizacional a nivel del conjunto de la institución con fortalecimiento de la regionalización sanitaria en particular; persistencia de debilidades en el órgano responsable del proceso de Planificación sectorial, en el estilo de gestión y el sistema de información.

- Aumento en la producción de servicios en cuanto a volumen, diversidad y distribución territorial; sólida participación popular alrededor de las tareas masivas de salud planteadas; modificación del perfil de morbilidad a expensas de las enfermedades prevenibles por vacunación y del impacto de la agresión; formación de recursos humanos propios, creciente en número, perfiles y niveles, con importantes esfuerzos de descentralización.

7.- REFLEXIONES FINALES

Del análisis realizado se desprende que la ruptura del esquema de dominación sustentado por la Dictadura Militar Socmocista como producto de la Victoria Popular, produjo, entre otras consecuencias, la emergencia de un Estado Nación como principal sujeto de la Planificación, - entendido dentro de una concepción amplia no restricta solo al aparato gubernamental-, que se expresa como una forma cualitativamente diferente y substancialmente diversa de la naturaleza "desarrollista" del aparato burocrático administrativo dictatorial y de su carácter burgués e intermediario de los intereses del capital transnacional.

Es decir, existió un esfuerzo deliberado de fortalecer y legitimar la presencia del estado en el conjunto de la economía y en los diferentes sectores sociales, como producto de la voluntad política del conjunto de la alianza heterogénea de fuerzas que sustentaban el Programa del nuevo Gobierno bajo la hegemonía sandinista.

Esfuerzo que se estructuró alrededor de los principios de economía mixta, unidad nacional, pluralismo político y no alineamiento internacional, como columnas vertebrales del Modelo Nacional de Transformaciones, reivindicando la satisfacción de las necesidades históricas de los sectores populares y las clases fundamentales de la sociedad nicaragüense.

Como consecuencia, la Administración Pública, - materializando los intereses de las grandes mayorías-, asumió la ^{presidir} tarea histórica de presidir un Plan de Gobierno que significó enfrentar las complejidades y dilemas propios de la operacionalización de una Plataforma Programática en el tránsito de una coyuntura dinámica a una política construída, tratando de crear con el concurso de las fuerzas progresistas y democráticas de la nación, dentro de una fase de sobrevivencia social producto de la agresión de la Administración Norteamericana, la infraestructura económica y la superestructura política, jurídica e ideológica necesaria para avanzar en la etapa de la transición a la transición, dando un énfasis socializante a la dirección del desarrollo y abriendo el camino de la solución de los severos conflictos de nuestra sociedad a través de reformas estructurales.

Esta situación dió lugar a la concretización de un proyecto de intervención, en unas circunstancias histórico concretas determinadas, que responde a una racionalidad parcial más justa, que privilegia a la planificación como proceso social y a la planificación sanitaria en particular.

Ahora bien, esta presencia de la planificación como práctica social, - reciente en el devenir de la historia nacio-

nal-, está limitada por la esencia económica de la sociedad nicaragüense actualmente en el tránsito de la transición a la transición; por sus formas de inserción en el Orden Económico Internacional, predominantemente capitalistas al finalizar el período; por las situaciones que atraviesa la coyuntura centroamericana con detaque para la política agresiva Norteamericana y por la correlación de fuerzas a los interno de la formación social.

En contraposición, está potencializada por la legitimación del Proyecto nacional de Desarrollo y de su fuerza política principiapl: el sandinismo; obtenida a través del ejercicio del poder con una fuerte componente de movilización y participación popular, dentro de un proceso de democratización e institucionalización de las nuevas formas de Gobierno y estilos de liderazgo, acompañados de una vocación de los sectores populares y las clases fundamentales de defender activamente la propuesta de transformaciones de solidaridad en el ámbito internacional -- que se pronuncian por el derecho a la Soberanía y Autodeterminación del pueblo nicaragüense y por el respeto al derecho de no intervención.

