



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

*Dr. Mariano Salazar C.
Consultor*

**Managua, Nicaragua
Mayo 2005**

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud
en la Sociedad nicaragüense

Nuestra nación merece que hagamos todos los esfuerzos en beneficio de su desarrollo económico y social, ¡Mañana es demasiado tarde! Unámonos en esta importante tarea, a fin de que los sueños de hoy sean el futuro de mañana, trasformando definitivamente la salud de nuestro pueblo, elevando los niveles y la calidad de vida que todos nos merecemos

Política Nacional de Salud 2004 – 2015
República de Nicaragua

El propósito en general de la Promoción de la Salud es:

- Aumentar los años de vida sanos de la población
- Reducir las desigualdades en salud existentes en el país
- Promover una ciudadanía activa y responsable del cuidado de su salud

Capítulo III, Artículo 332
Ley General de Salud
República de Nicaragua

Desarrollar y garantizar acciones y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud con el concurso de instituciones públicas y privadas, la comunidad, la familia y las personas para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.

Misión del Ministerio de Salud
Política Nacional de Salud 2004 – 2015
República de Nicaragua

Queda mucho por hacer para aumentar el uso de un marco conceptual de promoción de la salud, la combinación apropiada de estrategias y la evaluación de las experiencias.

Promoción de la salud
43.er Consejo Directivo de la OPS/OMS

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud
en la Sociedad nicaragüense

Tabla de Contenido

<i>Primera parte: paradigmas, origen e hitos de la Promoción de la Salud</i>	4
Paradigmas	4
De Hygeia y Panakeia a la moderna Promoción de la Salud	3
Orígenes de la Promoción de la Salud	3
El Siglo XIX: Grandes Reformas Sanitarias: la vieja Salud Pública promueve la salud	4
El Siglo XX: en los años setenta resurge la Promoción de la Salud	4
Hitos en el desarrollo de la teoría y la práctica de la Promoción de la Salud	5
Informe Lalonde, Canadá, 1974	5
La Declaración de Alma Ata, 1978	6
Informe del Cirujano General en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, USA, 1979	6
Journal of Public Health Policy; Editorial de Milton Terris, 1986	7
Logro de la Salud para Todos: Un Marco para la Promoción de la Salud, 1986	8
La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , Carta de Ottawa, 1986	8
Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , Adelaida, Australia, 1988	9
Tercera Conferencia Internacional, Sudsvall, Suecia, 1991	9
Conferencia Sanitaria Panamericana, USA, 1990	10
Declaración de Santa Fe de Bogotá, 1992	10
Conferencia del Caribe Inglés en Promoción de la Salud , Puerto España, Trinidad, 1993	11
Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular, Cerrando la Brecha: Ciencia y Política en Acción, Victoria, Canadá, 1992	11
Las ciudades y los Municipios Saludables, Toronto, 1984	11
Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , Yakarta, Indonesia, 1997	12
Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , México, 2000	13
<i>Segunda parte: la realidad nacional contexto de la Promoción de la Salud</i>	14
Nicaragua de cara al futuro: dificultades y expectativas	14
Hacia una política social integral y sostenible: los retos del sector salud	16
La importancia del desarrollo social y la inversión en capital humano	16
Los desafíos del sector	18
Lineamientos estratégicos sectoriales	23
La Cooperación Externa: un elemento crucial para el desarrollo de la Salud Pública	27
Aspectos relevantes para el desarrollo del Sector Salud	33
Determinantes de la salud de la población nicaragüense	34
Prioridades de acuerdo al análisis de la situación de salud	37
La situación del sector salud	39
Retos del sector salud	42
La respuesta de la sociedad nicaragüense: Visión y Misión del Sector Salud, Lineamientos Generales de la Política Nacional de Salud 2004 - 2015	45
<i>Tercera Parte: Promoción de la Salud en Nicaragua... ¿Realidad o Utopía?</i>	46
La evolución histórica de la Promoción de la Salud y su presencia en las Políticas Nacionales de Salud: breves anotaciones	46
¿Qué ha pasado en Nicaragua con la Promoción de la Salud?	48
<i>Cuarta Parte: ¿ todavía queda mucho por hacer ?</i>	51
La Promoción de la Salud como enfoque para abordar los retos del sector salud 2004 - 2015	52
Poner en práctica en el corto plazo las múltiples intervenciones de Promoción de la Salud consignadas en el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015	55
Implementar Iniciativas complementarias al Plan Nacional de Salud 2004 - 2015	60
<i>A manera de conclusiones</i>	63
<i>Anexos</i>	66
Detalles de las intervenciones del Plan nacional de Salud 2005 – 2015 asociadas a la Promoción de la Salud.	Error! Marcador no definido.
<i>Referencias bibliográficas</i>	68

Índice de Tablas

Tabla 1 Marcos conceptuales de la Promoción de la Salud.....	1
Tabla 2 Componentes del "campo de la salud" según Lalonde.....	5
Tabla 3: Ejemplos de los efectos multidimensionales de la pobreza en Nicaragua.....	20
Tabla 4: Principales causas de mortalidad en Nicaragua, indicadores seleccionados y breve descripción, 1998 - 2002.....	21
Tabla 5: La Cooperación Externa en cifras, 1997 - 2002.....	28
Tabla 6: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la Cooperación Externa en el MINSA, 2003.....	32
Tabla 7 Principales determinantes para la salud de la población nicaragüense.....	34
Tabla 8 Prioridades producto del análisis de la situación de salud.....	38
Tabla 9 Principales problemas asociados a la respuesta del sector salud a la situación epidemiológica y sus determinantes.....	39
Tabla 10 Principios y Lineamientos Generales de Políticas 2004 - 2015.....	45
Tabla 11 Políticas Nacionales de Salud y Promoción de la Salud, 1991 - 2004.....	49
Tabla 12 Intersecciones entre los Retos del Sector Salud y las Areas de Acción, Estrategias y Herramientas de la Promoción de la Salud.....	52

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Índice de Desarrollo Humano en Nicaragua y posición en los Informes Mundiales, 1997 - 2002.....	14
Ilustración 2: Pobreza y extrema pobreza como % de la Población total, urbana y rural.....	17
Ilustración 3 Hitos del desarrollo de la Promoción de la Salud en el mundo y Nicaragua.....	47
Ilustración 4 Intervenciones del PNS y Promoción de la Salud, todas las iniciativas.....	56
Ilustración 5 Objetivos específicos del PNS y Promoción de la Salud.....	58
Ilustración 6 Iniciativas complementarias al PNS.....	60

Índice de Recuadros

Recuadro 1: Principales características de la Pobreza en Nicaragua, 2002.....	18
---	----

Primera parte: paradigmas, origen e hitos de la Promoción de la Salud

Paradigmas

Con la denominación de Promoción de la Salud se ha pretendido caracterizar algunos elementos de la Respuesta Social Organizada cuya ámbito de acción se encuentra en los niveles más inespecíficos del proceso salud-enfermedad de la población. Se le ha evocado reiteradamente, como componente esencial de políticas, planes y programas de salud, atribuyéndosele un cierto carácter de “panacea”. En los años recientes, incluso se ha elevado al rango de estrategia, lo que ha hecho surgir todo un movimiento mundial de Promoción de la Salud, respaldado por organismos internacionales, instituciones gubernamentales nacionales y diversas agrupaciones de la sociedad civil. Sin embargo, a pesar de su empleo generalizado, el concepto de Promoción de la Salud no necesariamente tiene los mismos significados para todos los que lo usan, y consecuentemente, las prácticas cobijadas bajo el término tampoco son iguales.

En otras palabras, existen diversas interpretaciones acerca de la Promoción de la Salud, que provocan confusión y se traducen en diferentes cursos de acción, a menudo contradictorios. Cual es la razón de tales confusiones? Es una propuesta orientada al desarrollo de estilos de vida “saludables”? Es una propuesta integral para la transformación de las condiciones de salud a nivel poblacional?

La respuesta a las preguntas anteriores es que los modelos teórico conceptuales (o paradigmas) de la salud pública determinan las interpretaciones y las prácticas de la Promoción de la Salud . Concretamente, en la actualidad, coexisten tres diferentes propuestas en Promoción de la Salud, enmarcadas por tres diferentes modelos conceptuales, las cuales permean el discurso hegemónico y son empleadas discrecionalmente, a pesar de que esencia son antagónicas.

De todas las visiones, al menos tres pueden distinguirse plenamente: a) la acepción preventivista (“histórica en un sentido cronológico), acogida aún al paradigma higiénico preventivista y ligada al concepto de “triada ecológica”, b) la enfocada en los estilos de vida individuales “, consumista, de sustento pragmático, difundida en las sociedades altamente industrializadas, apoyada en el modelo epidemiológico social, y la c) socio sanitaria, basada en un nuevo abordaje de la salud como expresión del disfrute pleno de la vida, para todos, tarea en la cual el Estado debería comprometer firmemente sus esfuerzos. Un resumen de estas visiones puede apreciarse en la tabla de la página siguiente.

La **primera** de ellas mantiene su vigencia en la medida que la salud pública sigue siendo conducida por los caminos de la medicina (sea preventiva o social), es decir siempre referida al objeto de estudio: la enfermedad. Promover la salud desde tal enfoque significa movilizar los recursos inespecíficos disponibles para evitar la enfermedad en general. La solución a tal enigma es práctica: sanear el medio, educar para la salud, dar alimentación complementaria, favorecer ciertas prácticas individuales de higiene, etc. Organizar la atención medica de forma piramidal, rompiendo la cadena epidemiológica, colocando barreras inespecíficas, previniendo, atendiendo, asistiendo. as prácticas de desarrollo de la comunidad de los años 60, en el marco de la Alianza para el progreso y sus símiles contemporáneos han puesto énfasis en formas de Promoción de la Salud preventivistas.

**Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud
en la Sociedad nicaragüense**

Tabla 1 Marcos conceptuales de la Promoción de la Salud

MODELO	DEFINICION	ENFOQUE	OBJETO DE TRANSFORMACION	AGENTE CUASAL	MODO DE ACCION	PRÁCTICA	PROVEEDOR	SITIO	BASE INSTITUCIONAL
HIGIENISTA (GALENICO)	Sugerir una forma de vida que garantice padecer un mínimo de enfermedades y llegar a viejo sin limitaciones	Enfermedad	Individuo (Clase dominante)	Estilo de vida	Unicausal	Naturismo Moderación Templanza	Medico El propio sujeto	Esfera individual	Ninguna
HIGIENISTA PREVENTIVO	Organización de recursos para el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes, disminución del contacto con el agente o eliminación del agente para prevenir la enfermedad	Enfermedad	Huésped	Agente patógeno (físico, químico, biológico)	Unicausal	Preventivista	Medico general Enfermera Promotor	Hogar Comunidad	Estado Comunidad Organizaciones de la "Sociedad Civil"
PIDEMIOLOGICO SOCIAL	Arte y ciencia de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado de optima salud	Salud Enfermedad	Individuo Micro y Meso ambiente	Estilo de vida	Multicausal	auto cuidado	Especialista Psicólogos Psicoterapeuta Educadores	Familia Comunidad Centros deportivos Clubes	Estado Organizaciones Privadas
SOCIO SANITARIO	Proceso mediante el cual individuos, grupos sociales y la sociedad en general, desarrolla condiciones para el ejercicio de control sobre sus procesos vitales, para alcanzar la salud. Al combinar la elección personal con la responsabilidad social, propone tanto actuar sobre condiciones de vida, como sobre condiciones sociales	Salud	Sujeto social Entorno (Ambiente físico y social: micro, meso y macro)	Condiciones de vida (estructura y relaciones sociales) Habilidades personales Estilos de vida	Multicausal	Capacitación Autocuidado Responsabilidad colectiva Política pública Intervenciones sociales sobre el entorno	Sujetos sociales Grupos y redes Promotores de salud Trabajadores sociales Profesionales de diversos sectores	Individuos Familia Sitios de trabajo Comunidad Municipio Ciudad País Ambiente	Estado Organizaciones civiles Grupos y redes

Fte: Reproducido de Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud. Comps., Sofía del Bosque A., Julio Gonzalez M., Ma. Teresa del Bosque A de Maradiaga, México: CIES/OPS, 1998, 353 p: 39

La **segunda** subordina el bienestar al ámbito de las relaciones de mercado, en consecuencia, para estar y mantenerse sano, hay que consumir estilos de vida individuales. El “estilo de vida sano “es una mercancía mas, sujeta a “libre juego”. Es un “paquete” de satisfactores que pueden comprarse juntos o por separado, pero que para acceder a ellos hay que ser, poder y tener. Comer alimentos “sanos y nutritivos”, ricos en fibra, magros, bajos en colesterol, hipo sódicos, asépticos, rápidos, insípidos...”light”. Practicar ejercicios vistiendo y calzando indumentarias especiales, empleando tecnologías modernas para obtener la “figura perfecta”. Disfrutar del “poder de la compra ‘para practicarse sofisticados exámenes periódicos o adquiriendo seguros médicos de “amplia cobertura”. Adquirir publicaciones de divulgación de conocimientos para el auto cuidado, la autoayuda, la búsqueda informada de la atención médica. En síntesis, la edición Siglo XXI de la Higiene de Galeno, para “aquellos que pueden darse e lujo de elegir”.

La **tercera** enfrenta distintos retos para la vida humana surgidos de la creciente inequidad social y de la deuda sanitaria acumulada. Se alimenta de los procesos de construcción ciudadana y de la búsqueda de la transformación social sin destrucción de los ecosistemas; del empoderamiento y de la capacidad real de elegir; de la creación de oportunidades saludables al alcance de todos.

Implica la construcción de una cultura de salud, como forma innovadora de relación entre los seres humanos y con la naturaleza. A tal noción se le confiere un significado de práctica transformadora, pues implica el cambio en las condiciones de vida y de trabajo para hacerlas saludables. Esta preocupada por la satisfacción de las demandas sociales básicas, entre ellas también la atención primaria de salud universal y la participación social efectiva en la planeación, organización y evaluación de los servicios.

Requiere de la socialización del conocimiento, del fortalecimiento de los valores éticos, del respeto a los derechos humanos y de la formación de un espíritu solidario y de servicios social entre los miembros de la colectividad. Encuentra formas de realización en los procesos de educación popular y de investigación acción participativa.

En el mundo de la Cooperación Internacional en Salud y de la Comunidad de Naciones identificadas con la Promoción de la Salud, progresivamente, a través de múltiples debates, construcción de consensos y propuestas que han dado lugar a prácticas de Promoción de la Salud adecuadas a las diversas características de las regiones mundiales y escenarios nacionales, ha venido paulatinamente apareciendo en la Promoción de la Salud contemporánea, el modelo socio – sanitario de Promoción de la Salud como el modelo hegemónico generador de iniciativas específicas de Promoción de la Salud en el ámbito de la Salud Pública.

De Hygeia y Panakeia a la moderna Promoción de la Salud

Orígenes de la Promoción de la Salud

Aunque la Promoción de la Salud moderna se ha construido en los últimos 25 años, sus raíces se reconocen desde la antigüedad y su discurso no es totalmente nuevo, de hecho, es el viejo discurso de la salud pública renovado y adaptado a nuevos retos y circunstancias.

En busca de sus inicios es preciso resaltar que la higiene como práctica dirigida a permanecer sano jugó un papel muy importante en la antigüedad. La experiencia enseñó a la gente a hacer cosas que eran saludables y a evitar otras que eran nocivas para la salud. Los cultos antiguos prescribieron normas que impulsaban a la gente a prácticas saludables y a mantenerse limpio en lo físico y lo espiritual.

En la edad de oro de la ciudad/estado griego la higiene era aristocrática, para los ciudadanos libres. La práctica de Asclepios, médico divinizado por los sacerdotes de Epidauro y muerto por un rayo de Zeus ante las pretensiones de resucitar a los muertos, esta simbolizada por varias de sus hijas, siendo las más famosas Hygeia y Panakeia. Ellas representaron filosofías distintas: Panakeia realiza curaciones extraordinarias y representa la búsqueda de la Panacea en el ejercicio médico; Hygeia en cambio enseñó que viviendo con moderación se podía permanecer sano, su memoria dio nombre a la Higiene y representa la Prevención y Promoción de la Salud. Actualmente, se aboga para que Hygeia y Panakeia se aproximen y representen una práctica no en conflicto antagónico sino complementaria.

La actitud social hacia la salud se reflejaba en dos prácticas diferentes pero complementarias: la curación del enfermo (auspiciada por Panakeia) y la consecución de la salud (auspiciada por Hygeia)

Galeno, Siglo II de nuestra era, fue un seguidor de las enseñanzas de Hipócrates. La higiene de Galeno es una obra altamente aristocrática como lo fue en su momento la higiene de los griegos en su época clásica. El afirmó que su libro era para los griegos y para quienes los emularan, no para los bárbaros. En este libro Galeno resumió y sistematizó la higiene conocida por Griegos y Romanos, que desde nuestra perspectiva moderna corresponde a la práctica de estilos de vida saludables. Galeno señala el fin de una época, pues el Cristianismo venía transformando el mundo occidental, ahora lo que cuenta es el alma y los cuidados del cuerpo aparecen como ridículos, como consecuencia, la influencia de la doctrina Galénica en la Edad Media fue insignificante.

El pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre “estilos de vida y salud”.

En el Renacimiento, la búsqueda de una larga vida fue una característica vigorosa. La Higiene no progresó en este período a pesar que muchos de los ideales griegos fueron revividos. No fue así según Sigerist, porque el ideal educativo no fue el Platónico sino el procedente de Quintiliano, el Homo Ciceronito, unilateral, que tendía a desarrollar la capacidad mental del hombre y su pericia retórica, descuidando el cuerpo.

Peter Frank (1745 – 1821) es el pionero de la Medicina Social. El estudio la influencia del entorno social sobre la salud del individuo y las condiciones sociales bajo las cuales la gente vivía, abogando vigorosamente a favor de reformas no solo sanitarias sino también sociales y económicas. Llegada la revolución industrial se reclamaron cambios fundamentales en Salud Pública y en una nueva dirección: la sanitaria.

El Siglo XIX: Grandes Reformas Sanitarias: la vieja Salud Pública promueve la salud

Gran número de historiadores y de ensayos muestran como la Promoción de la Salud es parte de una tradición muy rica en salud pública, que ha reconocido la relación existente entre política, poder y salud.

Rudolph Virchow en Silesia; Johann Meter Frank, director de salud pública en Austria; y Edwin Chadwick, el padre del movimiento inglés de salud pública, hacen parte destacada de esta tradición.

Rudolph Virchow, líder en el movimiento de reforma de salud, recomendó al Gobierno de Silesia 1848 – T. Hancock dice que podría llamarse un Informe de Promoción de la Salud – que para controlar la epidemia en las minas de carbón de la alta Silesia, debía fomentarse la prosperidad, la libertad y la plena democracia. El informe no fue bien recibido, tampoco lo fue la obra de Frank, y las recomendaciones, como sucede modernamente - algunas veces - no se siguieron. Es en esta época cuando Virchow escribió que “la medicina es una ciencia social y que la política no es más que la medicina en gran escala”, señalando que la reforma que se proponía era una reforma de la ciencia y de la sociedad.

Bajo la influencia del pensamiento mecanicista y de los descubrimientos y avances en distintos campos de la biología, especialmente de la bacteriología, se pasó a un predominio de un pensamiento unicausal y medicalizado que tuvo como consecuencia una esperanza desmedida en la tecnología médica y un descuido grande en el enfoque sanitarista y de la promoción durante el final del Siglo XIX y la mayor parte del Siglo XX.

El Siglo XX: en los años setenta resurge la Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud contemporánea ha ido ganando defensores, adeptos y prestigio. Su desarrollo no ha sido fácil y periódicamente se observan demoras y retrocesos.

Ha sufrido de interpretaciones equivocadas y de distorsiones en su quehacer, en ocasiones se le ha tomado como equivalente a la educación en salud y en muchas ocasiones se confunde su quehacer con la prevención.

Durante los años setenta la Promoción de la Salud resurge como el Ave Fénix pero en la práctica solo fue programada y aplicada de forma parcial. En esos años la promoción fue equiparada casi totalmente a las actividades dirigidas a modificar estilos de vida no saludables causantes de muerte y enfermedad en los países en desarrollo, pero en los años 80, de la primera conferencia internacional de Promoción de la Salud surge la Carta de

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud
en la Sociedad nicaragüense

Ottawa que se convirtió en fuente de inspiración y nuevo credo para quienes vienen invocando la Promoción de la Salud para el logro de un desarrollo humano digno.

Se reconoce, no obstante, que la Promoción de la Salud moderna corresponde a una estrategia de vieja data, pero renovada, y que su paternidad / maternidad es canadiense.

La Organización Mundial de la Salud y la Carta de Ottawa han dado la siguiente descripción de Promoción de la Salud, la cual ha sido ampliamente aceptada. La Promoción de la Salud es la acción social, educativa y política dirigida a incrementar el nivel de salud de la población; como un proceso de activación de las comunidades, dirigentes políticos, profesionales y población, a favor de políticas, sistemas y modos de vida saludables, el cual se lleva a cabo por medio de la abogacía, empoderamiento de la población y construcción de un sistema de soporte social que le permita a la gente vivir sanamente.

Actualmente, la promoción de la Salud se propone como una estrategia integral, promisoria, plena de potencialidades para crear poblaciones mas saludables a través de programas concretos dirigidos a las transformaciones de las condiciones de vida, de las formas de vivir y del entorno global que propicie la salud y facilite la elección de las opciones saludables.

Así descrita, la Promoción de la Salud se concibe como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades pueden ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su nivel de salud. Desde esta visión, la salud no se entiende, como tradicionalmente ha sido considerada: como un estado de ausencia de enfermedad y a esta ultima como un problema de origen exclusivamente biológico; sino que se la identifica con la conocida afirmación del Director de la OMS en 1988 “la salud es un producto de la acción social y no un mero resultado de la atención medica”.

Hitos en el desarrollo de la teoría y la práctica de la Promoción de la Salud

Informe Lalonde, Canadá, 1974

Suele ser considerado como el punto de partida del desarrollo moderno del concepto de Promoción de la Salud .

Tabla 2 Componentes del "campo de la salud" según Lalonde

Este informe es el primer documento oficial de Gobierno (Canadá) en reconocer que la salud dependía de diferentes componentes – concepto de “campo de la salud”- no solamente de la prestación de servicios de salud. Afirma “Hasta ahora la mayoría de los esfuerzos de la sociedad para mejorar la salud se han enfocado a la organización del cuidado médico, a pesar de que cuando identificamos las actuales primeras causas de muerte y enfermedad, encontramos que sus raíces están en los otros tres componentes del concepto: biología humana, medio ambiente y sobre todo estilos de vida; es obvio por lo tanto, que las vastas sumas de dinero que se han estado gastando tratando la enfermedad, han podido gastarse mejor previniéndolas”.

Biología Humana		Medio Ambiente
	Campo de la Salud	
Organización de la Atención en Salud		Estilo de Vida

Una característica relevante del concepto – entre otras – es que permite instaurar un sistema de análisis con el cual es posible examinar cualquier problema con respecto a los cuatro componentes, a fin de evaluar su importancia relativa e interacción. Este análisis permite a los planificadores de programas concentrar su atención en los factores contribuyentes de mayor peso. Probablemente, una de las contribuciones principales del concepto sea una visión unificada de la salud, mas allá de la fragmentación existente del poder en la sociedad para mejorar la salud, disperso entre los ciudadanos, gobiernos, profesionales de la salud e instituciones de salud.

Paradójicamente, a raíz de este conocido documento, la Promoción de la Salud se desarrolló como una estrategia de información y educación para la transformación de los estilos de vida asociados con las causas mas frecuentes de muerte, a pesar de que el Informe llamaba a la acción en los diferentes campos determinantes de la salud. A esta tendencia de la promoción se le ha conocido como “conductualización” de la promoción, por el sobre énfasis puesto en la responsabilidad de los individuo en la elección de estilos de vida. En esta corriente se llegó a “culpabilizar a la víctima” de su propio destino.

La Declaración de Alma Ata, 1978

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma Ata, Unión Soviética, con asistencia de delegados de 134 naciones, se gestó la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, la cual fue adoptada posteriormente en la Asamblea Mundial de la OMS en 1981. La innovación principal fue la de reafirmar que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano fundamental. La declaración reconoce las desigualdades existentes en el estado de salud y postula la atención primaria como estrategia necesaria para reducir las inequidades, la cual debe contar como componentes prioritarios la promoción y prevención, la participación comunitaria y la acción multisectorial.

Informe del Cirujano General en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, USA, 1979

Identifica los principales riesgos de salud para la población de los estados Unidos de América y hace una clara diferencia entre acciones para promover la salud, aquellas dirigidas a cambiar estilos de vida y las acciones de protección de la salud, aquellas dirigidas al medio ambiente físico.

De nuevo, como en el Informe Lalonde, el énfasis se coloca en la transformación de estilos de vida para prevenir la enfermedad, orientación que predominó hasta la Declaración de Ottawa, 1986.

La nueva Salud Pública es la expresión de esta renovada comprensión de que las intervenciones fuera del campo tradicional del sector de la salud son claves para mejorar el nivel de salud.

El valor de las orientaciones del Informe del Cirujano General, radicó en la trascendencia que se les dio a los otros campos de la salud, diferentes a los centros de atención médica, tales como los factores económicos y sociales, al

ambiente y estilos de vida, como determinantes del nivel de salud, apartándose en su momento, del modelo médico biologicista predominante.

Informe Brundland, 1983

En 1983 se estableció la comisión mundial de ambiente y desarrollo, dirigida por la primera ministra noruega Gro. Harlem Brundland. En 1987 se publicó su documento final “Nuestro Futuro Común” el cual contiene la propuesta de combinar la economía y la ecología para obtener un desarrollo sostenible.

En esta propuesta se encuentran conceptos e ideas que se reflejaron en la propuesta de ciudades saludables, que viene siendo impulsada por la OMS en Europa y por la OPS en la Región de las Américas.

Journal of Public Health Policy; Editorial de Milton Terris, 1986

Este autor en este editorial y en otros varios ensayos, reiteradamente ha llamado la atención sobre la confusión existente acerca del concepto de Promoción de la Salud . Atribuye parte importante de esta confusión al Informe del Cirujano general (USA, 1979) sobre la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad.

Terris critica que dicho informe enfocó la Promoción de la Salud como una modificación de los estilos de vida para la prevención de la enfermedad. Señala Terris que la principal consecuencia de la confusión semántica es el descuido de la verdadera Promoción de la Salud.

En artículos posteriores escritos en los años 90, Terris insiste en la confusión reinante sobre el término Promoción de la Salud y achaca esto, en parte, a la no consideración de las causas generales como determinantes fundamentales de la salud.

También es Terris quien llama la atención sobre el uso del concepto de Promoción de la Salud y afirma, que su entender, fue el gran historiador médico Henry E. Sigerist, el primero en usar el término de Promoción de la Salud , en el año 1945, al definirla como una de las cuatro grandes tareas de la medicina.

El llamado de Sigerist sobre la Promoción de la Salud se vino a repetir 40 años después en la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud y en la definición vigente de las funciones de la Salud Pública.

Logro de la Salud para Todos: Un Marco para la Promoción de la Salud, 1986

Jake Epp, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, con ocasión de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , en Ottawa, 1986, presentó un documento con propuestas de líneas de acción dirigidas a alcanzar la equidad en salud. En el presenta como meta el logro de la salud para todos y como reto el reducir las inequidades, el aumentar la prevención y fortalecer la capacidad de confrontación de las situaciones de stress.

Como mecanismos de la promoción de propone el auto cuidado, la ayuda mutua y los ambientes saludables. Como estrategias de implantación se identifican el fomentar la participación, fortalecer los servicios comunitarios y coordinar las políticas públicas saludables.

Epp sostiene que esta propuesta llamada Promoción de la Salud es una integración de varias arenas y representa una expansión del uso tradicional del término Promoción de la Salud. Señala Epp, enfocamos la Promoción de la Salud como un complemento y fortalecimiento del sistema de atención en salud.

La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , Carta de Ottawa, 1986

Marca un hito en la Promoción de la Salud. Fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la Salud Pública en el mundo. A partir de ella cobra mayor importancia e interés por parte de los gobiernos y se inician cambios trascendentales para ponerla en práctica. Se dice que la Carta de Ottawa parte divide en dos la historia conceptual de la Promoción de la Salud .

La Carta de Ottawa retomó nuevamente algunos de los alcances que le había dado a la Promoción de la Salud Henry Sigerist, quien en 1945 introducía el concepto de Promoción de la Salud y afirmaba que se promovía la salud, entre otras vías, a través de la educación, el empleo, la buena vivienda, la recreación y el descanso.

La Carta de Ottawa parte de una concepción socio ecológica de la salud y sus factores determinantes. De forma coherente, entonces, las acciones para

Para hacer operativa la Promoción de la Salud, la carta propone cinco “rumbos estratégicos:

- *La formulación de políticas públicas saludables*
- *La organización y participación comunitaria*
- *El desarrollo de aptitudes personales y cambios de comportamiento*
- *La creación de ambientes saludables*
- *La reorientación de los servicios de salud”*

Lo anterior se llevaría a cabo simultáneamente en tres líneas de acción paralelas: fomentar estilos de vida sanos, habilitar a la gente para el control sobre los servicios de salud e implantar condiciones estructurales que hicieran posible la salud plena de toda la población.

promover la salud no pueden dejar de lado el reconocimiento multicausal de la salud, y por tanto, además de la promoción de comportamientos individuales sanos, deben dirigirse esfuerzos a la modificación del ambiente global, que a su vez se encuentra determinado por el contexto político, cultural y económico. La carta redimensiona el papel del sector salud enfatizando la necesidad de vincularse con otros sectores para buscar mejores niveles de salud.

Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , Adelaida, Australia, 1988

En Adelaida, Australia, se retoma el tema de las “Políticas Públicas Saludables” propuesta como el área de acción número uno en la Carta de Ottawa. Se definen las condiciones para una política pública orientada hacia la salud y se enfatizan como área de acción de dichas políticas el apoyo a la salud de las mujeres, la alimentación y la nutrición, las restricciones para reducir el consumo del alcohol y del tabaco. Estas metas deben lograrse a través de la creación de ambientes que apoyen la salud, del desarrollo de nuevas alianzas y dando máxima prioridad a la cooperación internacional en salud pública.

Tercera Conferencia Internacional, Sudsvall, Suecia, 1991

La creación de Ambientes Globales Saludables fue el motivo de esta conferencia.

Hace un llamado para que las poblaciones se involucren activamente en el desarrollo de ambientes propicios para la salud. Se refiere no solo al ambiente físico, sino que proclama el ambiente global o total, que incluye los ambientes sociales, económicos y políticos que propicien la salud en lugar de perjudicarla.

La Conferencia identifica muchos ejemplos para la creación de ambientes saludables que pudieran ser utilizados por dirigentes políticos, planificadores y activistas en el sector de la salud y del ambiente.

La Conferencia reconoce que toda persona tiene un rol en la creación de ambientes saludables y sostenibles.

Utilizando ejemplos, la Conferencia identifica cuatro acciones claves para promover los ambientes de apoyo a la salud:

- *Fortalecimiento de la abogacía*
- *Empoderamiento de los individuos y las comunidades*
- *Contrucción de alianzas*
- *Mediación y Negociación*

Conferencia Sanitaria Panamericana, USA, 1990

En 1989 se difunde el documento “Un llamado a la acción” de un grupo de trabajo de la OMS, en el cual se discutieron los principios de la Promoción de la Salud enfocados desde la perspectiva de los países en desarrollo. La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud y sus países miembros al “Llamado a la Promoción de la Salud” se institucionalizó en la OPS en las orientaciones estratégicas y las orientaciones programáticas para el cuatrienio 1991 – 1994.

La Promoción de la Salud se institucionaliza en la OPS en las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991 - 1994

En la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990, los Gobiernos de la Región de las Américas adoptaron la Promoción de la Salud como una de las orientaciones estratégicas básicas para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud. Sin duda, esta ubicación de la Promoción de la Salud ha sido un gran pilar de apoyo para las acciones de la OPS en los países donde durante la década de los 90 esta tratando de influenciar la elaboración de políticas, planes y programas. El movimiento de Municipios Saludables que se está desarrollando en Latino América y que cuenta con el apoyo de OPS, es uno de los proyectos de Promoción de la Salud que mejor reflejan las orientaciones, estrategias y las nuevas modalidades de trabajo de la OPS.

Las líneas de acción ratificadas posteriormente por los Cuerpos Directivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, requieren apoyar el fortalecimiento del sector salud para dirigir procesos intersectoriales que ...”promuevan el desarrollo cabal y el aprovechamiento pleno de las capacidades humanas mediante el fortalecimiento de la salud positiva entre las naciones miembros”...reconociendo que es en el nivel local donde principalmente deben ponerse en práctica las actividades que promuevan una cultura de la salud. En las líneas de acción, el valor de los principios y estrategias formulados en la Carta de Ottawa resaltan claramente.

Declaración de Santa Fe de Bogotá, 1992

Fue convocada por la Organización Panamericana de la Salud, con el propósito de ajustar las recomendaciones de las conferencias y documentos de Promoción de la Salud a las condiciones sociales y culturales de Latino América.

Aquí se plasman nuevamente los postulados enunciados en Ottawa y se hace un llamado a los Gobiernos y Sociedad Civil para el combate a la pobreza, a la violencia, a la desigualdad y la búsqueda de la equidad. Identificó como estrategias impulsar la cultura de salud, transformar el sector salud poniendo de relieve la Promoción de la Salud y convocar, animar y movilizar, un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad. La equidad, se definió por el

En suma, 550 representantes de 21 países latinoamericanos se reunieron para definir el significado de la Promoción de la Salud en América Latina y debatir principios, estrategias y compromisos hacia el logro de la salud de la población de la Región

Director General y la Directora de Promoción de la Salud de la OPS como el principal objetivo y quizás el principal medio para hacer posible la Promoción de la Salud y condición necesaria para el desarrollo y la Justicia.

Conferencia del Caribe Inglés en Promoción de la Salud , Puerto España, Trinidad, 1993

Esta fue la primera Conferencia de Promoción de la Salud en el Caribe de habla inglesa, participaron 19 representantes de 19 países del área. Reconoce que la Equidad es la consideración más importante para las decisiones en salud. Plantea enfoques estratégicos similares a los de Ottawa y Santa Fe de Bogotá adaptados a las peculiaridades de los países del Caribe Inglés.

Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular, Cerrando la Brecha: Ciencia y Política en Acción, Victoria, Canadá, 1992

Proclama que el enfoque de Salud Pública, Promoción de la Salud , es claramente la estrategia prioritaria para detener el crecimiento de las enfermedades cardiovasculares, las cuales se han constituido en la causa más importante de mortalidad en la mayoría de los países del mundo.

Hace un llamado para cerrar el vacío existente entre la ciencia y la acción, ya que las enfermedades, como las cardiovasculares, son altamente prevenibles, pero, señala, que para lograrlo es necesario que la sociedad tenga acceso a una vida positiva y saludables, a un aire libre de contaminación, buena nutrición, actividad física regular y un ambiente de vida y trabajo apropiado.

La política de la salud cardiovascular propone un enfoque basado en cuatro aspectos:

- *Mejoramiento de los hábitos alimentarios*
- *Erradicación del consumo del tabaco*
- *Aumento de la actividad física en todos los grupos de población*
- *Atención de factores psicosociales*

Las ciudades y los Municipios Saludables, Toronto, 1984

La idea de un movimiento de ciudades saludables y conformación de una red, se expuso en Toronto en 1984 en la Conferencia “Mas allá de la atención médica”, en una serie de talleres destinada a discutir la propuesta. Esta Conferencia, donde participaron varios de los futuros líderes de la Promoción de la Salud : T. Hancock, L. Dhul, N.Milio y otros; se considera piedra angular en la génesis del movimiento de Ciudades Saludables que se inició mas tarde en Europa bajo la dirección de la OMS.

En la creación del Movimiento de las Ciudades y Comunidades Saludables, la Asociación Canadiense de Salud Pública, el Gobierno de Canadá, la OMS en Europa y la OPS en Latinoamérica han tenido un rol preponderante.

Más de 1000 ciudades en el mundo están trabajando en los principios de Promoción de la Salud bajo el movimiento de las Ciudades Saludables.

La OMS introdujo en Europa el proyecto de Ciudades Saludables como una estrategia de aplicación de los principios de salud para todos en el nivel local. Casi simultáneamente, se iniciaba el movimiento de Ciudades y Comunidades saludables en Provincias de Canadá, con el respaldo de la Asociación Canadiense de Salud Pública.

El movimiento se inicio después de debatir la idea en una conferencia en Lisboa, Portugal, en 1986. Iniciaron 11 ciudades Europeas, pero ya en la primera fase del proyecto, la OMS trabajo con 35 ciudades europeas. El movimiento global ha crecido permanentemente.

Además de la red de Ciudades Saludables de la OMS en Europa constituida por aproximadamente 37 ciudades, funcionan por lo menos 24 redes nacionales en este continente y esta en operación el movimiento en todos los continentes donde igualmente funcionan redes nacionales y subnacionales. En América Latina el movimiento se desarrolla con fuerza diferente en los diversos países, con el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud.

Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , Yakarta, Indonesia, 1997

La Conferencia de Yakarta “Nuevos actores para una nueva era: Promoción de la Salud para el Siglo XXI”; contó con el auspicio de la OMS y en ella participaron representantes de 76 países. Es la primera vez que en una de estas conferencias internacionales se involucra al sector privado, hecho que refleja el propósito de ampliar el rango de actores y recursos para afrontar los determinantes de la salud en el Siglo XXI.

La Declaración de Yakarta reafirma de nuevo que es la pobreza la mayor amenaza para la salud de las comunidades y como en declaraciones previas sobre Promoción de la Salud , hace explícitos los prerrequisitos para la salud. Manifiesta que existe evidencia convincente de que la Promoción de la Salud es una estrategia que funciona para alcanzar la equidad y modificar los determinantes que afectan la salud, reafirmando la trascendencia de las cinco estrategias postuladas en la Carta de Ottawa.

Sin embargo declara que se requieren nuevas respuestas y formas de acción. El reto para los próximos años es incorporar el potencial para la Promoción de la Salud de los muchos sectores de la sociedad, de los municipios y comunidades locales y de las familias. Existe clara necesidad de romper los límites tradicionales entre sectores gubernamentales, entre gobierno y sociedad civil, entre el sector público y el sector privado.

La Conferencia de Yakarta postulo cinco áreas prioritarias para el desarrollo de la Promoción de la Salud:

- ***Promover la responsabilidad social por la salud***
- ***Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud***
- ***Expandir y consolidar las alianzas por la salud***
- ***Incrementar la capacidad comunitaria y el empoderamiento individual***
- ***Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud***

**Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud
en la Sociedad nicaragüense**

Hace un llamado para la creación de nuevas alianzas entre estos sectores para acelerar el progreso de la Promoción de la Salud y señala prioridades para estas coaliciones, tales como el crear conciencia sobre los determinantes de la salud, movilización de recursos, aumento de la transparencia y rendimiento de cuentas en las acciones, soporte para el desarrollo de la colaboración y de las redes de promoción y varias otras.

Al ofrecer una visión de la Promoción de la Salud para el próximo Siglo, señala el impacto significativo que los factores transnacionales tienen sobre la salud, tales como: la globalización de la economía, los mercados comerciales y financieros y el acceso a las nuevas tecnologías de la comunicación; algunas con un gran potencial para la salud como el desarrollo de las comunicaciones y otras con un impacto negativo como el mercadeo internacional del tabaco.

Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud , México, 2000

La Quinta Conferencia revisó seis informes técnicos de los avances de la Promoción de la Salud en el mundo, a partir de los siguientes ejes:

- Promoción de la responsabilidad social en materia de salud: avances, desafíos pendientes y perspectivas
- Inversión para la salud
- Ampliar la capacidad de las comunidades y fortalecer a las comunidades para la Promoción de la Salud .
- La infraestructura para promover la salud: el arte de lo posible
- Reforzar la base científica para la Promoción de la Salud
- Reorientación de los sistemas y servicios de salud

La Conferencia de México también presentó 15 estudios de casos de países en desarrollo, en que se ilustran iniciativas e intervenciones prácticas que han logrado mejorar la vida de comunidades o grupos de población económica y socialmente desfavorecidos

Produjo una Declaración Ministerial, firmada por los Ministros de Salud de todo el Mundo, en la que:

- Se afirma la contribución de las estrategias de Promoción de la Salud a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud, y
- Se promete elaborar en el plazo de un año un plan de acción nacional para seguir de cerca los progresos realizados en la incorporación de las estrategias de Promoción de la Salud en la política y planificación a nivel nacional y local.

Segunda parte: la realidad nacional contexto de la Promoción de la Salud

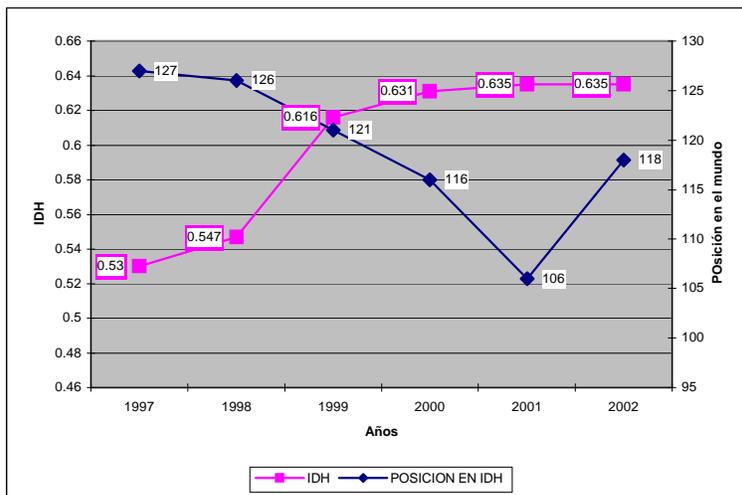
Nicaragua de cara al futuro: dificultades y expectativas

Nicaragua no ha estado ajena a la preocupación por la incertidumbre del futuro. La historia nos ha heredado algunas dificultades para hacer creíble la esperanza. Nuestro país ha experimentado muchas promesas incumplidas, muchas iniciativas frustradas, una naturaleza a veces adversa que nos hace retroceder en lo avanzado.

Los nicaragüenses tenemos aspiraciones, existe una disposición personal y colectiva para realizarlas y percibimos que tenemos altas capacidades para lograrlas. Sin embargo, nos cuesta construir una imagen esperanzadora del futuro. Percibimos que el ambiente en que nos desenvolvemos es poco predecible y las instituciones públicas, de las que se esperaba que fijaran normas claras para orientar el rumbo de las acciones privadas, tampoco escapan a ese carácter, por lo cual, resultan poco confiables para la mayoría.