Podemos afirmar, que la planificación en Nicaragua en las circunstancias de hoy, considerando el juego dialéctico -- de sus posibilidades y limitaciones, aparece como indispensable para superar el subdesarrollo, desviando el curso -- "natural" del modelo de mercado; --forma "tradicional" de organización económica de la sociedad nicaragüense-, contribuyendo a "disciplinar" la transformación propuesta, dentro de lo posible en las interioridades de la lucha por el poder, y justificándose por ella.

En las circunstancias del período estudiado, disloca su punto de equilibrio de la contradicción económica por excelencia en esta fase de transición a la transición: planificación vrs mercado; a un nuevo punto crítico: planificación vrs agresión; que la reformula en función de la redefinición de las características del Modelo Nacional de Transformaciones que se modifica preservando su esencia y mudando sus formas, reviendo el proyecto interventor dentro del conflicto social que emerge agudamente y que coloca a discusión el modelo de desarrollo, su velocidad y dirección, los métodos, tirnos y plazos de transformación, a partir de la óptica de la sobrevivencia de la totalidad social y de la viabilidad política del Poder Popular.

En el Sector Salud, la presencia hegemónica de la Institución de Salud del Estado es la pieza estratégica, el proyecto Social Básico que integra en su propuesta de transformaciones diversos elementos dinamizadores que interactuando con las contradicciones institucionales, sectoriales y sociales existentes, --de las cuales forman parte e influyen--; crea las posibilidades para alcanzar la equidad en términos de salud para la sociedad nicaragüense.

Posibilidad, que por su práctica y el marco general referencia que la rodea en proceso de cambio, abre el espacio para la discusión del modelo de atención sanitaria en una sociedad dividida en clases y en procesos de recomposición acelerada de la estructura social, para repensar, - a partir del confronto con la realidad-, sus aspectos más sensibles: fuentes de financiamiento y estructura de gastos, base material y tecnológica, composición y formación de la fuerza de trabajo, organización administrativa y estilo de gestión, sistema de planificación e información, tipo, volumen y distribución de la producción de servicios y modalidades de participación popular.

Discusión que nos lleva a la reflexión acerca de la planificación sanitaria durante el período estudiado, que a nuestro juicio, crea por la experiencia la exigencia, no por prurito intelectual sino por necesidad histórica, de romper con los abordajes que no traspasan los límites de la perspectiva normativa o adaptativa, para avanzar en la obtención de una visión más plenamente estratégica como entendimiento de la intervención racionalizante, con una percepción más aguda del sujeto de la planificación y la administración, un nuevo entendimiento del proceso de la planificación y de las características de sus métodos e instrumentos.

Nuestro reto es, pues, cultivar la planificación estratégica como concepción, actitud y práctica, compatibilizando la voluntad política con la necesidad histórica y la viabilidad tridimensional: administrativa, técnica y operativa; de las posibilidades de continuidad del crecimiento, cambio y legitimación del proyecto de transformaciones del sector salud y de su impacto, conciliando el desarrollo sectorial con el del Proyecto Nacional, las instancias democráticas y jerárquicas a lo interno del sector, y la planificación perspectiva con la de corto y mediano plazo.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

4 21 3 5 1 2

4 21 3 5 1 2

4 21 3 5 1 2

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- AROUCA, S. "Salud y Transición". In: Revista CAUSE (Uruguay) No.3., Junio 1984, pp:14-16
- 2.- Esta afirmación se sustenta en las discusiones sostenidas - dentro de la disciplina "Salud y Transición", presidida por el Prof. Dr. Sergio Arouca, durante el segundo semestre de 1984, en la ENSP, Rio de Janeiro, Brasil en la cual se analizaron y compararon las transformaciones del setor salud - en los casos de Nicaragua, Cuba, Mozambique y Angola.
- 3.- "Salud y Transición", op. cit., pp:14-16.
- 4.- TESTA, M. Planificación estratégica en el sector salud. Venezuela, CENDES/UCV, 1981, pp: 2 - 3
- 5.- MATUS, C. Estrategia y Plan. 2a. Edición, México, Editora, - Silo XXI, 1978, p.123.
- 6.- WEELOCK, J. Imperialismo y Dictadura/Crisis de una formación social. México, Edit. Silo XXI, 1979, p. 210.
- 7.- ORTEGA, H. 50 años de lucha sandinista. (Colección las Segovias), s.l., Ministerio del Interior, s.d., p:125
- 8.- ESCOREL.S.H. Desarrollo Histórico de Nicaragua y de los servicios de salud. Managua, Nicaragua, 1982, p:48.
- 9.- Ibid, p:4
- 10.- Ibid, pp: 8-9
- 11.- Ibid, pp: 11-12
- 12.- Ibid, p: 17
- 13.- 50 años de lucha sandinista. Op. cit., pp: 110-115.
- 14.- El Movimiento Pueblo Unido (M.P.U) fue una amplia alianza de organizaciones políticas, sindicales y estudiantiles - promovida por el F.S.L.N. Estaba integrada por los Comités de Lucha de los Trabajadores (C.L.T.), la Central de Acción y Unidad Sindical (C.A.U.S.), el Movimiento Sindical de Empleados (U.N.E.), El Frente Estudiantil Revolucionario (F.E.R.), El frente Estudiantil Revolucionario Marxista Leninista (F.E.R. M-L), el Movimiento Estudiantil de Secundaria (A.E.S.), el Centro Universitario de la Universidad - Nacional (C.U.U.N.), la Asociación de mujeres ante la problemática Nacional (A.M.P.R.O.N.A.C.), la Federación de Movimientos Juveniles de Managua (F.M.J.M), la Juventud Revolucionaria Nicaragüense (J.R.N.) el Movimiento Obrero Revolucionario Nicaragüense (J.R.N.) el Movimiento Obrero Revolucionario (M.O.R.E.), el Partido Comunista de Nicaragua -- (P.C.N.).
- 14A. Desarrollo Histórico de Nicaragua y de los Servicios...., op, aj., p:, 139.

- 15.- Vilas C.M., Perfiles de la Revolución Sandinista. La Habana Cuba, Edit. Casa de las Américas, 1984, p:139.
- 16.- Ibid, p:150
- 17.- Nos referimos a la Central de Trabajadores Nicaragüenses (C.T.N.), de tendencia social cristiana, que participaba del Frente Amplio Opositor (F.A.O.), Alianza de fuerzas políticas y sindicales que pretendían una salida negociada de "Somocismo sin Somoza".
- 18.- Planificación Estratégica en el sector Salud, op. cit., - p:13.
- 19.- Centro de Comunicación Internacional. Nicaragua 1983. Managua, Nicaragua, 1983, pp: 31,32 y 33.
- 20.- M.I.N.S.A. : Anotaciones sobre el desarrollo institucional. s.l., s.d., p:2.
- 21.- M.I.N.S.A. Informe 80. Managua, Nicaragua, 1981, pp:11-15.
- 22.- ESCUDERO, J.A. "Nicaragua: año cero en salud". In: Revista Cuadernos en marcha (México), No.5, 1980, p:19.
- 23.- El concepto de situación expresa la formación social en lo específico y relevante para la planificación de un actor social.
- Este tópico puede ampliarse consultando: MATUS, C. Planificación en situaciones de Poder Compartido, Caracas, Venezuela, CENDES/UCV/PNUD, 1981.
- GIORDANI, J.A.; TESTA, M.; YERO, L. y MATUS, C. La Planificación posible en la prospectiva sociopolítica de América Latina. Caracas, Venezuela, UCV/CENDES, 1980, pp: 58-101.
- 24.- Nos referimos a las consideraciones que sobre la Imagen Objetivo se vierten en el documento:
Formulación de Políticas de Salud, Op., cit., pp: 35-39.
- 25.- Carlos Matus señala en su obra Estratégica y Plan, que estas "categorías abstractas de primer grado" son "representaciones directas de una realidad singular y por ello son peculiares de un caso, es decir, son únicas por sus características y momento histórico". Ej: los "Proyectos Sociales Básicos".
- 26.- Estrategia y Plan, op., cit., p:175.
- 27.- ORELLANA, O. "Legislación Estratégica vinculada al sector salud" In: Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-1984. Managua, Nicaragua, OPS, 1985, pp: 81-91.
- 28.- Ibid, p:88.