De la Nicaragua de comienzos del Siglo XXI, no se podría afirmar que ha encontrado un rumbo cierto en su camino al desarrollo. Hay avances importantes, pero también hay dificultades. Lo más significativo es el paulatino afianzamiento de un escenario de democracia y gobernabilidad. En el último cuarto de Siglo recién pasado, se han sentado las bases para la realización de cambios democráticos de gobierno en el marco de una institucionalidad política, jurídica y electoral legítima y reconocida internacionalmente. A lo largo de este período se ha creado espacios formales de participación de la ciudadanía y de representación de sus intereses. La población observa con sumo interés las transformaciones, que en materia de transparencia en la gestión pública, esta realizando la nueva administración que asumió el poder en Enero de 2002.

Ilustración 1: Índice de Desarrollo Humano en Nicaragua y posición en los Informes Mundiales, 1997 - 2002



En el campo de las oportunidades reales es donde se observan mayores restricciones. Los niveles de pobreza y de vulnerabilidad, que aun enfrenta gran parte de la población, son inaceptables. Aunque la economía ha crecido en los últimos años, persiste su falta de capacidad para generar empleos estables y ofrecer salarios dignos a su fuerza de trabajo.

Fte: *El desarrollo humano en Nicaragua 2002. Las condiciones de la esperanza / Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. -1ra Ed.-* Managua: PNUD, 2002, p: 162

En 1975 Nicaragua se encontraba mas cerca de El Salvador que de Guatemala y Honduras, cuyos índices de desarrollo humano eran más bajos. En los últimos años se aproxima mas a estos últimos países que a El Salvador y se aleja aun más de Costa Rica y Panamá. Este lento avance del IDH en Nicaragua derivado de la dificultad de crecimiento del PIB nacional, en el ultimo cuarto de Siglo, es el resultado de múltiples factores.

La corrección de los desequilibrios financieros y la estabilidad monetaria, facilitados por las políticas económicas implementadas desde 1991 en el marco de los programas de ajuste estructural, estimularon el crecimiento económico desde 1994 hasta 2000. La crisis internacional y la desaceleración de la economía interna, han incidido en una disminución del crecimiento del PIB en el 2002, creando incertidumbre con relación a los próximos años.

La deuda externa ha sido objeto de una creciente atención. Los esfuerzos que se han realizado en los últimos años para acceder a la iniciativa de países pobres altamente endeudados HIPC podrían contribuir a mejorar substancialmente su situación de endeudamiento externo. Queda pendiente, sin embargo, el acuciante tema de la deuda interna, la que ha crecido desde un 26.7 % del PIB en 1996 hasta un 68 por ciento del PIB en 2001.

Nicaragua vive un momento crucial. Se han alcanzado logros en la democratización del país y en la convivencia ciudadana que permiten vislumbrar un futuro mejor. Estos avances han favorecido el surgimiento de una esperanza cautelosa, en la que puede encontrarse un importante recurso para el desarrollo humano, pues permite que las personas desplieguen sus esfuerzos en actividades creativas. Pero esa esperanza requiere ser acrecentada y dotada de credibilidad. Para esto no basta preocuparse solo del crecimiento económico o de la institucionalidad política. Un futuro creíble se logra cuando las personas experimentan que adquieren capacidades y oportunidades reales para realizar por si mismos sus aspiraciones.

Los nicaragüenses demandan de la sociedad tres capacidades fundamentales.

Primero, habilitación básica para que sus familias puedan desarrollarse plenamente. Esto significa que sus miembros puedan acceder a una educación de calidad; disponer de una vivienda digna; ser protegidos y apoyados cuando enfrentan condiciones de vulnerabilidad. También un trabajo o condiciones para trabajar que les permita participar de la vida productiva de la sociedad y les asegure un ingreso que represente una justa retribución al esfuerzo desplegado.

Segundo, la existencia de un entorno jurídico y político estable, justo y transparente que asegure reglas del juego iguales para todos y que permita dotar de un grado importante de institucionalidad a la vida social, de manera de desplegar los esfuerzos personales y colectivos en un entorno de seguridad.

Tercero, la existencia de una democracia participativa y de un debate publico informado que permita que las decisiones públicas sean un reflejo de las necesidades apremiantes, cambiantes y diversas de los nicaragüenses.

Los nicaragüenses demandan una alianza entre ellos, la sociedad de la que forman parte y las instituciones del estado.

Hacia una política social integral y sostenible: los retos del sector salud

La importancia del desarrollo social y la inversión en capital humano

El desarrollo social y la inversión en capital humano a nivel nacional son la condición necesaria para el crecimiento económico sostenible y de largo plazo. Las condiciones sociales son las que determinan el nivel de demanda interna a través de su poder adquisitivo como de productividad, según la capacidad del trabajo determinado por su nivel de educación, capacitación y salud. Son estas condiciones que atraen a la inversión privada tanto nacional como extranjera. Simultáneamente, en lo político, solo en la medida de que los ciudadanos sean educados y saludables y que estos reciban los beneficios de una buena administración pública es que podrá existir credibilidad en las instituciones democráticas y condiciones de gobernabilidad.

Nicaragua se encuentra en una crítica disyuntiva histórica para establecer estas condiciones sociales, necesarias para su crecimiento económico y encontrar su camino de desarrollo sostenible, de no hacerlo, las condiciones sociales actuales podrían desembocar en una espiral perversa de deterioro de la gobernabilidad y en consecuencia, mayores niveles de pobreza y exclusión social. Los esfuerzos para el desarrollo social, por lo tanto, deben comenzar inmediatamente para lograr en el mediano plazo las metas trazadas en la ERCERP, solo que ahora de manera integrada a una estrategia económica productiva nacional y a una política social coordinada y articulada en el territorio.

Una de las urgentes acciones que debe enfrentar el gobierno, es por lo tanto mejorar la eficiencia y la equidad de la inversión social pública, lo que significa reducir los costos unitarios de provisión de educación, salud, protección, vivienda, comunicación, energía eléctrica, agua potable, etc. Esto se logrará por medio de: a) reformas que aumenten la eficiencia en cada una de las organizaciones gubernamentales responsables de la política e inversión social; b) por medio de una mejor coordinación y ejecución a nivel territorial de los programas de inversión pública; c) la revisión a fondo de la asignación de gastos entre distintos componentes de los subsistemas de educación y salud. El Gobierno priorizará la inversión en donde pueda beneficiar de manera más eficiente a un mayor número de habitantes. En este sentido, el planteamiento estratégico consiste en aumentar la inversión de servicios y de apoyo social en los territorios, donde se fortalezcan los municipios y se incentivan los aglomerados productivos. Para ello se establecerá una estructura institucional organizativa que articule la política social de manera descentralizada y eficiente, como la que se propone mas adelante.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

La política social, siguiendo los principios establecidos y los avances realizados hasta la fecha, se conformará de los siguientes componentes:

Una política social articulada con la política macroeconómica (monetaria y fiscal) para prevenir impactos perjudiciales a los grupos más vulnerables, que promueva el empleo y favorezca una redistribución del ingreso y aumente los recursos de inversión pública orientados a estos grupos.

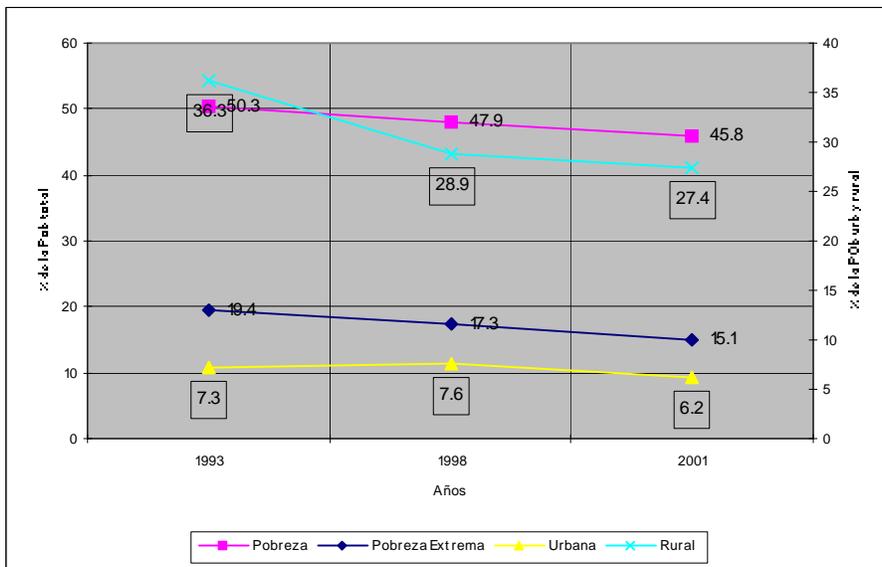
Una política integral de combate a la pobreza, incorporando a los sectores sociales excluidos al mercado laboral y empresarial fomentando la inversión en capital humano y capital social, de manera coordinada y descentralizada territorialmente.

Una mayor cobertura y calidad de los servicios sociales básicos universales de educación y salud aumentando la eficiencia en la prestación de servicios

Una política de protección social que atienda los problemas más urgentes de los grupos más vulnerables y mitigue y prevenga las situaciones de riesgo y vulnerabilidad.

Una política de ampliación y mejoramiento de la infraestructura social en educación, salud, protección especial, agua, saneamiento y vivienda con nuevas modalidades que permitan una asignación más eficiente y coordinada de la inversión pública.

Ilustración 2: Pobreza y extrema pobreza como % de la Población total, urbana y rural



La pobreza como fenómeno multidimensional

Nicaragua es uno de los países más pobres de Latinoamérica; su PNB per cápita es solo un tercio del promedio regional. De treinta y tres países latinoamericanos, Nicaragua es el más pobre después de Haití. Por eso, no es de sorprenderse que, con base en el índice de consumo, casi la mitad (45.8%) de la población

Fte: Elaboración propia a partir de "Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, pp: 169

de Nicaragua es pobre. Esto equivale a 2,3 millones de personas, de las cuales, 785.955 (15.1 %) son extremadamente pobres. Medida según el método de distribución del ingreso, la pobreza global es de 51.9 % y la pobreza extrema es 23.2 % por ciento. Aunque la incidencia de la pobreza siguió siendo elevada en el 2001, hubo una pequeña reducción, en

comparación a 1998, sin embargo, la cantidad absoluta de pobres se mantuvo constante con respecto a 1998.

Recuadro 1: Principales características de la Pobreza en Nicaragua, 2002

La pobreza muestra grandes diferencias regionales en cuanto a incidencia, intensidad y evolución de la pobreza. En términos relativos, la pobreza y la pobreza extrema siguen siendo abrumadoramente rurales. Dos de cada tres personas en las áreas rurales son pobres en comparación con una de cada tres en las áreas urbanas. En la región central rural, la pobreza extrema aumentó 1.1 puntos porcentuales y la pobreza extrema 5.7 puntos porcentuales en el año 2001 en comparación con 1998. Las áreas rurales no solo tienen la mayor parte de hogares pobres, sino también la mayor brecha de pobreza¹.

Las principales características de la pobreza en Nicaragua son: ruralidad, perfil agrícola, altas tasas de crecimiento poblacional, de fertilidad y fecundidad, alta prevalencia de desnutrición, alta tasa de dependencia, bajos niveles educativos, altas tasas de deserción y repitencia escolar, altas tasas de mortalidad materna e infantil, falta de acceso a servicios básicos, carencia de recursos productivos, desempleo, viviendas precarias, mayor vulnerabilidad ante riesgos ambientales y desastres naturales. La población en extrema pobreza se encuentra mayoritariamente en las zonas rurales y corresponde a la población involucrada en el empleo agrícola. Mas de dos tercios de la población rural es pobre, mientras en las zonas urbanas esa relación es de un tercio. La extrema pobreza rural supera en cinco veces a la de las zonas urbanas.

Fte: OPS/OMS. Análisis de situación de salud de Nicaragua 1997 – 2002 (Versión borrador del 27 de Marzo 2003)

Los desafíos del sector

Aspectos globales

El mejoramiento de las condiciones de salud contribuye a la reducción de la pobreza y al acervo de capital humano. La salud se convierte en un factor necesario para el empleo, la inversión, la productividad del trabajo y el crecimiento económico, teniendo el estado que procurar los servicios mínimos de salud de manera universal especialmente de los grupos de ingresos bajos y más vulnerables.

A pesar de que algunos indicadores importantes han demostrado mejoras en los últimos años otros se encuentran estancados. Todavía persisten grandes debilidades en la asignación de recursos, en la gestión de salud y en la provisión de servicios. En la actualidad, la oferta de servicios se concentra en intervenciones curativas, en detrimento de los servicios de promoción y prevención. Por otro lado, la oferta esta limitada por la insuficiente dotación y asignación inadecuada de recursos humanos, por carencia de insumos médicos y no médicos.

Se estima que solo el 45 % de la población tiene algún acceso a los medicamentos del MINSA, priorizando la entrega a menores de cinco años y mujeres embarazadas. La distribución inequitativa de la oferta de servicios favorece a la region del pacifico en

¹ Se define la brecha de pobreza como el aumento porcentual en el consumo que se necesita para alcanzar la línea de pobreza.

recursos humanos, tecnología y acceso a los servicios. Los sistemas de garantía de calidad para los establecimientos de salud todavía son incipientes.

Además, existen limitaciones en la capacidad gerencial del MINSA traduciéndose entre otras cosas en debilidades de coordinación en el nivel central, entre las áreas técnicas y entre las múltiples unidades coordinadoras de proyectos, en parte por la falta de institucionalización de los mecanismos o por falta del uso de mecanismos de seguimiento ya diseñados.

La Ley general de Salud aprobada en el 2002, introduce cambios jurídicos orientados a garantizar la equidad de la salud, impulsar acciones intersectoriales, garantizar la atención a la población vulnerable y establecer sistemas de garantía del control de la calidad de los bienes y servicios. Si bien hay avances en la promulgación de la Ley y su Reglamento, aun están pendientes normas técnicas, manuales, protocolos de atención, indispensables para asegurarse que el sector cumpla con su rol rector.

Aun persisten marcados vacíos en la eficiencia del sector, un tema de mucha importancia para las reformas, particularmente para la organización del sector. Todavía falta definir las funciones y roles en el sector salud (privado y publico), en el propio nivel institucional incluyendo el rol de los SILAIS, municipios y su relación con los hospitales. En la actualidad el MINSA se caracteriza por un alto nivel de centralización y por un deficiente funcionamiento en los niveles intermedios (SILAIS, Municipios).

Los efectos multidimensionales de la pobreza en Nicaragua pueden apreciarse, de manera sintética, en la tabla que se muestra en la siguiente página.

El modelo previsional del INSS, basado en la compra de servicios a las Empresas Medicas Provisionales, ha contribuido al incremento de la provisión de servicios pero también ha contribuido al encarecimiento de los cuidados de salud de la población. Por otro lado esta demostrado el subsidio del subsector público al modelo de salud previsional que se concreta de varias formas:

A través de los hospitales públicos que participan del mercado privado de servicios de salud con aranceles inferiores a los valores del mercado; a través de la venta de servicios a las Empresas Medicas Provisionales que contrata el INSS; a través de la atención a pacientes de alta complejidad no contemplados en la canasta básica del modelo de salud previsional, donde el subsector publico asume el costo de este tipo de atención.

Lo anteriormente descrito conduce a que el subsector publico consuma sus escasos recursos en acciones curativas individualizadas de bajo impacto social, duplicando esfuerzos y recursos sociales en segmentos de población cubiertas por otras modalidades de financiamiento, con repercusiones en las posibilidades de atender a poblaciones vulnerables que lo ameriten, aumentando el riesgo de enfermar y morir.

**Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud
en la Sociedad nicaragüense**

Tabla 3: Ejemplos de los efectos multidimensionales de la pobreza en Nicaragua

<i>Dimensión</i>	<i>Efecto</i>
Pobreza y desigualdad	El 10 % mas rico del país tiene un ingreso promedio 19 veces mayor que el del 40% mas pobre. El 10 % más rico recibe el 45 % del ingreso total del país, mientras que el 40% más pobre recibe solo el 10 %. El 20 % más rico consume el 49.2 % del consumo total del país, mientras que el 20 % más pobre solo consume el 5.6 %.
Pobreza y desempleo	La tasa global desempleo no ha cambiado entre 1998 y 2001, pues según la encuesta del 2001, es del 11.3 %. Sin embargo, la tasa es mayor en los hogares pobres, pues llega a un máximo del 25.6%.
Pobreza y población	El crecimiento demográfico, los cambios en la estructura etaria y las migraciones tanto internas como externas tienen importantes implicaciones para la política pública y el combate contra la pobreza. La condición de pobreza y vulnerabilidad en los hogares nicaragüenses no solo se debe a que perciben ingresos por debajo de la línea de pobreza o tiene necesidades básicas insatisfechas, sino también porque presentan mayores índices de dependencia, mayores tasas de crecimiento poblacional, mas madres adolescentes solteras; además de carecer de la mayoría de los servicios sociales básicos y participación laboral y política.
Pobreza y corrupción	La pobreza, además de caracterizarse por un ingreso inadecuado, también refleja la falta de acceso a servicios públicos de calidad que permitan obtener las condiciones mínimas para el desarrollo humano; la falta de oportunidades y temores al hostigamiento y la marginación; la falta de voz, de representación política y acceso a la información. La corrupción entendida como el abuso del poder, esta vinculada directamente a estos problemas y afecta primordialmente a los pobres. Los afecta de manera directa en la medida que incrementa el costo de los servicios públicos y limita su acceso. También distorsiona la credibilidad y la confianza de los pobres en los servicios públicos y autoridades que aceptan pagos indebidos.
Pobreza y violencia intrafamiliar	La VIF constituye una violación a los derechos humanos más básicos, así como un problema de salud y seguridad ciudadana. Su ocurrencia es de gran magnitud en Nicaragua y se sustenta en una compleja red de estructuras culturales y sociales, lo que dificulta su estudio, prevención y tratamiento. Las denuncias de violencia intrafamiliar y sexual en el 2001 se incremento un 2% con respecto al año anterior. En 1998 la Encuesta de Demografía y Salud, mostró que una de cada tres mujeres entrevistadas había sufrido de abuso físico, sexual y emocional.

Fuente: Elaboración propia a partir de “Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, pp: 167 – 178”.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

Situación Epidemiológica

El perfil epidemiológico se encuentra determinado por el desarrollo social y económico del país. En el caso de Nicaragua, dicho perfil se manifiesta en una combinación de enfermedades producto del deterioro del ambiente y las condiciones de pobreza en que vive la mayor parte de su población, con otras típicas de países desarrolladas, como son patologías del aparato circulatorio, diabetes mellitus, y las derivadas de causas violentas como el tráfico de vehículos de motor y los suicidios, entre otras.

La tasa de mortalidad general en el quinquenio 1995 – 2000 fue de 5,6 por mil habitantes, estimándose para el quinquenio 2000 – 2005, una disminución que lleve dicha tasa a 5,2 por mil habitantes. Las principales causas de mortalidad en el país están vinculadas con los problemas del ambiente y las condiciones de extrema pobreza en que vive la mayor parte de la población. Algunos indicadores seleccionados pueden apreciarse en la tabla que se presenta a continuación.

Tabla 4: Principales causas de mortalidad en Nicaragua, indicadores seleccionados y breve descripción, 1998 - 2002

Indicador	Descripción
Mortalidad materna	Pasó de 118 a 100,3 por mil nacidos vivos registrados entre 1998 y 2002. Las mujeres de veinte años representan aproximadamente el 20 % de estas muertes
Mortalidad infantil	Entre 1998 y 2002, pasó de 40 a 31 por mil nacidos vivos. La mortalidad neonatal precoz descendió de 9,6, a 9,0 por mil nacimientos registrados en el mismo período, causada principalmente por síndrome respiratorio, hipoxia y asfixia del recién nacido
Infecciones respiratorias agudas	Se encuentran entre las primeras causas de mortalidad registradas. La incidencia aumento de 23 a 25,6 entre 1998 y 2001, y la prevalencia en niños ² menores de cinco años aumentó en 26 y 31, respectivamente. Los niño/as de 6 a 23 meses presentaron la más alta prevalencia, siendo la neumonía la causa de muerte más importante.

² En todos los casos la mención en el documento de niño equivale a niño/a

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud
en la Sociedad nicaragüense

Indicador	Descripción
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Presentaron una tasa de mortalidad de 16 por cien mil habitantes en el 2001. Estas enfermedades se deben principalmente a una deficiente infraestructura sanitaria y malos hábitos de higiene, siendo por lo tanto, las de transmisión hídrica con la diarrea y el cólera las más importantes, que aunque han disminuido significativamente en la década de los noventa, aun presentan tasas de mortalidad elevadas.
Enfermedades vectoriales	La malaria presentó una tasa de 67 por diez mil habitantes en 1998, aumentando hasta 74 por diez mil en el 2001, observándose una tendencia a la urbanización de la enfermedad, resaltando la zona costera del Lago de Managua como una de las más afectadas. El Dengue es endémico en Nicaragua y ha venido presentando un comportamiento cíclico, registrándose 429 casos en 1998 y 240 en el 2001.
Enfermedades de transmisión sexual	La más frecuente es la gonorrea, que aumento de una tasa de 54,1 a 63,9 por cien mil habitantes entre 1998 y 2001. En el mismo período, la tasa de casos de SIDA se elevó de 0,62 a 1,5 por cien mil habitantes.

Fte: Elaboración propia a partir de "Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, p: 193"

Por otro lado, existen grandes deficiencias en la capacidad de las instalaciones físicas. Muchas de las unidades en el nivel primario carecen de condiciones básicas para funcionar y los hospitales actuales en su mayoría han concluido su vida útil. también, hay grandes necesidades en el equipamiento de las unidades de salud.

En síntesis, la mala salud reduce el ingreso del trabajador y de la familia; el gasto aumenta según el número de enfermos hasta un limite intolerable; la reducción del gasto publico se ha trasferido de manera directa y acelerada hacia el gasto de los hogares; existe un incremento insuficiente de la seguridad social con serios prejuicios a las finanzas del sector publico; existe desigualdad en el acceso de los servicios; los mas pobres han aumentado mas la proporción del gasto en salud con relación al consumo total del hogar; la población se descapitaliza ante la enfermedad; y la salud puede ser un factor de crisis familiar.