- 29.- Ibid, pp: 86-87.
- 30.- Ibid, p:89
- 31.- Ibid, p: 89
- 32.- F.S.L.N. Plataforma Electoral. Managua, Nicaragua, 1984. pp: 35 - 38.
- 33.- SALAZAR, M. Planificación estratégica del sector salud en Nicaragua. Río de Janeiro, Brasil, 1984, p:1.
- 34.- Ibid, p:1.
- 35.- M.I.N.S.A. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades 1985. Managua Nicaragua, 1985. p:18.
- 36.- Ibid, pp: 18-19.
- 37.- Este tópico puede ampliarse utilizando:
- SALAZAR M. "Centralización y Descentralización". In: Las contradicciones del sector salud en una sociedad en transición: caso Nicaragua. Río de Janeiro, Brasil, pp:23-27.
- 38.- CHIAVENATO, I. "Decorrencias de Abordagen Clásica e Neoclásica: Proceso Administrativo". In: Autor idem, Teoría general de administracao. Volume 1, Sao Paulo, Brasil Editora - Mac Graw Hill, 1979, pp: 215 - 216.
- Este autor apunta algunas desventajas de la descentralización: falta de uniformidad en las decisiones, insuficiente aprovechamiento de los especialistas, falta de equipos apropiados o de funcionarios en el campo de actividades. - apunta, también, las principales causas de resistencia a la descentralización, pérdida de poder, pérdida de prestigio, pérdida de contacto, pérdida de control sobre las -- ideas.
- 39.- Informe 80, op., cit., pp: 17-21.
- 40.- Estrategia y Plan, op., cit., pp: 77-80.
- 41.- Ibid, p: 131.
- 42.- Suarez. R., Estudio sobre el financiamiento del sector Salud/en C.A y Panamá s:l. OPS/OMS, 1985, p. 84.
- 43.- Ibid., p:9
- 44.- O.P.S. La situación de Salud en Nicaragua. Managua, Nicaragua, 1985. p:2.

- 45.- En términos de destrucción física, descapitalización, robo e inactividad económica, la cifra asciende a la cuantía de 2.245 miles de dólares. Ver: WEELOCK, J. Entre la crisis y la agresión. Managua, Nicaragua, p: 117.
- 46.- Solo en el período entre Enero-Diciembre 1983, la cifra asciende a: 1.280.8 millones de córdobas. Ver: Ibid, p:138.
- 47.- Nos referimos a los siguientes fenómenos:
- a.- La expansión monetaria generando presión inflacionaria,
 - b.- La política crediticia implementada, que por razones - varias, implicó ciertos niveles de descapitalización - del Sistema Financiero Nacional,
 - c.- Una política de precios por debajo de los costos de -- producción provocando un desestímulo a la producción - material,
 - d.- Una política inversionista organizada inadecuadamente que contribuyó al incremento del déficit fiscal,
 - e.- La ausencia de una normación de la fuerza de trabajo y salario a nivel nacional durante el período estudiado provocó como consecuencia que el sector productivo no siempre contó con la mano de obra requerida, redundando en una baja en el rendimiento promedio de los trabajadores, baja en la producción y en ocasiones elevación en los costos de producción. Ver: La situación de salud en Nicaragua. Op., cit., p:3.
- 48.- Nos referimos al sistemático deterioro en los términos de intercambio al aumentar los precios de los productos importados y disminuir el de los exportables, y a la irracional elevación de las tasas de interés en los mercados financieros internacionales.
- 49.- Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., op. cit., p:37.
- 50.- Ibid. P:37
- 51.- Este índice es un resultado de la División de los índices del gasto público total real y el gasto público real en salud (multiplicado por 100), es independiente de las decisiones sobre los niveles de gasto e independiente de si se están siguiendo políticas de austeridad o de expansión del gasto público. Ver: Ibid, p:37.
- 52.- La situación en Salud en Nicaragua. Op., cit., p:2.

- 53.- Los servicios personales consisten en los gastos por concepto de remuneración y prestaciones sociales que se brinda a los trabajadores del Ministerio.
- 54.- El rubro de materiales y suministros consiste en los gastos que se realizan para la adquisición de los artículos que con forman el abastecimiento técnico material del Ministerio.
- 55.- M.I.N.S.A. Plan de Salud 1984. Managua, Nicaragua, 1984, -- p:62.
- 56.- M.I.N.S.A. Estrategias para alcanzar la salud para todos en el año 2000. s.l, s.d., p:45.
- 57.- M.I.N.S.A. Tendencias del desarrollo Institucional. Managua Nicaragua, 1986, p:10.
- 58.- El documento:
M.I.N.S.A. Problemas centrales del sector salud. Managua, Nicaragua, 1985, p:13.
Señala que la situación de la fuerza de trabajo "se ha - visto agravada por el alto número de bajas registradas en cargos vitales; en 1984 renunciaron al SNUS el 8.14% de los médicos (122), el 15% de los odontólogos (72), el 36% de las enfermeras (226) y el 24.4% de las auxiliares de - enfermería (988), lo cual está agudizando no solo el défi cit sino las desproporciones existentes".
- 59.- Plan de salud 1984. Op., cit., pp: 131 - 134.
- 60.- Problemas centrales del sector salud, op., cit., p:4.
- 61.- Plan de salud 1984, op., cit., p:137.
- 62.- M.I.N.S.A. Situaciones actual del S.N.U.S., políticas y medidas. Managua, Nicaragua, 1984, p:11.
- 63.- Lineamientos de políticas de salud..., op., cit., pp:46-48.
- 64.- M.I.N.S.A. Análisis del comportamiento económico del Ministerio de salud. Managua, Nicaragua, 1985. p:5.
- 65.- Plan de Salud 1984, op., cit., p:109.
- 66.- Ibid, p: 61.
- 67.- Lineamientos de políticas de salud..., op., cit., p:31.
- 68.- Situación actual del S.N.U.S...., op., cit., p:11.
- 69.- Problemas centrales del sector salud, op., cit, p:8.
- 70.- "Centralización y Descentralización", op., cit., p:23.

- 71.- Teoría General de Administracao, op., cit., p:265.
- 72.- La creación del Viceministro de Abastecimiento técnico Material (V.A.T.M.), como respuesta al problema de la disponibilidad de insumos médicos y no médicos es el mejor ejemplo.
- 73.- Lineamientos de políticas de salud..., op., cit., p: 31.
- 74.- Problemas centrales del sector salud, op., cit., p: 9.
- 75.- Teoría Geral de Administracao, op., cit., pp: 314-319.
- 76.- Ibid., pp: 332 - 334.
- 77.- Lineamientos de Políticas de salud..., op., cit., pp: 55-60
- 78.- Teoría Geral de Administracao, op., cit., p: 232.
- 79.- Un buen ejemplo de esto puede encontrarse en el Plan 84, -- op., cit., pp:120-149; donde el organismo de planificación ministerial (DIPLAN) está definido como estructura responsable de 91 actividades y como estructura participante en 71, en campos diversos que cubren la totalidad de categorías del Plan en una variedad tal, que va de las complejidades macrode la Organización y Gestión hasta el detalle de la problemática de abastecimiento Técnico Material.
- 80.- Para hacer esta caracterización de la naturaleza de la Planificación utilizamos como referencia el cuadro que aparece en el documento:
SCOREL, S.E. Metodología de reprogramacao de actividades dos sericos de saude/planejamento de saude na Nicaragua.
 Río de Janeiro, Brasil., 1982. p:29.
- 81.- Nos referimos a las categorías: Producción de Servicios, Fuerza de Trabajo y Salarios, Abastecimiento Técnico Material, Inversiones, Desarrollo Científico Técnico, Finanzas y Organización y Gestión.
 Una definición resumida de cada una de ellas puede encontrarse en : Plan de Salud 1984, op., cit., pp:10-11.
- 82.- Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-1984, op., cit., p:51.
- 83.- Problemas centrales del sector salud, op., cit., p:10.
- 84.- Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y ..., op., cit., p:67.
- 85.- M.I.N.S.A. Estructura del sistema de información. Managua, Nicaragua, 1984, P;3.