Desbalance entre prevención y recuperación de la salud

No existe un balance entre las acciones de prevención y las acciones de recuperación de la salud. La información y educación en salud se ha manejado de manera aislada, sin estar enmarcados dentro de una estrategia de promoción y sin garantizar la continuidad, periodicidad o efectividad de los mensajes. El MINSA ya cuenta con una estrategia de comunicación y acción comunitaria para 6 SILAIS para mejorar la capacidad de los hogares y comunidades en la prevención y tratamiento de las enfermedades más comunes. Hace falta contar con la articulación intersectorial y la participación ciudadana para la solución de algunos problemas de salud.

Reforma del sector

Uno de los aspectos claves para profundizar la reforma es asegurarse que el MINSA logre avanzar en la implementación de la nueva Ley de Salud. El MINSA aun no cuenta con todas las herramientas necesarias para poder ejercer su función reguladora y asegurar que el resto de las instituciones del sector cumplan con lo establecido por la Ley. Aun falta elaborar una serie de normas y manuales de procedimientos, como la acreditación tanto de proveedores, profesionales y unidades de salud. Asimismo se hará necesario capacitar al personal de salud sobre las nuevas normas.

Lineamientos estratégicos sectoriales

Los lineamientos de salud son tres: i) aumento de la cobertura y calidad; ii) promover cambios en la conducta en los hogares para incrementar la prevención; y iii) profundizar las reformas sectoriales vitales para el MINSA, como parte del proceso de modernización.

Aumentar la cobertura y calidad

El MINSA implementará un nuevo Modelo Integrado de Gestión Social, con el propósito de satisfacer las necesidades de la población y promover el desarrollo de vidas saludables. El modelo se centra en las personas y no en la atención de las enfermedades e incluye el fomento del desarrollo saludable de grupos de población vulnerables, vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niños/as, control prenatal, la atención oportuna de los partos de bajo riesgo y del período puerperal. Incluye servicios dirigidos a adolescentes basados en consejería y detección temprana de los principales problemas de salud.

Una tarea fundamental será ordenar la red de servicios de salud para que responda al nuevo modelo de atención diseñado recientemente. Los esfuerzos para incrementar cobertura se concentrarán particularmente en el nivel primario, donde los sectores más pobres de la población tienen la máxima necesidad de servicios de salud.

La atención de salud se centra en la familia y se intervendrá con base a los factores de riesgo y daños en el seno de la familia, promoviendo el auto cuidado de su salud y el apoyo mutuo entre sus miembros. Los servicios priorizados son los de las mujeres en edad fértil,

adolescentes y niño/a s. En Nicaragua, la mujer ha sido tradicionalmente la clave para la salud y la educación familiar, de esta manera su salud y educación son variables vitales para mejorar el bienestar de la familia.

Los cuellos de botella más grandes para incrementar cobertura de servicios de salud es incluir áreas rurales alejadas, en donde no es necesariamente costo eficiente contar con una unidad de salud. Se fortalecerá la provisión de servicios mediante la contratación de proveedores privados. también se seguirán impulsando alternativas innovadoras como la instalación de nuevas casas maternas, con el apoyo de las comunidades.

Será necesario lograr la integración de los servicios de planificación familiar y de atención medica reproductiva, y lograr implementar la estrategia de cuidados obstétricos básicos y de emergencia. Se deberá contar con mayor y mejor calidad de la atención prenatal, incrementar los partos asistidos por personal especializado con capacidad de atender emergencias obstétricas básicas, mejorar los servicios nutricionales para las madres embarazadas y mejorar el tratamiento de las enfermedades comunes de la niñez.

Además se hará necesario invertir en el mejoramiento de la infraestructura de las unidades de salud incluyendo su equipamiento. El ordenamiento de la red será vital para la racionalización de recursos, si bien se priorizara el nivel primario, también se deberán llevar a cabo inversiones en el nivel secundario priorizando los principales problemas de salud. También, se promoverán cambios de conducta en los hogares para incrementar la prevención de enfermedades.

Los servicios de salud se orientaran en la comunidad y en el municipio, por lo que se promoverá la participación de estos en la gestión de salud. El nuevo modelo contempla que se impulsen servicios de promoción y protección, incluyendo información, educación y comunicación a la población dirigida al fomento de hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud. de salud. Se deberá ampliar la estrategia de comunicación y acción comunitaria para todos los SILAIS lo cual permitirá contar con campañas de información y prevención nacionales enmarcadas dentro de una sola estrategia para todo el país.

Definir roles y funciones claves

Dentro de las reformas en salud se priorizará la definición de roles de los SILAIS, municipios y sus relaciones con los hospitales. Asimismo, se mejorarán las coordinaciones con los otros actores como el INSS. Se continuara dotando al INSS de herramientas de manejo administrativo, financiero y contables, para apoyarlo en la administración eficiente de sus recursos y brindar mejor servicio a sus asegurados. Se continuara apoyando el modelo de salud previsional y de riesgo profesional. Se ampliara el sistema de capitalización individual que será manejado por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Se seguirá apoyando el modelo de salud previsional, el cual promueve la compra de un paquete básico de servicios médicos y medicinas para la atención de los asegurados y sus beneficiarios, implementando el programa de acreditación y control de calidad. El MINSA como entidad rectora del sector velara por el buen cumplimiento y su previsión del INSS.

Elaborar nuevas políticas

El MINSA evaluara sus políticas de salud anteriores y diseñara políticas nuevas enmarcadas dentro de su nuevo rol, por un período de largo plazo. La estructura programática presupuestaria, las nuevas políticas y el plan nacional de salud, serán herramientas claves para impulsar en el corto plazo un enfoque sectorial en salud en el cual se espera que el financiamiento del sector apoye las políticas sectoriales con programas únicos de gastos, en vez de proyectos que financien unidades coordinadoras y que no necesariamente apoyan las políticas. Se espera que con el enfoque sectorial en salud se logre mayor eficiencia y equidad, disminuir los costos de transacción y apoyar la sostenibilidad de políticas de salud.

Promover la descentralización

La definición del rol de los SILAIS será de vital importancia para impulsar el modelo de descentralización de los recursos que se base en la gestión mejorada a través de los SILAIS. Ya se han sentado las bases para mejorar la asignación de los recursos, y para descentralizar los recursos de manera transparente, ya que en los últimos tres años el MINSA ha diseñado una estructura programática presupuestaria que recoge las demandas desde los municipios, incorporando dentro de la estructura las metas de la ERCERP vinculando así los insumos con los resultados.

La estructura programática presupuestaria todavía es incipiente, hace falta que el nivel central se apropie del proceso, y que entregue los presupuestos a los SILAIS y hospitales según la programación, además se necesita fortalecer la capacidad de rendición de cuentas de todas las unidades. Esta pendiente ponerse de acuerdo con una formula de asignación de recursos para los SILAIS y hospitales, para la cual ya se cuentan con algunas propuestas preliminares.

Profundizar la autonomía hospitalaria

Un reto mayor de la reforma será profundizar e impulsar la autonomía hospitalaria. Se han invertido recursos para la mejoría de la gestión hospitalaria, la cual ha avanzado lentamente. Todavía falta mejorar la rendición oportuna de cuentas y que los mecanismos de seguimiento y evaluación funcionen mejor. Los presupuestos de los hospitales todavía son manejados en el nivel central, y se espera que los presupuestos de los hospitales se vayan descentralizando, una vez creadas las condiciones.

Un aspecto clave será continuar incorporando convenios de gestión con los hospitales en la búsqueda de vincular la asignación presupuestaria a los indicadores de productividad, calidad y eficiencia, con el objetivo de lograr contar con un sistema moderno gerencial en los hospitales.

Implementar un Plan de Recursos Humanos

Se deberá implementar un plan que responda a la reorganización de la red de servicios de salud para mejorar el sistema de administración de los recursos humanos. Se necesitan

elaborar políticas salariales, poner en marcha un sistema de evaluación del desempeño, implementar sistemas de capacitación e implementar un sistema de administración de recursos humanos para que responda a las necesidades de la descentralización.

Disminuir la desnutrición

Los altos niveles de desnutrición de los niño/a s en Nicaragua continúan, a pesar de las grandes inversiones en programas de nutrición. El problema ha sido que los esfuerzos anteriores se concentraron en la atención a los efectos, a través de la distribución de alimentos, y no a las causas de la desnutrición como son la falta de ingresos y empleos suficientes para los sectores más vulnerables, así como los hábitos de consumo. Otros determinantes de la desnutrición incluyen la alta incidencia de diarrea, la poca educación de la madre, la falta de agua segura, el hacinamiento y el corto espaciamiento entre nacimientos.

La nueva estrategia, concentrada en medidas preventivas y de solución a los problemas crónicos de desnutrición de los niño/a s de menos de dos años de edad, se dirigirá inmediatamente al nivel de hogares y de las comunidades. Además del programa de nutrición per se, hay otras actividades que tendran un gran impacto sobre la nutrición de la familia y el niño/a . Especialmente importantes son los proyectos que ayudaran a los pequeños productores: proyectos para la producción de alimentos, mejor acceso al crédito, y esfuerzos de capacitación. De esta manera, en el mediano plazo, el énfasis más amplio de la nutrición será mejorar la coordinación interinstitucional para resolver el problema de manera sostenida.

La estrategia de nutrición enfocara especialmente acciones y programas que involucren a la comunidad y a la familia para inducirlos a mantener o fortalecer buenos hábitos de alimentación, higiene, salud preventiva y cuidados materno infantiles. Se desarrollaran actividades específicas a fin de dar seguimiento y evitar daños irreversibles en los menores de dos años. Se promoverán buenas prácticas para el cuidado del niño/a . Se controlara periódicamente el peso y talla de los infantes y se suplirá de hierro a las mujeres embarazadas y lactantes. La adición de vitamina “A” al azúcar, hierro a la harina y yodo a la sal, tienen efectos positivos sobre la reducción de la morbi-mortalidad y deficiencias nutritivas específicas. De esta manera, el gobierno fortalecerá el sistema para garantizar que los alimentos cuenten con estos suplementos requeridos, especialmente para las áreas donde la desnutrición es predominante.

En el mediano plazo, el gobierno mejorara la coordinación interinstitucional de muchas acciones que afectan los niveles nutricionales. El enfoque será utilizar una gama de métodos para fomentar mejores prácticas de salud preventiva – cambios en el currículo de las escuelas primarias, programas de analfabetismo funcional, y la promoción de mejores prácticas higiénicas – al mismo tiempo que se mejora la cobertura y la calidad de los servicios de salud y agua segura.

La Cooperación Externa: un elemento crucial para el desarrollo de la Salud Pública

Antecedentes y Situación actual

Después de las limitaciones en materia de cooperación que sufrió Nicaragua hasta el año 1990, en el período 1990-1995 la cooperación externa ascendió a US\$4,032.3 millones, de los cuales US\$2,734.8 millones correspondieron a fuentes bilaterales (66,0% y 34,0% en donaciones y préstamos respectivamente) y US\$1,297.5 millones a fuentes multilaterales (32,05 y 68% en donaciones y préstamos respectivamente).

La cooperación de los Organismos no Gubernamentales para todos los sectores, en este período ascendió a US\$316,8 millones, de estos el sector social absorbió el 57,2% dentro de los que se encuentra el Programa de Atención a la Niñez y la Mujer, Atención Primaria y otros.

De acuerdo a las Memorias del Ministerio de Salud, esta Institución en el período Enero/93-Septiembre/96 ejecutó un monto de US\$ 4153,4 millones a través de 48 proyectos, de los cuales 34 se derivan de fuentes bilaterales y 14 de fuentes multilaterales.

El destino de la cooperación en materia de salud ha sido: 33% de la cooperación ha estado dirigida al desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud (SILAIS); 26% al Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud; 24% al Fortalecimiento de la Infraestructura y Equipamiento Médico y 16% al Desarrollo de Programas de Salud.

Desde el año 1997 al 2002 el Ministerio de Salud ha contratado recursos externos por un orden aproximado de US\$337,759,181 procedentes de diversas fuentes de cooperación bilateral, multilateral y de organismos no gubernamentales.

Estos recursos estuvieron dirigidos principalmente a la Atención Primaria con un 78%; Atención Secundaria con el 10% y el Nivel Central con 12%.

En este período se destacan las siguientes fuentes bilaterales y multilaterales de cooperación: Estados Unidos, Japón, Suecia, Finlandia, Holanda, Luxemburgo, Dinamarca, Italia, Banco Mundial-BID, Unión Europea, OPS/OMS, FNUAP y UNICEF.

En el **trienio 2000-2002**, el Ministerio de Salud ha firmado un total de 82 Convenios de Cooperación con 75 Organismos Bilaterales, Multilaterales, Organismos no Gubernamentales e Interinstitucionales con montos de US\$437,766,964; US\$29,568,795 y US\$27,083,770 respectivamente para cada año, reflejando un total de US\$94,419,528 para el trienio.

En este Trienio, la cooperación internacional total estuvo dirigida por una relación en cifras de US\$92,618,446 para Atención Primaria contra US\$1,801,082 en Atención Secundaria.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

Por año, la relación porcentual respectivamente entre Atención Primaria y Atención Secundaria, fue la siguiente: 2000 (100.0% vs. 0.0%); 2001 (97.8% vs. 2.2%) y 2002 (95.8% vs. 4.2%).

Según su magnitud en recursos financieros externos, los proyectos³ más relevantes los podemos clasificar de la siguiente manera:

Rehabilitación y Equipamiento de Centros de Salud del pacífico –*Japón*.
 Programa de Cooperación Técnica –*OPS/OMS*.
 Proyecto PROSILAIS – *Suecia*.
 Cumplimiento al Programa de Salud 2001-2006 – *CARE Nicaragua*.
 Programa Nacional de Salud Reproductiva - *FNUAP*.
 Apoyo Integral a SILAIS de Masaya, Carazo y Rivas, MACARI – *Luxemburgo*.
 Apoyo Programático a través de la OPS – *Noruega*.
 Reforzamiento del Servicio de la Salud Infantil en Nicaragua, Fase II – *Japón*.
 Programa Salud Reproductiva, Equidad y Derechos en Nicaragua – *Finlandia*.
 Fortalecimiento al Sistema Local de Atención Integral, SILAIS Granada – *Japón*.
 Programa de Salud Comunitaria 2000-2003 - *Catholic Relief Services*.
 Programa de Salud Comunitaria 2001-2005 – *ADRA*.
 Servicio Austriaco para el Desarrollo – *OED*.
 Apoyo de la Cruz Roja Nicaragüense - *Cruz Roja Canadiense*.
 Programa de Brigadas Médicas y Material de Reposición Periódica – *Misión Bautista Médico Dental Internacional*.
 Programa de Atención Comunitaria y Brigadas Médicas – *Christian Aid Ministries*.
 Consolidación del Sistema de Reinserción Global de las Personas con Discapacidad - *HANDICAP International*.
 Programa de cooperación Holanda – *OPS Holanda*.
 Programa de Iniciativa Escolar en Alimentación – *Project Concerní International*.
 Programa de Apoyo al SILAIS Río San Juan – *Médicos del Mundo España*.

Para un análisis comparativo de la importancia y peso específico de la cooperación externa en relación al Presupuesto de la República y Presupuesto del MINSA, podemos apreciar la siguiente tabla.

Tabla 5: La Cooperación Externa en cifras, 1997 - 2002

AÑO	PRESUP. REPÚBLICA (PR)	PRESUP. MINSA (PM)	COOP. EXTERNA (CE)	CE vs. PR (%)	CE vs. PM (%)
1997	4.701.201.000	814.386.115	-	-	-
1998	5.814.253.500	963.229.780	-	-	-
1999	6.512.348.390	1.847.774.235	-	-	-
2000	7.490.503.147	1.814.175.101	479,051,278	6,40	26,40
2001	8.507.633.882	1.889.710.517	397,540,621	4,67	21,03
2002	12.787.342.676	1.532.245.596	385,978,931	3,01	25,19

Fte: MINSA. Diagnóstico DE la Cooperación Externa 2003. Nicaragua, Dirección general de Planificación, mimeo, 2003, p: 7

³ Aparentemente, por una omisión involuntaria en el documento original no se hace mención de la cooperación de UNICEF durante este período.

Iniciativas de coordinación de la Cooperación Externa

El Ministerio de Salud ha sido uno de los sectores más priorizados dentro del marco de colaboración de la cooperación internacional, destinando muchos recursos en acciones que contribuyen a mejorar la atención en salud, estableciendo vínculos mediante los cuales buscan aunar esfuerzo para el logro de objetivos comunes a través del desarrollo de acciones dentro de un contexto amplio. Dichas acciones se contemplan dentro de un proceso de negociación y contratación de recursos externos conducido por la Cancillería General de la República a través de la Secretaría de Relaciones Económica y Cooperación (SREC).

Uno de los roles de la SREC es mantener una comunicación constante en materia de la gestión y coordinación con Agencias y Organismos donantes, así como con los diferentes sectores del país. En este caso, la coordinación con el Ministerio de salud hasta ahora se califica como aceptable. En este sentido, dado el compromiso que se ha planteado el Ministerio de salud, de mejorar la prestación de servicio de la población y el interés que han manifestado los organismos internacionales, a partir de 1997 se ha entrado en un proceso de ordenamiento para un manejo adecuado de los fondos provenientes de la cooperación externa, con el propósito de unificar las líneas de intervención de acuerdo a las políticas y planes de salud definidas por esta institución. En este contexto, el Ministerio de Salud emite, a través de la Resolución No. 74-98, los procedimientos para el manejo de la Cooperación Externa en el Ministerio de Salud.

Resolución N° 74-98

La Resolución N° 74-98 es la que rige los procedimientos para la gestión y consecución de los recursos procedentes de la cooperación internacional; sin embargo, persiste un incumplimiento en su aplicación por parte de los SILAIS, obedeciendo esto en algunos casos al desconocimiento por parte del personal encargado del manejo de la cooperación externa, o a la falta de voluntad en su cumplimiento, reflejándose en la existencia de muchos organismos en el territorio del cual se han realizado las gestiones por medio de la División General de la Planificación y Desarrollo que es la instancia que faculta la resolución para efecto de las gestiones.

Se hace indispensable el cumplimiento de esta resolución ya que permite llevar a través de un proceso ordenado, una mejor conducción de los recursos en función de las necesidades de los territorios, permitiendo prever la planificación de nuevos programas de cooperación así como la sostenibilidad de los mismos.

Asimismo, es evidente la falta de asistencia técnica por parte del nivel central de los SILAIS en el tema de cooperación externa, siendo de vital importancia ya que los recursos externos contemplan el 70% del total de las inversiones del Ministerio de Salud.

La Cooperación Internacional, ha venido jugando un papel sustancial en el desempeño del sector salud y su contribución para el fortalecimiento del desarrollo de los servicios de salud, al igual que el fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud, de tal manera que se crea la necesidad de definir un espacio de consulta hacia la comunidad cooperante, como una instancia de coordinación entre el Ministerio de Salud y los

organismos cooperantes, instaurándose a partir de 1998 la Comisión Interagencial de Apoyo a la Modernización (CIAM). En vista que el nivel de coordinación exigía ser cada vez más efectivo, se crea la necesidad de ampliar este espacio, surgiendo de esta manera la instancia (CIASS) – Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud.

CIASS

En el mes de agosto del año 2001, se da la creación de la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS), como una instancia consultiva de la Dirección Superior del Ministerio de Salud y de la estructura de Dirección del Nivel Central del ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial N° 111-2001. Dicha Resolución comprende en su reglamento la conformación de un Comité Coordinador cuya función es de servir de interlocutor entre la comunidad donante y el Ministerio de Salud.

Este espacio de diálogo entre el Ministerio de Salud y la Comunidad Cooperante a facilitado el desarrollo de muchas intervenciones mediante la discusión de temas muy importantes para el sector salud. En el período comprendido 1998-2002 se llevaron a cabo 14 sesiones en las que se han abordado los siguientes temas⁴:

Proyecto de Ley General de Salud.

Enfoque del sector salud de Nicaragua.

Análisis sectorial y programa de inversiones.

Congreso nacional de Atención Primaria en Salud.

Avances del Proyecto de Modernización del Sector Salud.

Ministerio de Salud y las perspectivas del enfoque sectorial.

Evaluación de los 100 días de gobierno por parte del MINSa.

Plan Institucional 2001-2002 e informe sobre medicamentos.

Cooperación Internacional en la zona de la Mosquitia nicaragüense.

Presentación del SIROM y del SIMINSa a la comunidad cooperante.

Avance del Plan Estratégico Básico del Ministerio de Salud 2003-2007.

Conformación de la Comisión Interagencial de Apoyo a la Modernización.

Presentación de propuesta de proyectos de salud en reunión de Estocolmo.

Abordaje de la Estrategia Reforzada para la Reducción de la Pobreza.

Declaración de políticas hacia un programa nacional de salud sexual y reproductiva.

Para el año 2003 se han llevado a cabo dos sesiones más de diálogo consistentes en dar a conocer los resultados del año 2002 y presentación de las prioridades de trabajo 2003 del MINSa, así como la conformación de la Mesa de Coordinación del Sector Salud. Por otra parte, a través del Comité, se han sostenido diferentes reuniones donde se ha dado lugar a realizar discusiones y análisis con el MINSa, en función de las grandes líneas de acción como son la elaboración del Plan Nacional de Salud, Evaluación de Políticas de Salud y el Enfoque Sectorial, como la nueva modalidad de cooperación al Sector Salud.