- 86.- SINEVI: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales; de carácter global, multisectorial, en que el MINSA, desempeña función principal en sus componentes de nacimientos y defunciones. Está bien delimitado el ámbito de su actividad y en fase avanzada de implantación.
- 87.- Teoría Geral de Administracao, op., cit., pp:337 - 341.
- 88.- Las conclusiones 1.3.4, y 5; fueron elaboradas utilizando como referencia a:
Nicaragua: estudio del sector salud, 1980-1984, op., cit., pp:208-213.
- Para la conclusión 2 se utilizó como referencia:
MINSA Breve dgx de la situación epidemiológica de Nicaragua, 1986. Managua, Nicaragua, 1986, pp:1-2.
- 89.- Profusa información sobre la Agresión Norteamericana puede encontrarse en el periódico: Nicaragua, La Guerra secreta de Reagan; impreso en la editorial marte, en Buenos Aires, Argentina, distribuido en ese país por la "Coordinadora Argentina de Solidaridad con Nicaragua" y en Uruguay por la "Comisión uruguaya de Solidaridad con Nicaragua."
- 90.- División Nacional de Medicina Preventiva. "Impacto de las J.P.S. en el perfil epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacuna y la Malaria". In: Ponencias al Primer Congreso Nacional de las J.P.S.; documento organizado por la División de Comunicación y Educación Popular. Managua, Nicaragua, MINSA, 1984 - p:2.
- 91.- M.I.N.S.A. Desarrollo, conclusiones y frutos del 1er. Congreso Nacional de las J.P.S. Managua, Nicaragua, 1984, p:1.

86 - SIMONI: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales; de carácter global, matricial, en que el MINSV, desempeña un rol principal en sus componentes de notificación y delimitación. Este bien delimitado el ámbito de su actividad y en la actualidad se avanza de implantación.

87 - Teoría General de Administraciones, op. cit., pp: 237 - 241.

88 - Las conclusiones 1.1.4, y 2; fueron elaboradas definiendo como referencia a: Nicaragua; estudio del sector salud, 1980-1984, op. cit., pp: 208-213.

Para la conclusión 3 se utilizó como referencia: MINSV Breve del la situación epidemiológica de Nicaragua, 1984, Managua, Nicaragua, 1984, pp: 1-3.

89 - Breves informaciones sobre la Agrícola Norteamericana desde concuerdanse al período: Nicaragua, la guerra social de los años 1970 en la editorial Nueva, San José, Costa Rica. Descripción en ese país por la "Comisión de la gente de solidaridad con Nicaragua" y en Uruguay por la "Comisión Uruguaya de Solidaridad con Nicaragua".

90 - Sistema Nacional de Medicina Preventiva. "Impacto de las 1.1.4.4. al perfil epidemiológico de las enfermedades por virus por virus y la malaria". In: Fonografía al-Primer Congreso Nacional de las J.P.S., documento elaborado por la Comisión de Comunicación y Educación Popular, Managua, Nicaragua, 1984, pp: 2.