⁴ Aparentemente por olvido en el documento original no se ha mencionado la ECAP como un tema relevante en la agenda de la CIASS

Dentro de este proceso de desarrollo surge la necesidad de la creación del Consejo Nacional de Salud, como una instancia de coordinación que aglutine las acciones principales vinculadas con los diferentes sectores del país con el único propósito de mejorar las condiciones de salud de la población nicaragüense.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Con el objetivo de elevar la calidad de prestación de los servicios, el MINSA, a través de la Resolución N°180-2002, crea el Consejo Nacional de Salud, instancia que define tanto a nivel nacional como departamental, el rol que tiene como órgano encargado de brindar asesoría y consulta con carácter permanente y constituido con representación del sector público y privado multisectorial y de la sociedad civil, a fin de contribuir en la definición de las actividades que realiza el Ministerio de Salud para garantizar la calidad de prestación de servicios.

A partir de entonces se conforman oficialmente los Consejos Locales de Salud, a través de los cuales se pretende encauzar los esfuerzos que se hacen en la búsqueda de la ayuda externa; promueven además la planificación y gestión participativa, y la coordinación de la cooperación internacional a nivel local.

Es importante que estos consejos departamentales sean fortalecidos mediante capacitaciones, o a través de asistencia técnica, para que estos jueguen un papel más proactivo y puedan generar resultados mucho más efectivos y una mayor participación en la elaboración de los planes municipales, ordenamiento de la cooperación externa en función de la equidad de los recursos, promoción de relación estratégica entre los procesos de desarrollo local.

Actualmente el Ministerio de salud ha entrado a una nueva iniciativa para la gestión de los recursos externos, bajo una nueva modalidad de cooperación como es el Enfoque Sectorial. Siendo esta una alternativa para mejorar la utilización de los fondos externos, esta instancia de coordinación es la indicada para apoyar a nivel local el proceso de gestión y canalización de la cooperación internacional.

En la tabla que se presenta a continuación se encuentra un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la cooperación externa en el Ministerio de Salud.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

Tabla 6: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la Cooperación Externa en el MINSA, 2003

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Instancia definida para el manejo de la Cooperación Externa en el MINSA.	Voluntad de la comunidad cooperante en apoyo al MINSA.	Falta de una cartera de proyectos para someterlos a gestión ante los Organismos Cooperantes de manera proactiva.	Políticas de Cooperación no muy flexibles.
Conformación de comités como mecanismos de Coordinación con la Cooperación Externa.	MINSA cuenta con buen apoyo para el Fortalecimiento Institucional.	Muchos Proyectos no han sido diseñados con la participación de los actores principales.	Poca confiabilidad de los organismos en la capacidad de ejecución del MINSA.
El MINSA cuenta con una visión de futuro para una mejor Gerencia de la cooperación Externa, con Enfoque Sectorial.	Iniciativas de coordinación del MINSA es apoyada por la comunidad cooperante.	Algunos proyectos no apuntan a las necesidades reales del territorio.	Falta de coordinación entre los Planes, Políticas de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo.
Coordinación Interinstitucional bastante consolidada.	Transferencias de nuevas tecnologías mediante la Cooperación Técnica a personal de salud.	Poca información de parte de las Unidades Ejecutoras de Proyectos al MINSA.	***
Se cuenta con un plan de acción para el ordenamiento del manejo de la cooperación externa.	MINSA facultado como Órgano Rector de la Salud.	Pobre seguimiento a los proyectos.	***
Recursos calificados.	Asesorías técnicas.	Falta de capacitación a recursos involucrados en el manejo de los proyectos y la Cooperación Externa.	***
Cuenta con un nivel básico de información de los proyectos.	Sistema de información existente.	***	***
Mecanismos de Coordinación establecidos en los comités de proyectos.	Mejor coordinación con cooperantes.	Indefinición de indicadores para el seguimiento y evaluación de los proyectos.	***
***	Desarrollo de acciones conjuntas MINSA/Cooperantes.	Inexistencia de metodologías de evaluación a los proyectos.	***

Fte: MINSA. Diagnóstico de la Cooperación Externa 2003. Nicaragua, Dirección general de Planificación, mimeo, 2003, p: 50

Aspectos relevantes para el desarrollo del Sector Salud

La situación actual respecto a la salud es muy compleja. Por un lado refleja una deuda sanitaria que no ha sido resuelta en muchos años, la cual se expresa en daños a la salud muy vinculados a la pobreza, así como la aparición de problemas epidemiológicos propios del desarrollo, como son los asociados a las enfermedades crónicas, los tumores, la discapacidad, la violencia, el VIH / SIDA, etc.

A pesar de los esfuerzos que se han venido realizando, todavía se tiene una limitada capacidad de respuesta del sector y del sistema de salud, para articular esfuerzos efectivos que nos permita atender las necesidades de la población, lo que se expresa en iniquidades en el acceso a las acciones y servicios de salud, afectando en mayor grado a los sectores mas pobres y en especial a las mujeres.

Este análisis ha identificado un conjunto de retos para el sector salud, que adquieren una mayor magnitud si tomamos en cuenta los compromisos que el país ha firmado en foros internacionales, como son las metas del milenio, expresadas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Como respuesta a esta situación, se ha diseñado la Política Nacional de Salud 2004 – 2015, la cual incluye los lineamientos generales, políticas específicas por área de intervención y estrategias dirigidas a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidades y su entorno ecológico y social, en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo.

En la Política se ha equilibrado los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, así como el trato respetuoso, cálido y humano que debe recibir la población en los servicios de salud, sobre todo en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud.

La Política también esta orientada al fortalecimiento y transformación del Sistema nacional de Salud, especialmente al desarrollo de un nuevo modelo de atención, que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud, respondiendo así a la complejidad de la situación epidemiológica de la población, acorde con sus aspectos culturales, políticos, étnicos y geográficos.

Determinantes de la salud de la población nicaragüense

Nicaragua en la actualidad cuenta con 5.4 millones de habitantes, es una población predominantemente joven, ya que el 41.5 % es menor de quince años, el grupo de 15 a 60 años representa el 53.8 % y el de mayores de 69 años representa el 4.6 %. El 8.3% de la población vive en las áreas urbanas y el 50.2 % pertenece al sexo femenino.

Tabla 7 Principales determinantes para la salud de la población nicaragüense

La tasa de crecimiento demográfico del país es en la actualidad de 2.6%, la que es considerada una de las más altas de América Latina. Esta tasa de crecimiento varía de 2.1 en Carazo y Rivas, hasta 2.8 en Managua y 2.9 en Masaya. Sin embargo, este crecimiento ha sido heterogéneo; de 1950 a la actualidad, la población rural se triplicó, en cambio la urbana se sextuplicó, tanto por el flujo permanente del campo a la ciudad, como por los conflictos bélicos en el país a finales de los setenta y en la década de los ochenta.

45.8 % de la población es pobres, focalizada principalmente en la zona rural (2001)		
<ul style="list-style-type: none"> Tasa global de analfabetismo (18.7%, 2001) % de la población con 4to. Grado aprobado (60.5%, 2001) Déficit importante de conocimientos en la población acerca de como prevenir la mayor parte de los problemas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Población predominantemente joven (41.5% , de 15 años) Alta tasa de crecimiento demográfico (2.6%) Tasa General de fecundidad alta (3.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Tasas alta de desempleo abierto Bajos salarios e incremento de los costos de la canasta básica
<i>La mujer sigue siendo discriminada (menos oportunidades y menor paga, lo que tiene un impacto económico familiar cuando la mujer es la única fuente de ingreso</i>	Principales determinantes de salud de la población nicaragüense	<i>Pérdida de valores éticos y sociales</i>
<ul style="list-style-type: none"> Violencia intrafamiliar y sexual Violencia por parte de grupos de antisociales Explotación y abuso sexual Violencia por accidentes de tránsito 	<ul style="list-style-type: none"> Déficit aproximado de medio millón de viviendas Limitaciones de acceso a los servicios básicos Deterior de las condiciones ambientales Avance acelerado de la frontera agrícola La basura es un serio problema de salud pública 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de una política efectiva de seguridad alimentaria 20% de < de 5 años con desnutrición crónica 9 % de los RNV son de bajo peso 4 % de la mujeres en edad fértil tienen problemas nutricionales
15.1 % de los pobres son extremadamente pobres (2001)		

Este crecimiento de la población esta

asociada a una Tasa General de Fecundidad (TGF) de 3.2, la que es diferenciada entre las zonas urbanas y rurales, así como entre el 20% más pobre y el 20% con mejores ingresos del país. De tal forma que el descenso de la tasa de fecundidad también ha sido diferenciado en los últimos años; las mujeres pobres y de las zonas rurales tienen una TGF de 4.4 en cambio las mujeres en las zonas urbanas y con mayor nivel educativo tienen una

Fte: Elaboración propia a partir de MINSA. Política Nacional de Salud 2004 – 2015. Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, pp: 7-9

TGF de 2.6. Se prevé que para el quinquenio 2010 – 2015 la TGF se ira reduciendo y homogenizando alcanzando valores por debajo de tres.

Entre los determinantes de la salud de los y las nicaragüenses, la pobreza es el mas importante; según la Encuesta de Medición del Nivel de Vida-2001 (EMNV-2001), la pobreza representa el 45.8% de la población total, de ésta, el 15.1 % vive en extrema pobreza. Al comparar datos relativos con la EMNV-1998 se nota que ha habido pequeñas mejoras en la dimensión de la pobreza, sin embargo, el número absoluto de pobres se incremento debido a la superioridad de la tasa de crecimiento de la población pobre. Aunque se han hecho inversiones para reducir la pobreza, estas no tienen un ritmo de crecimiento adecuado.

La pobreza en Nicaragua se encuentra focalizada principalmente en la zona rural (cinco veces mas alta que en la zona urbana) y existen evidencias que su distribución territorial tiene repercusiones muy serias en la situación de salud de la población. Por ejemplo, la RAAN y Jinotega, que tienen mas del 50% de su población catalogada con un bajo consumo (primer quintil), muestran una magnitud mayor de problemas de salud al compararlas con poblaciones como las de Managua, Masaya y Carazo que tienen porcentajes bajos de población con muy bajo consumo.

Distintas fuentes identifican que en el año 2001 la ocupación plena era del orden del 76.8%, sin embargo, la tasa de desempleo abierto sigue siendo alta. Paralelamente a esta situación, existe el problema de los bajos salarios y el incremento de los costos de la canasta básica, lo que hace que las capacidades de satisfacción de las necesidades se vean muy limitadas. Cabe destacar, que en el empleo y el salario la mujer sigue siendo discriminada (menos oportunidades y menor paga, lo que tiene un impacto económico familiar cuando la mujer es la única fuente de ingreso).

De hecho, a pesar que se ha incrementado la producción de alimentos en el país, esto no ha favorecido su acceso a los sectores pobres; sino que son los sectores que tienen un empleo permanente y bien remunerado los que si tienen asegurado su acceso. Esta situación es producto de la falta de aplicación de una política efectiva de seguridad alimentaria, lo que incide en que continua existiendo un 20% de menores de cinco años con desnutrición crónica (ENDESA-2001), y según datos del MINSA, en el 9% de los partos los recién nacido son de bajo peso. También ENDESA-2001 muestra que un poco menos del 4% de las mujeres en edad fértil tienen problemas nutricionales, especialmente en el área rural de los municipios de extrema pobreza.

La tasa global de analfabetismo se redujo del 23% en 1993 al 18.7% en el 2001, sin embargo, entre la población rural extremadamente pobre, el analfabetismo alcanza el doble que el de la población rural no pobre. De acuerdo a los resultados de la EMNV-2001, el nivel de escolaridad de la población nicaragüense ha mejorado con relación a los resultados de la EMNV-1993, ya que el porcentaje de población mayor de 10 años con cuarto grado de escolaridad aprobado, pasó de 58.5% en 1998 a 60.5% en el 2001.

Entre las mujeres, la tasa de analfabetismo es mayor con relación a los hombres, especialmente en las zonas rurales, lo que tiene una importancia capital en su salud y en las prácticas sanitarias que desarrolla cuando conforma su familia. La niñez de estratos pobres o extremadamente pobre que asiste a la escuela, no tiene buen rendimiento académico, observándose un nivel máximo de 3.1 años de escolaridad. Más de la mitad de la niñez que abandona la escuela, lo hace por razones económicas.

En lo que respecta a la educación sanitaria de la población y sus prácticas, se reconoce que aun existe un déficit importante de conocimientos sobre como prevenir la mayor parte de los problemas de salud, lo que se traduce en hábitos y costumbres poco saludables; esta situación asociada a la pobreza y la incidencia de los factores ambientales y climatológicos, contribuyen a la aparición de problemas de salud prevenibles, frente a los cuales la población esta mas inclinada a su manejo curativo que preventivo. Esto conlleva a la búsqueda de servicios médicos, servicios alternativos existentes en las comunidades o por la vía de la automedicación.

En los últimos años, y como producto de la combinación de factores asociados a la pobreza, perdida de valores éticos y sociales, problemas educativos, etc. se agrega un nuevo determinante: la violencia. Esta es reconocida internacionalmente como un determinante de la salud; una de sus diversas formas es la violencia intrafamiliar y sexual, cuyo impacto en la salud es de grandes proporciones convirtiendo los hogares, el espacio en el cual los seres humanos deberían desarrollarse en condiciones de ejercicio pleno de sus derechos humanos, en un factor de riesgo para la salud; siendo la mayoría de victimas las mujeres y la niñez. Al mismo tiempo la violencia intrafamiliar se perfila como punto de origen de otros tipos de violencia, al extenderse a otras áreas y fusionarse con otros problemas, generando violencia social, económica e incluso política.

Entre los distintos tipo de violencia, están las asociadas a las agresiones físicas a las personas y las familias por parte de grupos de antisociales, especialmente del sexo masculino, entre la que se destaca la violencia a la mujer, expresada como violencia sexual. Aunque no se dispone de datos que revelen la magnitud real del problema, algunas investigaciones sobre abuso sexual muestran que mas del 80% de las victimas de Managua y Bluefields, y del 70 % de Estelí, fueron abusadas antes de cumplir los diecisiete años.

Otro estudio sobre explotación sexual comercial, indica que la misma, esta vinculada al abuso sexual y que el 36% de los entrevistados fueron victimas de abuso sexual antes de los doce años de edad, en la mayoría de los casos por unifamiliar hombre, siendo las más afectadas las niñas y las adolescentes.

Finalmente, debe mencionarse la violencia por accidentes de transito, la que genera serios problemas de discapacidad y muerte. Todas estas expresiones de violencia dejan diversas secuelas de daño, discapacidad y muerte en la sociedad nicaragüense, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública, que en mucha ocasiones podrían haberse evitado si se hubieran tomado las medidas preventivas necesarias.

Con relación a las condiciones habitacionales de la población, se calcula que existe un déficit aproximado de medio millón de viviendas, conjugadas con las deben ser substituidas por viviendas dignas. Producto de esta situación existe un problema serio de hacinamiento, especialmente en estratos de población de bajos ingresos, acentuándose más en las zonas urbanas.

Las limitaciones al acceso a los servicios básicos es otra característica de la población nicaragüense ya que solo la tercera parte de la población tiene agua para beber dentro de la vivienda y otra tercera parte tiene este servicio fuera de la vivienda; este porcentaje se distribuye heterogéneamente entre los departamentos del país y por condición socioeconómica de la población. Las estadísticas muestran una relación directa entre limitaciones en el acceso a los servicios de agua potable y los problemas de salud por transmisión hídrica.

Cabe mencionar que solo la quinta parte de las viviendas del país descargan sus desechos a servicios de aguas negras y dos terceras partes de la población urbana no dispone del servicio de alcantarillado sanitario. El desarrollo de estos servicios ha sido muy limitado e iniquitativo ya que en general son las poblaciones más pobres las que carecen de estos servicios.

Las condicionantes ambientales en las que vive la población nicaragüense muestran un fuerte deterioro en los últimos años. En las zonas rurales, el avance acelerado de la frontera agrícola muestra cambios importantes en las regiones del centro y norte del país, lo que tiene una alta incidencia en cambios climáticos que están permitiendo la aparición de problemas como el dengue y la malaria, los que tradicionalmente eran de las zonas de ambos litorales.

En las zonas urbanas, la basura es un serio problema de salud pública. Se producen unas 1793.5 toneladas por día en todo el país y solo se tiene capacidad para recolectar un poco mas de la mitad en las zonas urbanas; en general las ciudades adolecen de medios para tratarla y la mayor parte se deposita en lugares no autorizados comprometiendo aun más el medio ambiente. En la mayoría de los municipios la disposición final es a cielo abierto.

Prioridades de acuerdo al análisis de la situación de salud

En conclusión, el análisis de la situación de salud evidencia que algunos grupos de madres y de la niñez, siguen siendo los más vulnerables de la población nicaragüense, los que se asumen como prioridad para el sector salud en el corto y mediano plazo, especialmente en las poblaciones pobres o en extrema pobreza, principalmente de la RAAN, RAAS, Jinotega, Río San Juan, Chontales, Nueva Segovia, Madriz y Chinandega. De igual forma se consideran prioridad en estos departamentos las poblaciones de las zonas rurales, las que en general tienen mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

Desde esa perspectiva, el abordaje integral de la mortalidad materna, así como la mortalidad infantil y los problemas nutricionales, son el centro de las acciones a desarrollar desde el sector salud, incluyendo una amplia participación social que asegure cambios

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

importantes en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, acompañados de los elementos de un análisis con enfoque de género.

Tabla 8 Prioridades producto del análisis de la situación de salud

En un segundo orden de prioridad están los problemas endémicos del país (Malaria, Dengue, Tuberculosis), los que a pesar de los esfuerzos que se han venido realizando siguen afectando a la población y en especial a los grupos en edad productiva del centro del país y las regiones del Atlántico. De la misma forma se considera una prioridad el VIH/SIDA, cuyo comportamiento epidémico se encuentra en los

45.8 % de la población es pobres, focalizada principalmente en la zona rural (2001)		
	Prioridad 01	
	El abordaje integral de la mortalidad materna , así como la mortalidad infantil y los problemas nutricionales, son el centro de las acciones a desarrollar desde el sector salud, acompañados	
Otras prioridades Discapacidad, salud mental y violencia en general e intrafamiliar	Prioridades producto del análisis de la situación de salud	Otras prioridades Reducir la aparición de afecciones crónicas como la Diabetes e Hipertensión y detección oportuna del Cáncer cerviño Uterino y de Próstata
Grupos de población prioritarios Mujeres en edad fértil y niños < de 1 año Grupos de adolescentes y jóvenes Adultos y adultos mayores	Prioridad 02 Problemas endémicos del país: Malaria, Dengue, Tuberculosis y VIH/SIDA	Zonas Geográficas de especial Regiones Autónomas del Atlántico
15.1 % de los pobres son extremadamente pobres (2001)		

límites permisibles, afectando

principalmente a los grupos en edades reproductivas de zonas de tránsito internacional y de la capital.

Fte: Elaboración propia a partir de MINSa. Política Nacional de Salud 2004 – 2015. Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, pp:15-16

Otros problemas que son considerados como prioritarios son los referidos a la discapacidad en sus distintas manifestaciones, así como los asociados en la salud mental y la violencia en general y en especial la intra familiar. Dada la complejidad de estos problemas, además de las estrategias sectoriales, deberán ser complementadas con otras políticas públicas, con enfoque de género que permitan contribuir a reducir la probabilidad de su ocurrencia y la aparición de daños en salud, que potencialicen sus capacidades humanas y faciliten su integración en la sociedad. Sobre estos problemas son grupos vulnerables, las mujeres y la niñez, los que son objeto de la atención inmediata del sector salud.

De la misma forma se consideran que existen grupos de adolescentes y jóvenes, considerados vulnerables por los riesgos a que están sometidos por problemas asociados con el embarazo de las adolescentes (que tiene un peso importante en la mortalidad materna), así como por la violencia en todas sus manifestaciones, las drogas, el alcoholismo, el suicidio, el abuso sexual, el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión

sexual, etc. Este grupo es el foco de la atención para la implementación de la estrategia de largo plazo de salud sexual y reproductiva, que se desarrollará con enfoque de género, especialmente en las zonas rurales del país.

Aún con las limitaciones del sector salud, se incorporarán en los servicios de salud, acciones preventivas dirigidas a reducir la aparición de las afecciones crónicas, como la Diabetes e Hipertensión, en los adultos y adultos mayores, los que en general demandan abundantes recursos para su atención en la fase curativa; se hará énfasis en la detección oportuna, tanto del Cáncer Cérvico Uterino como de Próstata, con el fin de incidir en la mortalidad por estas causas.

Se dará especial atención a la situación de la Regiones Autónomas del Atlántico donde además de las restricciones generales del sector salud, se conjuga un conjunto de factores propios de su desarrollo (étnicos, lingüísticos y culturales), con poblaciones pobres o en extrema pobreza, que han permanecido en abandono y aisladas de los beneficios del desarrollo, lo que determina su situación de salud, así como las posibilidades de su desarrollo integral.

La situación del sector salud

Tabla 9 Principales problemas asociados a la respuesta del sector salud a la situación epidemiológica y sus determinantes

La respuesta social a la situación epidemiológica de la población y sus determinantes a través del sector salud, ha sido poco eficaz, eficiente y efectiva. Por un lado se cuenta con escasos recursos para atender las necesidades y demandas de la población, y por otro, ha sido inadecuada la disposición de los recursos disponibles.

ENDESA-2001 evidenció que existen barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los

45.8 % de la población es pobres, focalizada principalmente en la zona rural (2001)		
Limitaciones en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud en toda su dimensión y tímido liderazgo del MINSA	Escasos recursos para atender las necesidades y demandas de la población e inadecuada disposición de los recursos disponibles	El modelo de atención vigente incluye únicamente los servicios del MINSA, no convoca a las distintas instituciones de sector salud en el desarrollo de intervenciones integrales
En general los servicios de salud se ofertan sin un enfoque de calidad	Mecanismos tradicionales de asignación de recursos en el MINSA	La inversión en salud en la última década ha sido muy limitada, al compararla con la inversión que hace el resto de los países centroamericanos
Existe un porcentaje considerable de la población que no tiene acceso a los servicios de salud	Respuesta del Sector Salud a la situación epidemiológica y sus determinantes (Principales problemas)	No se ha desarrollado desde las instituciones del sector una cultura efectiva de promoción, prevención y previsión de los problemas de salud
Limitada vinculación entre las instituciones del sector y las acciones que desarrollan las comunidades y sociedad civil	Existencia de barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los servicios públicos en salud	En enfoque de atención que han utilizado las instituciones del sector ha estado más centrado en los daños, en la enfermedad, que en las determinantes y condiciones de la salud
15.1 % de los pobres son extremadamente pobres (2001)		

Fte: Elaboración propia a partir de MINSA. Política Nacional de Salud 2004 – 2015. Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, pp: 16-18

servicios que brindan las instituciones del sector público, los que están siendo utilizados por los estratos con mayores recursos económicos; los pobres están recurriendo para atenderse en salud a otras opciones que conllevan a mayores riesgos financieros, los que descapitaliza sus posibilidades de desarrollo y reproduce su condición pobreza, incrementando de esa forma las desigualdades en el país.

A pesar de los esfuerzos por incrementar la cobertura en los servicios de salud (tanto en el sector público, como de la seguridad social), aún existe un porcentaje considerable de población que no tiene acceso a los servicios de salud, ya sea por razones geográficas, económicas, culturales e incluso de falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud. Al mismo tiempo no se ha desarrollado desde las instituciones el sector, una cultura efectiva de promoción, prevención, y previsión de los problemas de salud, de tal forma que motive a la población a ser un actor activo en el fomento a la salud.

Por otro lado, la limitada vinculación entre las instituciones del sector y las acciones que desarrollan las comunidades, tanto en forma directa a través de agentes comunitarios (brigadistas, parteras, etc.), como las que realizan organizaciones de la sociedad civil (grupos juveniles, clubes de madres, etc.), no canaliza este caudal de energía en intervenciones efectivas que transformen la realidad sanitaria del país.

El enfoque de atención que han utilizado las instituciones del sector, ha estado más centrado en los daños, en la enfermedad, que en las determinantes y condicionantes de la salud; ha estado más dirigido a la atención de las patologías que a las poblaciones, sin hacer énfasis en la identificación de los grupos más vulnerables (pobres, étnicos, etc.), sin identificar las diferencias existentes de género, de condiciones socio-económicas, entre otras, de los distintos grupos de población y en especial, sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud, haciéndose esto más evidente en la Costa Caribeña. Se ha prestado atención a algunos aspectos del medio ambiente físico, pero no se ha profundizado en la atención a los ambientes laborales, sociales y culturales.

En parte, esto se debe a que el modelo de atención vigente incluye únicamente los servicios del MINSA, no convoca a las distintas instituciones del sector salud en el desarrollo de intervenciones integrales, de más peso a los aspectos curativos que los preventivos; con muy limitadas acciones de promoción y aunque se realizan acciones de prevención específicas, éstas están dirigidas a los daños transmisibles, con muy poco énfasis en los no transmisibles, cuyo peso se viene incrementando paulatinamente, generando altos costos a los servicios de salud.

Hasta el momento ha habido limitaciones en el sector salud para desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud en toda su dimensión; tanto los servicios del Ministerio de Salud como los que compra la Seguridad Social, adolecen de acciones sistemáticas de fomento a la salud, de acciones que incidan en los hábitos y costumbres de la población, no contribuyen a la prevención de los problemas de salud y el control de los factores de riesgo que los generan. En parte esto es debido a la acción poco coordinada del sector y el tímido liderazgo del Ministerio de Salud.

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

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

La inversión en salud en la última década ha sido muy limitada, al compararla con la inversión que hace el resto de países centroamericanos, cuyo promedio de gasto per cápita por año, es de cincuenta y nueve dólares, tanto en el ámbito público como en el privado; la tendencia de la inversión pública ha sido a reducirse en comparación con la inversión privada (actualmente representa el 29% de la inversión total), lo que se ha acompañado de una reducción del aporte internacional al sector salud. De acuerdo a los cálculos económicos presentados en el Plan Nacional de Desarrollo, esta situación va a variar mucho en los próximos años, lo que implicará la necesidad de encontrar nuevas formas de financiar el sector para evitar que los riesgos financieros de los cuidados esenciales en salud, los asuma la población.

En el sector público se utilizan mecanismos tradicionales para asignar recursos, lo que contribuye a que los mismos se utilicen de forma ineficiente; en cambio, en la seguridad social, se ha establecido un mecanismo de compra de servicios que es eficiente para la institución, sin embargo, abre la posibilidad que el derecho-habiente no reciba servicios con calidad y que en el peor de los casos, las EMPs limiten aún más la canasta de servicios definida por el INSS.

La combinación de una visión curativa del sector y los limitados recursos, tienen el efecto de inducir a la población a demandar más servicios curativos, lo que se expresa en la pobre utilización de los servicios del primer nivel de atención (especialmente de los puestos de salud), y una mayor presión a los servicios hospitalarios, especialmente los de emergencia. En parte, esta situación es producto de no contar con un modelo de atención adecuado que priorice las acciones de fomento a la salud y que articule los servicios de salud de las distintas instituciones y organizaciones del sector salud.

* Empresas Médicas Provisionales, son servicios privados ó públicos que se organizan para la atención de los asegurados.

Retos del sector salud

Para que el sector salud pueda dar respuestas a los cambios previstos de la población en el largo plazo y tomando en cuenta las limitaciones actuales del sector salud, sus PRINCIPALES RETOS estarían en:

- ✓ Dirigir las inversiones en salud en función de las necesidades y prioridades de la población con el fin de contribuir al desarrollo socioeconómico del país, de la forma que se eliminen las barreras (geográficas, económicas, funcionales y culturales) que aún existen al acceso de los servicios básicos en general y de salud en particular.

Tabla Ideas fuerza de los retos del sector salud

- ✓ Incrementar la cobertura de atención, especialmente de aquellas acciones de prevención y protección que tengan alta incidencia en los principales problemas de salud de la población, a través de reordenar los servicios y las modalidades de atención que se han venido utilizando, así como las acciones y servicios que desarrollan otras instituciones del sector social (MECD, MIFAMILIA, etc.). Es un reto importante crear las condiciones para el acceso a medicamentos esenciales para atender los principales problemas de salud de la población, especialmente aquellos de orden endémico o que pueden afectar colectivamente a la población. Parte importante de este proceso será incrementar la cobertura de la atención a la población a través de la seguridad social y la ampliación de su canasta básica.

- Coherencia entre inversiones, necesidades y prioridades
- Incrementar las acciones de prevención y protección más eficaces
- Desarrollar un enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud
- Incorporar la participación ciudadana en el quehacer del sector (prácticas y ambientes saludables, control social, nueva cultura sanitaria y solidaria)
- Movilización intersectorial para enfrentar los problemas de salud
- Implementar la descentralización, separación de funciones y transparencia
- Mejorar la capacidad gerencial y el liderazgo sectorial
- Búsqueda de nuevas fuentes o mecanismos de financiamiento
- Interrelación entre modelo de provisión de servicios, perfil epidemiológico y las necesidades de atención de la población
- Modernizar la gestión de los recursos humanos en función de la provisión de servicios con equidad de género y eficiencia.

Fte: Elaboración propia a partir de "MINSa. Política Nacional de Salud 2004 – 2015. Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, p: 19 - 21

- ✓ Transformar a corto plazo la actuación y la cultura vigente en el sector y la población, conduciéndola hacia una visión y actuación que se centre en un enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud más que la atención a los aspectos curativos, sin descuidar la atención de aquellos problemas de salud que por su naturaleza, al tratarlos contribuye a la prevención de otros problemas, tomando en cuenta el perfil epidemiológico del país; el sector salud debe trabajar sobre la base de prioridades nacionales y locales; es necesario hacer énfasis en desarrollar actividades sistemáticas de información, educación y comunicación con enfoque de género, hacia la población y los

trabajadores del sector, que permita desarrollar prácticas que modifiquen los factores de riesgo de los problemas de salud.

- ✓ Incorporar la participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector, con el fin de asegurar su gobernabilidad, de tal forma que se desarrollen en las comunidades, las capacidades necesarias para producir prácticas y ambientes saludables, en consonancia con las actuaciones de las instituciones públicas. Al mismo tiempo, se debe estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud, con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia. La incorporación de la población debe basarse en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria en el país, que contribuyan al desarrollo de las acciones en salud, más allá del apoyo a determinadas actividades que se identifica como medidas de autoayuda.
- ✓ Profundizar la reforma del sector salud de tal forma que cree condiciones en las instituciones y organizaciones que lo integran, para poder atender las transformaciones demográficas y epidemiológicas previstas en la población nicaragüense. La Reforma del Sector Salud debe ser capaz de revertir los problemas de inequidad, ineficiencia y limitada eficacia del Sector Salud. Por ello se debe intervenir en los siguientes ámbitos en el corto y medio plazo:
 - Crear mecanismos efectivos que articulen las instituciones y organizaciones del sector salud en el desarrollo de acciones efectivas sobre los problemas de salud bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud; será necesario instrumentar al MINSA para que pueda ejercer su rol Rector y Regulador sobre la base de lo establecido en la Ley General de Salud No. 423 y su Reglamento.
 - Implementar un plan de descentralización, sobre la base de una propuesta de separación de funciones en las instituciones del sector, que se concrete en la transferencia de competencias y poder decisorio, así como la transferencia de los recursos requeridos por los servicios de salud, de acuerdo a lo establecido en el marco jurídico del sector salud. Será indispensable en el corto plazo, contar con procesos de control que aseguren la transparencia del uso de los recursos en el sector.
 - Mejorar la capacidad gerencial y el liderazgo de las instituciones del sector salud, lo que implica fortalecer los conocimientos técnicos gerenciales de los recursos humanos involucrados en la gestión, tanto del MINSA como del INSS. Paralelamente se deberán crear los procesos, instrumentos y metodologías necesarias para el proceso gerencial.

- La búsqueda de nuevas fuentes o mecanismos de financiación del sector salud, que viabilicen un funcionamiento sostenible en el largo plazo, así como la selección de criterios eficientes de asignación de recursos que respalden las acciones de salud. Será necesario incorporar rápidamente mecanismos de asignación y utilización de los recursos financieros disponibles que permitan optimizar su uso en la provisión de servicios a la par de alcanzar los mejores resultados desde el punto de vista de las metas en salud.
- Implementar un nuevo modelo de provisión de servicios de salud que sea coherente con el perfil epidemiológico y las necesidades de atención de la población; este modelo de provisión debe establecer con precisión: los cuidados que deben brindar las instituciones del sector a la población; las medidas de protección que se deben implementar para grupos vulnerables; las modalidades de atención en correspondencia con la actuación local del sector salud y las características del desarrollo político, demográfico, étnico y cultural, especialmente en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica; así como los recursos que deben disponerse para asegurar esos cuidados.
- Articular el desarrollo de los recursos humanos para el sector, de tal forma que se puedan dirigir a la población de acuerdo a sus necesidades sanitarias. Será indispensable articular los necesarios esfuerzos institucionales con los interinstitucionales, para establecer un proceso dirigido al desarrollo de los recursos humanos para el sector salud, haciendo énfasis en la modernización de su gestión en la provisión de servicios con equidad de género y eficiencia.

La respuesta de la sociedad nicaragüense: Visión y Misión del Sector Salud, Lineamientos Generales de la Política Nacional de Salud 2004 - 2015

Tabla 10 Principios y Lineamientos Generales de Políticas 2004 - 2015

Los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno ecológico y social, equilibrando los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, así como el trato respetuoso, cálido y humano que reciben en los servicios de salud, en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud. Igualmente se orientan al fortalecimiento y transformación del Sistema de Salud, especialmente el desarrollo de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción moderna de la atención en salud.

La Política Nacional de Salud parte del concepto que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano, que contribuye directamente al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza, como un factor fundamental y necesario para el crecimiento en el empleo, la inversión y la productividad del trabajo. Por otra parte, se considera que la inversión en salud no se limita a los esfuerzos y recursos que se utilizan en la provisión de servicios de salud, sino que implica las acciones, servicios y productos brindados a la población desde las distintas instituciones y organizaciones que integran el sector.

Principios	Ejes transversales
Universalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Equidad de Género • Participación social
Equidad	
Integralidad	
Continuidad	
Complementariedad	
Solidaridad	
Visión	Misión
<p>La población nicaragüense ha aumentado su esperanza y calidad de vida. Tiene garantizado el acceso a un conjunto de servicios básicos de salud, especialmente los grupos vulnerables.</p> <p>La ciudadanía, la familia y la comunidad, fomentan prácticas que los convierten en los constructores de sus condiciones de salud y desarrollo.</p> <p>La población usuaria se encuentra satisfecha por el respeto y la calidez hacia su personal, la prontitud de la atención, las condiciones y la seguridad de los servicios de salud brindados por el personal de salud</p>	<p>Desarrollar y garantizar acciones y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud con el concurso de instituciones y organizaciones públicas y privadas, la comunidad, la familia y las personas para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.</p>
Lineamientos generales de política	
Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	Fortalecimiento de la atención primaria en salud
Promoción de la Gobernabilidad en el sector salud	Consolidación del Sistema Nacional de Salud
Fortalecimiento de la Capacidad Gerencial	Desarrollo de recursos humanos
Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos	

Fte: Elaboración propia a partir de "MINSA. Política Nacional de Salud 2004 - 2015. Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, p. 25 - 46

Tercera Parte: Promoción de la Salud en Nicaragua... ¿Realidad o Utopía?

La evolución histórica de la Promoción de la Salud y su presencia en las Políticas Nacionales de Salud: breves anotaciones

La Promoción de la Salud en Nicaragua ha tenido una evolución coherente con los modelos de desarrollo socioeconómico del país como principales determinantes de la salud pública de los nicaragüenses, tanto como con las principales tendencias del escenario mundial con relación al desarrollo y práctica de la salud pública y la promoción de la salud.

La práctica de la Promoción de la Salud en Nicaragua ha estado sujeta al proceso histórico evolutivo de la salud pública en el país. En términos generales, pueden identificarse tres fases del desarrollo de la salud pública contemporánea en el ámbito nacional desde la segunda mitad del siglo XX hasta los albores del Siglo XXI: antes del año 1979, la década de los 80s (1979 – 1990) y el período comprendido entre 1991 y el año actual.

La Promoción de la Salud ha evolucionado en nuestro país de un enfoque restringido al ejercicio de la educación en salud (antes de 1979) pasando por un período donde la Promoción de la Salud – sin ser identificada de forma explícita – tuvo una importante presencia como parte de una manera de practicar de la salud pública en el país (1979 – 90), hasta un concepto y práctica influenciado por el desarrollo de las propuestas de Promoción de la Salud en el ámbito internacional (1996).

Durante la década de los 80s, el desarrollo de la salud pública bajo la hegemonía de la Declaración de Alma Ata (1978) que postulaba el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, fue un tema relevante en la agenda política nacional, coincidiendo muchas de sus iniciativas – como parte de la implementación de la estrategia de atención primaria en salud - con lo que posteriormente fueron propuestas de la moderna Promoción de la Salud formuladas en diferentes Conferencias Internacionales (Sudvall, 1991; Adelaida, 1988; Ottawa, 1986), especialmente en lo que se refiere a:

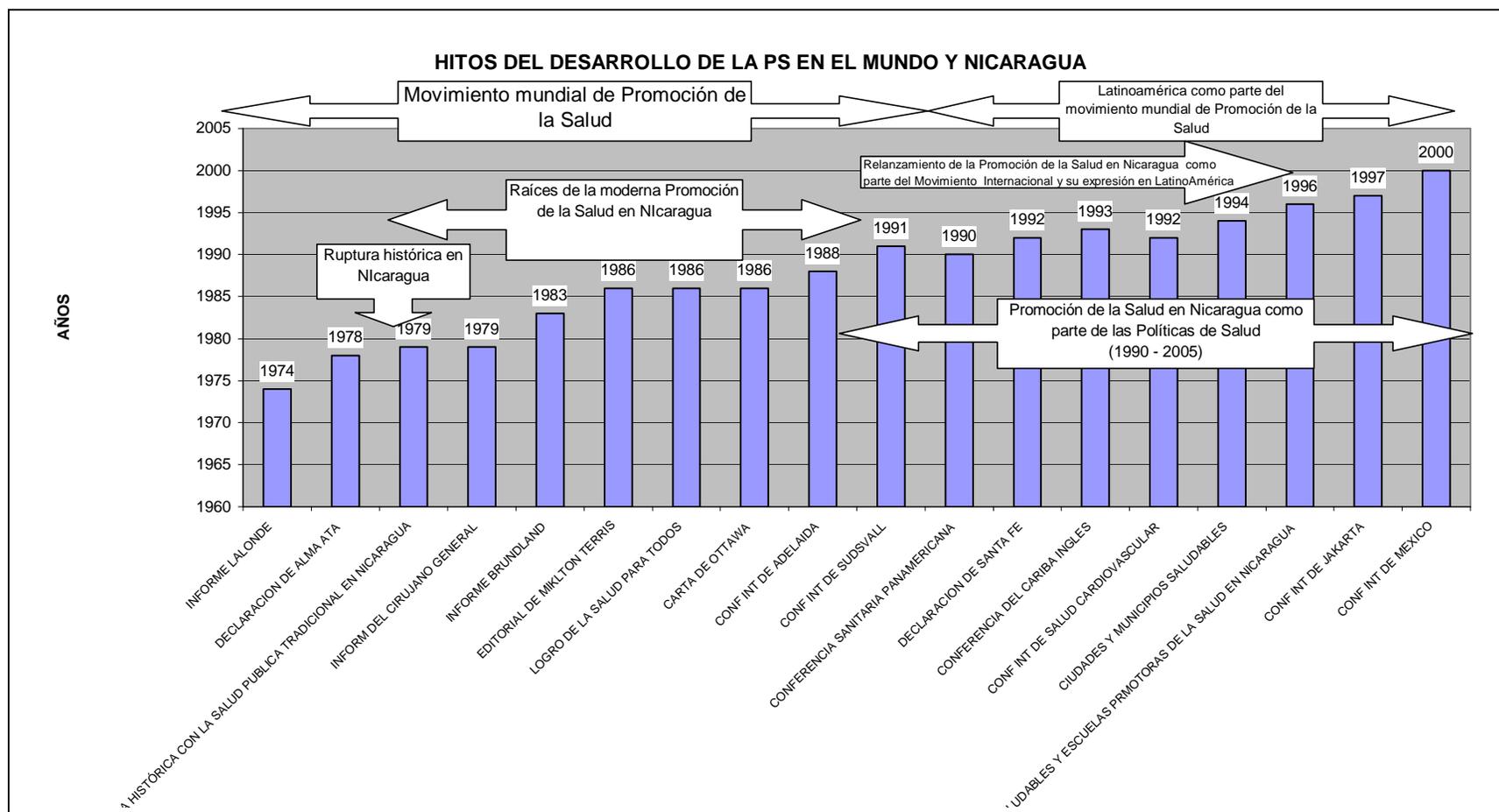
- la salud pública como un derecho ciudadano y un deber del Estado
- la salud pública como parte de un proyecto nacional de desarrollo y de la agenda política nacional,
- la salud pública como un área relevante de inversión social para superar la inequidad histórica en términos de acceso a servicios y ejercicio del derecho a la salud,
- la salud pública como eje de intersección de acciones intersectoriales,
- la salud pública como punto de convergencia de la participación ciudadana para el enfrentamiento de problemas específicos de salud pública.

Todos, aspectos relevantes para el desarrollo de la salud pública en el país vinculados a la Promoción de la Salud, que han continuado a través de diferentes tiempos políticos hasta la fecha actual, variando la intensidad, forma y magnitud de sus manifestaciones.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

La presencia del enfoque contemporáneo de Promoción de la Salud en el escenario nacional, deviene de las decisiones tomadas por los países miembros de la Conferencia Sanitaria Panamericana durante su XXII edición (1990), que incorporó la Promoción de la Salud como una de las orientaciones estratégicas básicas para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud, orientación que fue acogida por las autoridades nacionales e implementada a través de las iniciativas de “municipios y escuelas saludables” en el año 1996. Un resumen de los principales hitos de la Promoción de la Salud en el mundo y en Nicaragua pueden apreciarse en el gráfico que se muestra a continuación.

Ilustración 3 Hitos del desarrollo de la Promoción de la Salud en el mundo y Nicaragua



En resumen, la ruptura histórica que se genera a partir del año 1979 con la salud pública tradicional genera un enérgico apoyo gubernamental y un amplio movimiento social a favor de la salud bajo la hegemonía de un nuevo paradigma conceptual para el desarrollo de la salud pública: “Salud para Todos / Estrategia de Atención Primaria en Salud”; ruptura que construye durante un decenio (1980 – 1990) las raíces de la práctica de la Promoción de la Salud que se expresa en las políticas de salud venideras.

En los últimos quince años (1991 – 2005) las políticas nacionales de salud han recogido de forma diversa la Promoción de la Salud en sus postulados, reflejando su filosofía, llamados internacionales, áreas de acción, estrategias y herramientas. Un panorama general ejecutivo en este sentido puede ser apreciado en las tablas que se presentan en las siguientes páginas.