91 - M.I.N.S.V. Desempeño, organizaciones y línea de acción, Documento Nacional de las J.P.S., Managua, Nicaragua, 1984, pp: 2.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- AROUCA, S. Algunas consideraciones sobre la transición. Managua, Nicaragua, s.d., pp:11
- 2.- Centro de Comunicación Internacional. Nicaragua 1983. Managua, Nicaragua, 1983, pp:80.
- 3.- División Nacional de Medicina Preventiva. "Impacto de las J.P.S. en el perfil epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacuna y la Malaria". In: Ponencias al Ier.-- Congreso Nacional de las J.P.S., documento organizado por la División de Comunicación y Educación Popular. Managua, Nicaragua, MINSA, 1984, p:2.
- 4.- ESCOREL, S.H. Desarrollo Histórico de Nicaragua y de los servicios de salud. Managua, Nicaragua, 1982, pp:48.
- 5.- Metodología de reprogramación de actividades dos servicios de saúde/Planejamento de saúde na Nicaragua. Río de Janeiro, Brasil, 1982, pp:50.
- 6.- ESCUDERO, J.A. "Nicaragua : año cero en salud". In: Cuadernos en marcha. (México), No.5. 1980, pp: 18-24.
- 7.- F.S.L.N. Plataforma electoral. Managua, Nicaragua, 1984. pp:57.
- 8.- GONZÁLEZ, G. Planificación Regional y la Transición: Nicaragua. Tesis de maestría ENSP/FIOCRUZ, Río de Janeiro Brasil, 1986, p:193.
- 9.- CHIAVENATO, I. "Decorrencia de Abordagem Clásica e Neoclásica: Proceso Administrativo". In: Autor idem, Teoría General da Administracao. Volumen 1, Sao Paulo, Brasil, Editora Mac Graw Hill, 1979, pp: 225-308.
- 10.- MATUS, C. Estrategia y Plan. 2da. Edición, México, Editora, Siglo XXI, 1978, pp:192.
- 11.- M.I.N.S.A. Análisis del comportamiento económico del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua, 1985, p:5.
- 12.- Anotaciones sobre el desarrollo institucional - s.l., s.d., p:2.
- 13.- Desarrollo, conclusiones y frutos del primer - Congreso Nacional de las J.P.S. Managua, Nicaragua, 1984. pp:11.
- 14.- Estrategias para alcanzar la salud para todos - en el año 2000. Managua, Nicaragua. s.d., pp:70.
- 15.- Estructura del sistema de información. Managua, Nicaragua, 1984, pp:11.

- 16.- _____ Informe 80. Managua, Nicaragua, 1981, pp:125.
- 17.- _____ Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades 1985. Managua, Nicaragua, 1985, pp:65
- 18.- _____ Plan de Salud 1984. Managua, Nicaragua, 1984, pp:149.
- 19.- _____ Problemas centrales del sector salud. Managua, Nicaragua, 1984, pp:14.
- 20.- _____ Situación actual del SNUS: Políticas y Medidas. Managua, Nicaragua, 1984, pp:18.
- 21.- _____ Tendencias del desarrollo institucional. Managua, Nicaragua, 1986, pp:16.
- 22.- O.P.S. La situación de salud en Nicaragua, 1981-84. Managua, Nicaragua, 1985, pp:42.
- 23.- ORELLANA, O. Estudio sobre el financiamiento del sector salud/Informe Preliminar. Managua, Nicaragua, 1985, pp:104.
- 24.- _____ Legislación estratégica vinculada al sector salud". In: Nicaragua, : Estudio del sector salud. 1980-84. Managua, Nicaragua, OPS 1985, pp:81-91.
- 25.- SALAZAR, M. Planificación estratégica del sector salud en Nicaragua. Río de Janeiro, Brasil, 1985, pp:3.
- 26.- SALAZAR, M. "Centralización y Descentralización" In: Las contradicciones del sector salud en una sociedad en transición: Caso Nicaragua. Río de Janeiro, Brasil, pp: 23-27.
- 27.- SUAREZ, R. Estudio sobre el financiamiento del sector salud de los países de C.A. y Panamá. s.l., OPS/OMS, 1985, pp:70.
- 28.- TESTA, M. Planificación estratégica en el sector salud. Venezuela, CENDES/UCV. 1981, pp:48.
- 29.- VIÑAS, C.M. Perfiles de la Revolución Sandinista. La Habana, Cuba, Ediciones Casa de las Américas, 1984, pp:441.
- 30.- WHEELLOCK.J. Entre la crisis y la agresión. Managua, Nicaragua, Editorial Nueva Nicaragua, 1985, pp:148.
- 31.- _____ Imperialismo y Dictadura/Crisis de una formación social. México, Editores Siglo XXI, 1979, pp:210.