El balance general de la Promoción de la Salud en Nicaragua es positivo. Desde 1979 hasta el 2005 (25 años) la salud pública forma parte de la agenda política del país y la Promoción de la Salud ha estado presente, manifestándose de forma diferenciada en términos de su intensidad y magnitud, de acuerdo a los diferentes tiempos políticos y sus respectivos proyectos nacionales de desarrollo.

¿Qué ha pasado en Nicaragua con la Promoción de la Salud?

Ahora bien, el mapa global de Promoción de la Salud y de su vigencia continuada en el escenario nacional que se desprende de las anotaciones anteriores tiene un sustento paradigmático en los diferentes marcos conceptuales de la Promoción de la Salud (Ver Tabla 01) que han convivido en este extenso período de la sociedad nicaragüense, poniendo de manifiesto la preocupación de la Promoción de la Salud como estrategia de renovación de la Salud Pública en el país, tanto por las causas generales como por las específicas del binomio salud-enfermedad.

La promoción de la Salud en Nicaragua ha tratado de influir en las causas generales (determinantes de la salud) vía el modelo socio sanitario, en los estilos de vida vía el modelo epidemiológico social y en las causas específicas de la enfermedad (interacción agente, huésped y ambiente) vía el modelo higienista preventivo.

Esta convivencia de los diferentes marcos conceptuales de la Promoción de la Salud – asumida en el escenario nacional de forma implícita como una nueva propuesta de Salud Pública – explica la diversidad y riqueza de la experiencia nicaragüense en materia de Promoción de la Salud.

Hoy, en Nicaragua, es imposible pensar el desarrollo de la salud pública solamente desde los servicios tradicionales de salud. Esta es la mejor herencia que la práctica empírica del enfoque de Promoción de la Salud ha dejado para las autoridades en salud, académicos, líderes y personalidades del ámbito nacional y local.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

Tabla 11 Políticas Nacionales de Salud y Promoción de la Salud, 1991 - 2004

<i>Marco de Referencia</i>	<i>Forma de expresión de la Promoción de la Salud⁵</i>
<p>Plan Maestro de Salud, 1991 – 1996</p> <p><i>Este es el plan de la post guerra. El eje central del plan es el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como respuesta del sector salud a la situación de salud y problemas prioritarios</i></p>	<p>La implementación de programas intersectoriales como parte de la política social.</p> <p>En términos de políticas de salud, forma parte de las políticas que se refieren a:</p> <ul style="list-style-type: none"> la implantación de la estrategia de atención primaria como base de la organización del sector referidas a la organización municipal de los SILOS como ejes de un proceso de descentralización el programa intra e interinstitucional de prevención de la desnutrición mecanismos que aseguren la participación social trabajo intersectorial en el área de saneamiento ambiental
<p>Política Nacional de Salud, 1993</p> <p><i>El eje central de la política es la producción social de la salud a través de la consolidación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) como base del Sistema Nacional de Salud</i></p>	<p>Conceptualmente la salud es entendida como un compromiso de todos y no solo el resultante de la atención médica</p> <p>Los principios rectores de la política incorporan la equidad, solidaridad y los niveles de responsabilidad de la sociedad y la persona</p> <p>Concibe que el liderazgo del Ministerio de Salud esta basado en las siguientes estrategias que reflejan aspectos relevantes del ejercicio de la promoción de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> fortalecimiento de la atención primaria en salud consolidación y profundización del proceso de integración, descentralización y desconcentración <p>En términos de políticas de salud, forma parte de las políticas que se refieren a:</p> <ul style="list-style-type: none"> fortalecimiento del proceso de descentralización desarrollo de la atención primaria el fortalecimiento de la Planificación Estratégica Local como parte de la política de Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud desarrollo de la participación social

⁵ En todos los casos no se pretende ser exhaustivo, solamente dar muestras de cómo la Promoción de la Salud está presente (Filosofía, lamados internacionales, áreas de acción, estrategias y herramientas) de manera implícita o explícita

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

<i>Marco de Referencia</i>	<i>Forma de expresión de la Promoción de la Salud²</i>
<p>Política Nacional de Salud, 1997 - 2002</p> <p><i>El eje central de la política es la reforma y modernización sectorial e institucional.</i></p>	<p>Presentada por el Presidente de la República</p> <p>Concibe que la solución de los problemas de salud no es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud, hace referencia a la creación de la Comisión Interinstitucional de Apoyo para la Salud y apela a compartir la responsabilidad de la salud de los nicaragüenses con las organizaciones de la sociedad civil, las familias y los individuos</p> <p>En términos de políticas de salud, forma parte de las políticas que se refieren a:</p> <p style="padding-left: 40px;">fortalecimiento del Ministerio de Salud, en lo que atañe a las funciones generales de los SILAIS y los municipios. En el primer caso hace referencia mantener sana a la población”, y en el segundo caso a la promoción de la participación ciudadana y comunitaria, establecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial y ejecución de acciones integrales a grupos de población en riesgo y población en pobreza</p> <p style="padding-left: 40px;">fortalecimiento del Ministerio de Salud, en lo que se refiere a la descentralización y autonomía y participación social.</p> <p style="padding-left: 40px;">nuevas estrategias en salud pública, en lo que se refiere a educación para la salud y promoción de estilos de vida saludables como parte de la entrega de un paquete básico de servicios a la población.</p>
<p>Política Nacional de Salud, 2004 - 2015</p> <p><i>El eje central de la política es el fomento de la salud como una inversión en desarrollo humano</i></p>	<p>Apela a un consenso social e institucional para asegurar un proceso sostenido y sistemático de implementación de la Política Nacional de Salud.</p> <p>En términos de políticas de salud, forma parte de los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud, que se refieren a:</p> <p style="padding-left: 40px;">Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, en lo que atañe a asociaciones con redes sociales y gobiernos municipales y la red de farmacias comunitarias.</p> <p style="padding-left: 40px;">Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, considerada expresamente como una política que incluye la implementación de una estrategia de comunicación y acción comunitaria en salud, fomento de ambientes y entornos saludables, implementación de programas de salud y nutrición, coordinación con el sistema educativo; promoción de la actividad física, deporte y recreación; fomento de la bioseguridad, coordinación entre el MINSA, MITRAB e INSS y campañas educativas de prevención de accidentes de tránsito.</p> <p style="padding-left: 40px;">Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, como parte de las estrategias de la política de prevención de la salud, en lo que atañe a el fortalecimiento de la planificación local, promoción de la lactancia materna, aplicación de una política intersectorial de seguridad alimenticia, servicios de promoción asociados a la discapacidad, entre otros</p> <p style="padding-left: 40px;">Promoción de la gobernabilidad en el sector salud, en lo que atañe a la política de participación social.</p> <p style="padding-left: 40px;">Consolidación del Sistema Nacional de Salud en lo que atañe a la articulación funcional entre las instituciones del sector, descentralización del Ministerio de Salud</p> <p style="padding-left: 40px;">Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y Municipios Fronterizos, en lo que atañe a la adecuación cultural de los programas de salud, fortalecimiento del proceso de descentralización.</p>

La Promoción de la Salud en Nicaragua ha permitido realizar acciones agrupadas en diferentes categorías dirigidas a:

- los factores personales y determinantes biológicos de la salud – enfermedad,
- mejorar los estilos de vida
- mejorarlos espacios físicos y socioculturales
- mejorar condiciones de vida tales como el empleo, ingresos económicos, vivienda, educación, entre otros.

La importancia relativa de cada una de estas categorías ha variado en dependencia de los tiempos políticos, los proyectos nacionales de desarrollo, los énfasis de las políticas nacionales de salud, los liderazgos nacionales y locales, los recursos disponibles y la influencia de las agendas de los organismos de cooperación multilaterales y bilaterales.

Cuarta Parte: ¡ todavía queda mucho por hacer ¡

Aunque la sociedad nicaragüense ha utilizado desde el sector salud las diferentes áreas de acción, estrategias y herramientas específicas de la promoción de la salud con el objetivo de intensificar el desarrollo de la Salud Pública en el país, todavía queda mucho por hacer.

Dos quehaceres interrelacionados se avizoran en el horizonte como de carácter estratégico para continuar ejercitando la promoción de la salud con una visión de corto, mediano y largo plazo.

El primero de ellos está relacionado con la solución del interrogante de cómo desde la promoción de la salud se puede contribuir al abordaje de los diferentes *retos* que actualmente han sido identificados en la Política Nacional de Salud 2004 – 2015, mismos que se constituyen en desafíos a largo plazo en términos del desarrollo nacional de la salud pública.

El segundo quehacer está relacionado con las *intervenciones* de promoción de la salud consignadas en el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015, que deben implementarse en conjunto con otras de naturaleza diversa en el corto plazo y que, globalmente, dirigen los esfuerzos intersectoriales hacia la contención y reducción de los problemas prioritarios de salud pública que forman parte de la deuda sanitaria y procuran materializar procesos la reorganización del sistema de salud con el fin de mejorar su desempeño ante los problemas generales del desarrollo socioeconómico de la sociedad nicaragüense.

Además, estas intervenciones son consecuentes con los compromisos nacionales e internacionales del país en el campo de la salud: Plan Nacional de Desarrollo, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza; a su vez, logran concentrar los esfuerzos en el corto plazo en el mejoramiento de las condiciones de vida de sectores de la población que han permanecido excluidos del desarrollo y sus beneficios sociales. De esta forma, se facilita que, desde el sector salud, se

contribuya a los esfuerzos nacionales para garantizar el crecimiento económico y el desarrollo del país.

De estos planteamientos surgen dos tareas urgentes:

- Utilizar la Promoción de la Salud como un enfoque eficaz en el abordaje de los retos del sector salud, y
- Poner en práctica (continuar, iniciar, relanzar) en el corto plazo las múltiples intervenciones de Promoción de la Salud consignadas en el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015

La Promoción de la Salud como enfoque para abordar los retos del sector salud 2004 - 2015

Los retos del sector salud planteados en la Política Nacional de Salud 2004 – 2015 poseen en su conjunto una serie de intersecciones con las áreas de acción, las estrategias y herramientas de la Promoción de la Salud, que generan un potencial de contribuciones para su abordaje desde la perspectiva de la Promoción de la Salud que ratifican la necesidad de continuar ejercitando – en el marco de la renovación del compromiso de la Salud para Todos y por Todos – la Promoción de la Salud como un enfoque indispensable para el desarrollo de la Salud Pública en el país.

Esta intersecciones que develan la capacidad de aporte de la Promoción de la Salud pueden apreciarse en las tablas que se presentan a continuación, las que ponen de manifiesto como la dirección estratégica de las inversiones, el reordenamiento de los servicios y las modalidades de atención, la transformación de la actuación y cultura vigente en el sector hacia un enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud, la participación consciente y activa de la ciudadanía, la articulación entre las instituciones y organizaciones del sector salud, la búsqueda de nuevas fuentes o mecanismos de financiamiento del sector y la necesidad de un nuevo modelo de provisión de servicios; representan de manera implícita o explícita las áreas de acción, estrategias y herramientas de la Promoción de la Salud, ratificando su legitimidad y vigencia.

Tabla 12 Intersecciones entre los Retos del Sector Salud y las Areas de Accion, Estrategias y Herramientas de la Promocion de la Salud

RETOS	ÁREAS DE ACCIÓN, ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
<p>Dirigir las inversiones en salud en función de las necesidades y prioridades de la población con el fin de contribuir al desarrollo socioeconómico del país, de la forma que se eliminen las barreras (geográficas, económicas, funcionales y culturales) que aún existen al acceso de los servicios básicos en general y de salud en particular.</p>	<p><u>Áreas de acción:</u> política publica sana (1)</p> <p><u>Estrategias:</u> promocion de la equidad en salud (b), aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud(h)</p> <p><u>Herramientas:</u> proyectos (vii)</p>

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

RETOS	ÁREAS DE ACCIÓN, ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
<p>Incrementar la cobertura de atención, especialmente de aquellas acciones de prevención y protección que tengan alta incidencia en los principales problemas de salud de la población, a través de reordenar los servicios y las modalidades de atención que se han venido utilizando, así como las acciones y servicios que desarrollan otras instituciones del sector social (MECD, MIFAMILIA, etc.). Es un reto importante crear las condiciones para el acceso a medicamentos esenciales para atender los principales problemas de salud de la población, especialmente aquellos de orden endémico o que pueden afectar colectivamente a la población. Parte importante de este proceso será incrementar la cobertura de la atención a la población a través de la seguridad social y la ampliación de su canasta básica</p>	<p><u>Áreas de acción:</u> reorientación de los servicios sanitarios(5)</p> <p><u>Estrategias:</u> aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud(h), (a)</p> <p><u>Herramientas:</u> <u>intersectorialidad (i)</u></p>
<p>Transformar a corto plazo la actuación y la cultura vigente en el sector y la población, conduciéndola hacia una visión y actuación que se centre en un enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud más que la atención a los aspectos curativos, sin descuidar la atención de aquellos problemas de salud que por su naturaleza, al tratarlos contribuye a la prevención de otros problemas, tomando en cuenta el perfil epidemiológico del país; el sector salud debe trabajar sobre la base de prioridades nacionales y locales; es necesario hacer énfasis en desarrollar actividades sistemáticas de información, educación y comunicación con enfoque de género, hacia la población y los trabajadores del sector, que permita desarrollar prácticas que modifiquen los factores de riesgo de los problemas de salud.</p>	<p><u>Áreas de acción:</u> política pública sana(1), creación de ambientes favorables (2), reforzamiento de la acción comunitaria (3), desarrollo de aptitudes personales (4), reorientación de servicios de salud</p> <p><u>Estrategias:</u> abogacía por la salud (a), desarrollar nuevas alianzas para la salud (d), fomentar el compromiso para una salud pública global (e), participación comunitaria (f), empoderamiento de las personas (g), aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud (h)</p> <p><u>Herramientas:</u> intersectorialidad (i), apoyo social(iv), comunicación y mercadeo social (iii), educación para la salud (ii), planificación participativa (vi), proyectos (vii)</p>
<p>Incorporar la participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector, con el fin de asegurar su gobernabilidad, de tal forma que se desarrollen en las comunidades, las capacidades necesarias para producir prácticas y ambientes saludables, en consonancia con las actuaciones de las instituciones públicas. Al mismo tiempo, se debe estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud, con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia. La incorporación de la población debe basarse en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria en el país, que contribuyan al desarrollo de las acciones en salud, más allá del apoyo a determinadas actividades que se identifica como medidas de autoayuda.</p>	<p><u>Áreas de acción:</u> Reforzamiento de la acción comunitaria (3), ambientes favorables (2)</p> <p><u>Estrategias:</u> participación comunitaria (f), empoderamiento de las personas(g),</p> <p><u>Herramientas:</u> intersectorialidad(i), educación para la salud (ii), comunicación y mercadeo social (iii), apoyo social (iv)</p>
<p>Crear mecanismos efectivos que articulen las instituciones y organizaciones del sector salud en el desarrollo de acciones efectivas sobre los problemas de salud bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud; será necesario instrumentar al MINSa para que pueda ejercer su rol Rector y Regulador sobre la base de lo establecido en la Ley General de Salud No. 423 y su Reglamento</p>	<p><u>Áreas de acción:</u> política pública sana (1)</p> <p><u>Estrategias:</u> promoción de la equidad en salud(b), desarrollar nuevas alianzas para la salud (d) , fomentar el compromiso para una salud pública global (e), aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud (h),</p> <p><u>Herramientas:</u> intersectorialidad (i), planificación participativa (vi), proyectos (vii)</p>

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

RETOS	ÁREAS DE ACCIÓN, ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
<p>La búsqueda de nuevas fuentes o mecanismos de financiación del sector salud, que viabilicen un funcionamiento sostenible en el largo plazo, así como la selección de criterios eficientes de asignación de recursos que respalden las acciones de salud. Será necesario incorporar rápidamente mecanismos de asignación y utilización de los recursos financieros disponibles que permitan optimizar su uso en la provisión de servicios a la par de alcanzar los mejores resultados desde el punto de vista de las metas en salud.</p>	<p><u>Áreas de acción:</u> política sana (1)</p> <p><u>Estrategias:</u> abogacía por la salud (a), aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud(h)</p> <p><u>Herramientas:</u> proyectos (vii)</p>
<p>Implementar un nuevo modelo de provisión de servicios de salud que sea coherente con el perfil epidemiológico y las necesidades de atención de la población; este modelo de provisión debe establecer con precisión: los cuidados que deben brindar las instituciones del sector a la población; las medidas de protección que se deben implementar para grupos vulnerables; las modalidades de atención en correspondencia con la actuación local del sector salud y las características del desarrollo político, demográfico, étnico y cultural, especialmente en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica; así como los recursos que deben disponerse para asegurar esos cuidados.</p>	<p><u>Áreas de acción:</u> reorientación de servicios de salud (4), política pública sana (1)</p> <p><u>Estrategias:</u> promoción de la equidad en salud (b), aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud (h), desarrollo de nuevas alianzas para la salud (d)</p> <p><u>Herramientas:</u> intersectorialidad (i), educación para la salud (ii), proyectos (vii)</p>

Poner en práctica en el corto plazo las múltiples intervenciones de Promoción de la Salud consignadas en el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015

De forma explícita el Plan hace una referencia a la Promoción de la Salud como un Objetivo Específico del Objetivo General 2 en el que se consigna la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Pero una lectura mas cuidadosa del Plan desde la perspectiva de la Promoción de la Salud lleva a la conclusión de que la Promoción de la Salud es un *eje transversal* no explícito que se materializa en diversas y múltiples *Intervenciones* que expresan las áreas de acción, estrategias y herramientas que caracterizan a la Promoción de la Salud, comportándose en la práctica, en el marco que ofrece el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015, como un aspecto sustantivo de la Racionalidad, Propósito del Sistema Nacional de Salud y Objetivos de Salud que el Plan contempla.

Tanto así, que de 146 intervenciones previstas, 85 de ellas (60 %) están inscritas en al menos un área de acción de la Promoción de la Salud y/o acuden en su esencia propositiva al menos a una estrategia y/o herramienta de la Promoción de la Salud.

Las intervenciones previstas en el Plan responden, de acuerdo a las necesidades actuales de desarrollo del sector salud y de la visión que de las mismas tienen las autoridades de salud, a diferentes áreas de acción de la Promoción de la Salud, y utilizan, en primera instancia⁶, diferentes estrategias y herramientas de la Promoción de la Salud, tal y como puede ser apreciado en los gráficos que se muestra en las páginas siguientes.

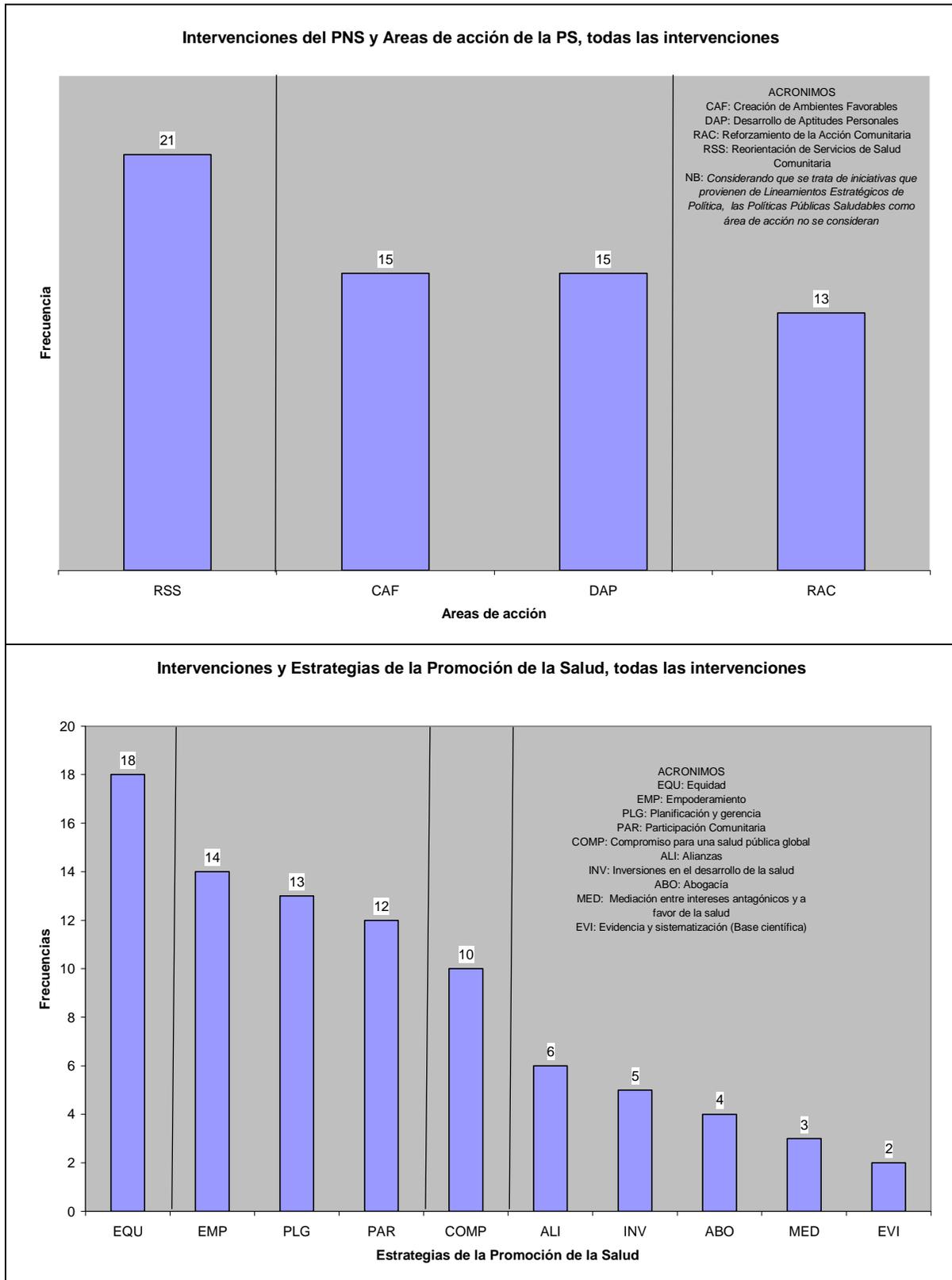
En resumen, el área de acción de la Promoción de la Salud en la cual se inscriben la mayoría intervenciones mencionadas en el párrafo anterior es la “Reorientación de Servicios de Salud”, la estrategia a la que más recurren es a la “Equidad” y la herramienta que más se proponen poner en práctica es la “Intersectorialidad”.