- 16- Informe 80. Managua, Nicaragua, 1981, pp:125.
- 17- Investigación de Políticas de Salud Pías de Ac-
tividades. 1981. Managua, Nicaragua, 1982, pp:1
- 18- Plan de Salud 1981. Managua, Nicaragua, 1981,
pp:125.
- 19- Procesos de cambio en el sector salud. Managua,
Nicaragua, 1984, pp:125.
- 20- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 21- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 22- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 23- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 24- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 25- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 26- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 27- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 28- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 29- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 30- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.
- 31- El sector salud en el contexto de las políticas de salud.
Managua, Nicaragua, 1984, pp:125.

- 20.- Principales indicadores del programa de salud pública en el mundo, 1980-1984. LISTA DE CUADROS
- 21.- Principales indicadores del programa ACBM, 1977-84.
- 22.- Principales indicadores de salud en el mundo, 1977-84.
- 1.- NICARAGUA: Recuento de las fichas de los pacientes de la salud, 1978 - 1979. (Hechos más relevantes).
- 2.- Evolución del PIB, 1970 - 78.
- 3.- Evolución de las inversiones, 1970-78.
- 4.- Algunos indicadores de producción agrícola, 1973-78.
- 5.- Evolución del gasto público como porcentaje del PIB, 1980 - 84.
- 6.- Evolución del Gasto Público Total real en países de la región, 1980-84.
- 7.- El gasto público directo en salud como porcentaje del PIB.

LISTA DE CUADROS

- 8.- Evolución del Gasto Público en salud en términos reales, 1980-84.
- 9.- Evolución de los índices de Salario Nacional en la implementación de los programas de salud del sector público, 1980 - 84.
- 10.- Evolución del índice del Gasto Público real en salud, 1980-84.
- 11.- Presupuesto del Ministerio de Salud de Nicaragua, 1980-84.
- 12.- Nicaragua, Fuentes de financiamiento del Gasto Público en salud, 1980-84.
- 13.- Recursos humanos utilizados en el MINSA según ocupación, 1980-84.
- 14.- MINSA, Nivel Central, Modelo Organizativo 1; 1980.
- 15.- Nivel Central, Modelo Organizativo 2; 1982.
- 16.- Nivel Central, Modelo Organizativo 3; 1984.
- 17.- Organigramas del Ministerio de Salud, 1984.
- 18.- Composición orgánica de la División General de Planificación, MINSA.
- 19.- MINSA: Visión sintética de la producción de servicios, 1980-84.

20 - Principales actividades del Programa de Higiene del Médico, 1980-81.

21 - Principales actividades del programa 1977-84.

22 - Evolución de las tasas de mortalidad General e Infantil (1968-1980) para el Estado de México.

23 - Otras principales causas de muerte, 1981-84.

24 - Estrategias de control de enfermedades por vacunas.

25 - Casos de enfermedades transmisibles, 1982-84.

26 - Estrategias de control de enfermedades transmisibles de alta incidencia de mortalidad, 1981-84.

27 - Programas del INSA por las regiones con alta mortalidad, 1981-84.

28 - Resultados de salud del INSA respecto a enfermedades transmisibles, 1979-84.

29 - Informe sobre el desarrollo del programa, 1977-85.

30 - Estadísticas de enfermedades por las regiones, 1979-85.

31 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

32 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

33 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

34 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

35 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

36 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

37 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

38 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

39 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

40 - Programa de control de enfermedades transmisibles, 1981-84.

Impreso en PASCAP. OPS/OMS
SAN JOSE, COSTA RICA
1988

1000

1000

1000

1000