Es decir, observando el Plan desde la Promoción de la Salud, la “fórmula” que se desprende de un primer análisis de las múltiples intervenciones propuestas que reflejan a la Promoción de la Salud en sus diversos matices es “reorientación de los servicios de salud y sociales bajo consideraciones de equidad basadas en criterios de cobertura, calidad, promoción de la salud, provisión de servicios y regiones autónomas, a partir del fomento de la intersectorialidad”.

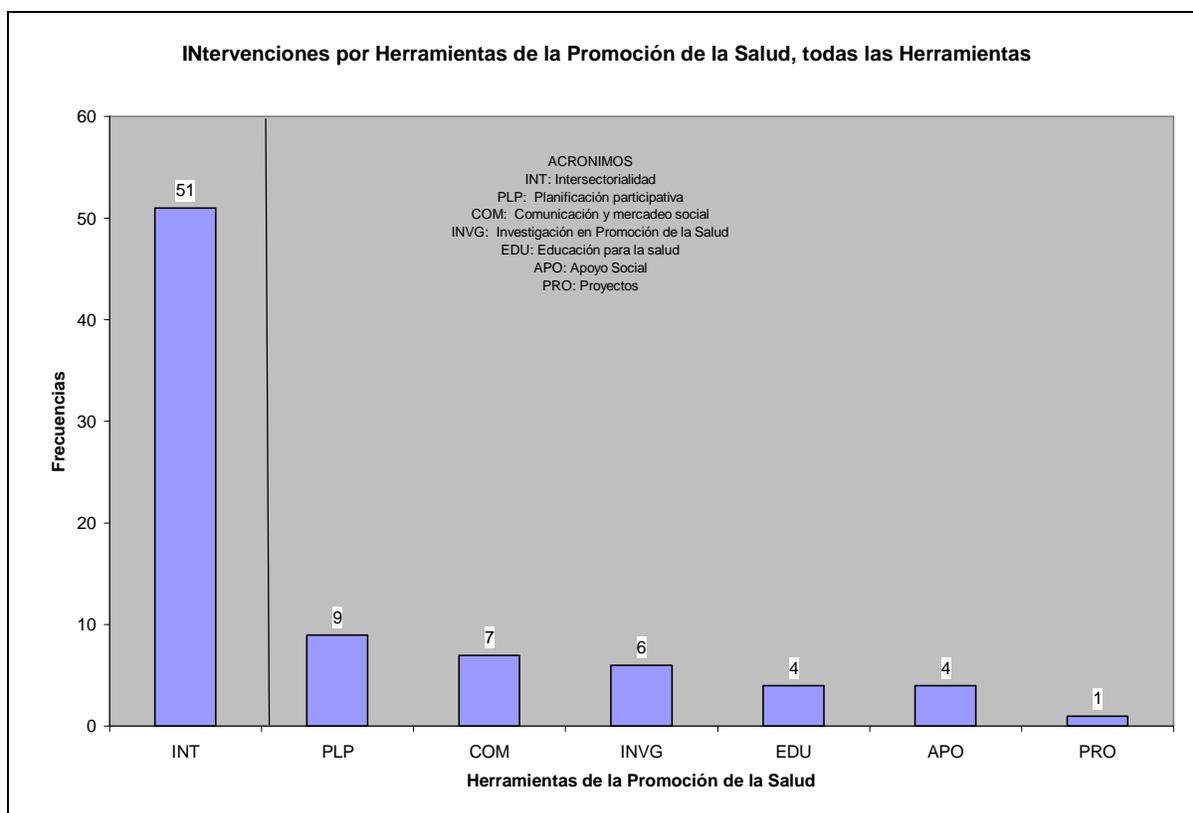
⁶ Para fines de esta primera aproximación a la identificación de la presencia de la Promoción de la Salud en el Plan Nacional de Salud se utilizó como criterio la identificación de un área de acción, estrategia y/ o herramienta, con el objetivo de establecer un perfil preliminar que permitiera un enriquecimiento posterior a partir de análisis mas exhaustivos.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaraguense

Ilustración 4 Intervenciones del PNS y Promoción de la Salud, todas las iniciativas



Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense



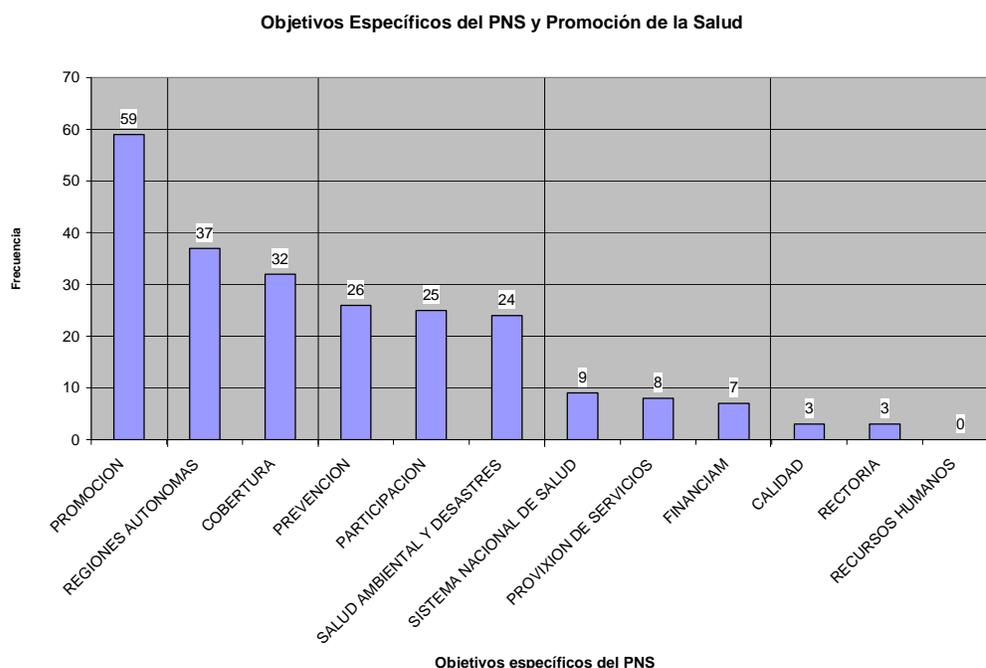
Desde una perspectiva que centra su atención en la otra cara de la moneda con relación a la fórmula mencionada, es posible afirmar de manera preliminar, que las intervenciones propuestas en el Plan deben contemplar el fortalecimiento, de acuerdo al devenir del desarrollo de la Salud Pública en el país, de los siguientes aspectos de la Promoción de la Salud, ordenados por categoría y prioridad:

- Áreas de acción:
 - Reforzamiento de la Acción Comunitaria, y
 - Creación de ambientes favorables y desarrollo de aptitudes personales, en segundo lugar.
- Estrategias:
 - Fortalecer la Base Científica para la Promoción de la Salud,
 - Mediación entre intereses antagónicos y a favor de la salud,
 - Abogacía por la salud,
 - Inversión para el desarrollo de la salud.
- Herramientas:
 - La elaboración de Proyectos a favor de la Promoción de la Salud o la utilización de Proyectos existentes para hacer más y mejor Promoción de la Salud,
 - el fortalecimiento del apoyo social (redes sociales, grupos o clubes de autoayuda, otros),
 - la Educación para la Salud,
 - el aumento de las Investigaciones en Promoción de la Salud,
 - El fomento del compromiso para una Salud Pública Global, y
 - La Planificación Participativa.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

Por otra parte, al momento de analizar como se comporta la Promoción de la Salud en su conjunto (áreas de acción, estrategias y herramientas) con relación a todas las iniciativas por Objetivo Específico del Plan Nacional de Salud, la situación que se identifica puede ser apreciada en el gráfico que se muestra a continuación.

Ilustración 5 Objetivos específicos del PNS y Promoción de la Salud



En consecuencia, el efecto de concentración que hay que hacer para poner en práctica los compromisos de Promoción de la Salud que devienen de las intervenciones del Plan Nacional de Salud, de acuerdo al volumen de intervenciones asociadas a la Promoción de la Salud por Objetivo Específico, son, en orden de prioridad:

1. Aquellas asociadas al Objetivo Específico Promoción de la Salud: transformar la conducta de las personas, la familia y la comunidad con relación a la salud, nutrición, hábitos alimentarios y rehabilitación, pasando de una cultura curativa a una cultura preventiva, que se exprese en nuevos conocimientos, actitudes, prácticas y ambientes saludables.
2. Aquellas asociadas al bloque de Objetivos Específicos de “Cobertura y Regiones Autónomas”:
 - a. Cobertura
 - i. Disminuir la brecha de acceso a los servicios esenciales de salud para la población pobre o en extrema pobreza, considerando las comunidades étnicas, pueblos indígenas y especialmente los grupos vulnerables con difícil acceso como son: la niñez, las mejeeres en edad fértil, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas que conviven con el VIH/SIDA.

- ii. Ampliar la cobertura, calidad de la atención y prestaciones del Seguro Social en la población económicamente activa del sector formal e independiente de la economía
 - b. Regiones autónomas
 - i. Incrementar la cobertura de atención, en especial a las comunidades étnicas y pueblos indígenas, desarrollando acciones contempladas en el paquete básico de atención, aplicando un enfoque intercultural y sobre la base de la Atención Primaria en Salud
 - ii. Profundizar el modelo de salud de las regiones autónomas del caribe nicaragüense, haciendo énfasis en la articulación de las distintas de las distintas modalidades de atención existentes en las comunidades étnicas y pueblos indígenas, con los servicios del MINSA, mediante la participación efectiva de todos los sectores.
- 3. Aquellas asociadas al bloque de Objetivos Específicos de “Prevención, Participación, Salud Ambiental y Desastres”
 - a. Prevención
 - i. Desarrollar acciones efectivas para prevenir la aparición de enfermedades, complicaciones, así como la discapacidad y muerte, especialmente en relación a las enfermedades no transmisibles, problemas emergentes o reemergentes que impactan en la población en general y en particular en los sectores pobres o en extrema pobreza
 - b. Participación
 - i. Articular de forma efectiva las instituciones del sector salud con otros sectores, con el fin de que participen de forma activa y sistemática en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control de las acciones de salud.
 - ii. Empoderar a la sociedad civil, instituciones, municipalidades, ONGs, etc, en el uso de los mecanismos relacionados con la planificación participativa y el control social para mejorar la calidad, eficiencia, transparencia y efectividad de las acciones de salud, nutrición y rehabilitación.
 - c. Salud Ambiental y Desastres
 - i. Disminuir el riesgo de la población de enfermar o morir por la influencia de los desequilibrios del medio ambiente y desastres naturales
 - ii. Modernizar el enfoque de salud internacional, con prioridad en los municipios fronterizos y otras modalidades de entrada al país
- 4. Aquellas asociadas al bloque de Objetivos Específicos de “Sistema Nacional de Salud, Provisión de Servicios y Financiamiento y Aseguramiento Futuro”
 - a. Sistema Nacional de Salud
 - i. Separar y especializar en el Sistema Nacional de Salud, las funciones de rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento.
 - ii. Profundizar el proceso de descentralización en el MINSA en el marco de la estrategia de descentralización del Estado.

- b. Provisión de servicios
 - i. Implementar el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en todos los SILAIS del país
 - c. Financiamiento y Aseguramiento Futuro
 - i. Mejorar la equidad y la eficiencia en la asignación y el uso de los recursos financieros en el sector salud, lo que se debe expresar en mejores resultados en salud
5. Aquellas asociadas al bloque de Objetivos Específicos “Calidad y Rectoría”
- a. Calidad
 - i. Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud, especialmente los servicios dirigidos a la niñez, las mujeres en edad fértil, adolescencia, jóvenes, personas con discapacidad y las personas adultas mayores. Se debe priorizar el mejoramiento de los servicios de las zonas rurales del país.
 - b. Rectoría
 - i. Fortalecer la rectoría y la gestión del Ministerio de Salud en su vinculación con el resto de instituciones públicas y privadas del sector salud

El detalle de las intervenciones del Plan asociadas a cada Objetivo Específico, puede ser apreciado en el Anexo. 01.

Implementar Iniciativas complementarias al Plan Nacional de Salud 2004 - 2015

Si bien es cierto el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015 asume de manera no explícita la Promoción de la Salud como un eje transversal, tal y como ha sido analizado en la sección anterior, existen también otras iniciativas que sin estar incorporadas en el Plan pueden contribuir a la ejecución del mismo desde la perspectiva de la Promoción de la Salud.

Ilustración 6 Iniciativas complementarias al PNS⁷

Iniciativas	Comentarios
Movimiento Nacional de Amigos de la Salud	Este movimiento puede tomar diferentes nombres. En esencia, se trata de integrar un grupo de personalidades del país de diferentes sectores: políticos, académicos, religiosos, artistas, sociedad civil, comunidad, gobiernos locales, otros; que en el escenario nacional hagan las veces de “voces” de la salud y que desde su condición de líderes contribuyan a llamar la atención sobre aspectos varios del desarrollo de la salud en el país.
Reuniones de “negocios” con socios potenciales para vender ideas de proyectos de Promoción de la Salud	El desarrollo de la Promoción de la Salud en el país requiere recursos que puede ser que no estén contemplados en el presupuesto ordinario. La

⁷ Estas iniciativas se encuentran a nivel de idea. En caso de considerarlas de utilidad deberán ser trabajadas para convertirlas en propuestas operacionales.

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

	<p>búsqueda de fuentes de financiamiento para poner en práctica diversas iniciativas de Promoción de la Salud requiere una estrategia de “venta y mercadeo” que toma en consideración entre varias herramientas estas reuniones de negocios mencionadas.</p>
Observatorio de Promoción de la Salud	<p>La Promoción de la Salud es en la práctica una de las funciones transversales del Plan y, además, forma parte de múltiples iniciativas que son generadas por diversos actores sociales en el país. Pero su desarrollo, identificación de mejores prácticas y lecciones aprendidas, socialización, sistematización, así como la necesidad de poseer una visión panorámica de su quehacer en el país es un desafío pendiente. Un observatorio de Promoción de la Salud, entendida como una red nacional – eventualmente internacional también – de producción e intercambio de información y conocimiento para el aprendizaje institucional y social, tanto como la movilización de recursos en el ámbito de la Promoción de la Salud, podría ser para el país una herramienta útil.</p>
Cartera de proyectos y / o aprovechamiento de proyectos en curso.	<p>Proyectos es una de las herramientas de la Promoción de la Salud que permite desarrollar experiencias que posteriormente se pueden generalizar para el país y apoyar el desarrollo de la salud pública en el escenario nacional. Varios ejemplos existen en Nicaragua, donde proyectos han servido como vitrina de exposición, experimentación y posterior institucionalización. A manera de ejemplo están el PROSILAIS, PLAGSALUD y REHABILITACION. Una cartera de ideas y perfiles de proyectos de pequeña, mediana y gran envergadura es una carta de negociación con potenciales inversionistas sociales que disminuye el costo de oportunidad para la movilización de recursos a favor de la promoción de la salud.</p>
Portafolio de investigaciones acerca de iniciativas de Promoción de la Salud en temas prioritarios.	<p>La investigación en Promoción de la Salud es una de las herramientas postergadas en la implementación de la Promoción de la Salud en el país. Generar conocimiento y evidencia acerca de las bondades de la Promoción de la Salud y su capacidad práctica de contribuir al desarrollo de la salud pública es una necesidad estratégica para brindarle sustento a la Promoción de la Salud ante potenciales inversionistas sociales y otros aliados en diferentes escenarios de la sociedad nicaragüense. Por otra parte, el portafolio de investigaciones puede ser una herramienta para desarrollar alianzas en este sentido con la comunidad académica nacional e internacional</p>

Desafíos y Oportunidades para la Promoción de la Salud en la Sociedad nicaragüense

Congresos, Foros y / o ferias de Promoción de la Salud	La estrategia de Comunicación y Mercadeo Social que caracteriza a la Promoción de la Salud debe y puede ser también utilizada a su favor. Las instancias mencionadas permiten la socialización de las mejores experiencias y prácticas de promoción de la salud sobresalientes por su excelencia, tanto nacionales como internacionales. De igual manera, estas instancias pueden convertirse en un escenario propicio para la realización de “reuniones de negocios” con potenciales inversionistas en el desarrollo de la Promoción de la Salud.
Formación y capacitación de recursos humanos	El sector salud necesita desarrollar una masa crítica en Promoción de la Salud que contribuya con su voluntad, inteligencia y capacidad a abordar y resolver los ingentes problemas estratégicos y operacionales de la Promoción de la Salud en el país, contribuyendo de esta manera a desenvolver para la sociedad nicaragüense conceptos, metodologías y herramientas adecuadas a la realidad socio económica y cultural de Nicaragua.
Cooperación técnica entre países	Aunque Nicaragua viene desde hace 25 años acumulando capacidades y experiencia práctica en el encuentro de la solución propias salidas para la implementación de las áreas de acción, estrategias y herramientas que caracterizan a la Promoción de la Salud, otros países poseen, sobre diversos aspectos de la Promoción de la Salud avances sobresalientes que pueden ser experiencias de referencia para el desarrollo de la Promoción de la Salud en el país.
Sistematización, publicación y socialización de las mejores experiencias	La experiencia nicaragüense en materia de Promoción de la Salud amerita ser conocida a nivel nacional e internacional. Numerosas y valiosas experiencias ha dejado la práctica de la Promoción de la Salud en el país en el enfrentamiento de los principales problemas de salud pública, en el entorno de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que por falta de sistematización e identificación de los principales factores de éxito y fracaso, no han contribuido a la memoria histórica de la Promoción de la Salud en el escenario nacional y para el movimiento mundial de Promoción de la salud

A manera de conclusiones

La Promoción de la Salud ha tenido en la República de Nicaragua una historia de protagonismo en el desarrollo de la Salud Pública en el escenario nacional.

Ha contribuido, en el marco del compromiso firmado por el país con relación a la Salud para Todos y la estrategia de Atención Primaria en Salud, a la calidad de vida y al bienestar de los ciudadanos nicaragüenses, en el marco de las diferentes etapas por las que ha transitado la realidad política y socio-económica nacional – cada una con sus propias peculiaridades - desde 1979.

Mil novecientos setenta y nueve representa la ruptura histórica con la Salud Pública tradicional. Inicia un proceso de implementación de una nueva propuesta de Salud Pública en el país bajo el paradigma de la Atención Primaria en Salud como fundamento de la misión, organización y funcionamiento del sector salud, que dura – con sus vaivenes - hasta nuestros días.

La Promoción de la Salud, como parte del compromiso mencionado y de las necesidades del país para el desarrollo de la salud, ha formado parte de las Políticas Nacionales de Salud y de los Planes de Salud en los últimos 25 años, variando la magnitud e intensidad de su presencia, reconocimiento y legitimidad como enfoque estratégico indispensable para el fortalecimiento de la Salud Pública en la nación.

Nicaragua tiene la singularidad de haber sido un país pionero en la implementación de la Promoción de la Salud tomando como referencia la Declaración de Alma Ata, antes incluso que se diera la primera conferencia internacional de Promoción de la Salud en Ottawa en 1986.

Adelantada al Movimiento Mundial de Promoción de la Salud por las circunstancias especiales de su desarrollo histórico, Nicaragua comenzó a construir las raíces de la moderna Promoción de la Salud en el país a partir de la ruptura con la Salud Pública tradicional.

Esta ruptura permitió que emergiera en la realidad nacional una propuesta y práctica de Salud Pública y Promoción de la Salud, cuyas características principales, han formado parte del quehacer de la Salud Pública nacional por 25 años. A saber,

- la Salud Pública como un derecho ciudadano y un deber del Estado
- la Salud Pública como parte de un proyecto nacional de desarrollo y de la agenda política nacional,
- la Salud Pública como un área relevante de inversión social para superar la inequidad histórica en términos de acceso a servicios y ejercicio del derecho a la salud,
- la Salud Pública como eje de intersección de acciones intersectoriales,

- la Salud Pública como punto de convergencia de la participación ciudadana para el enfrentamiento de problemas específicos de Salud Pública.

Aunque en estos últimos 25 años también sucedieron diversos hitos en el Movimiento Mundial de Promoción de la Salud: Carta de Ottawa (1986), Conferencia Internacional de Adelaida (1988), Conferencia Internacional de Sudsvall (1991); estos no ejercieron influencia en el desarrollo de la Promoción de la Salud en Nicaragua, la cual, siguió formando parte de todas las Políticas y Planes a partir de la década de los 90s como parte del compromiso internacional de la Salud para Todos y la estrategia de Atención Primaria, situación compartida por los países de la Región de las Américas.

La Promoción de la Salud es incorporada a la agenda panamericana de Salud Pública a partir de la Conferencia Sanitaria Panamericana que se realiza en 1990, que incorpora la Promoción de la Salud como una de las Orientaciones Estratégicas para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas.

Otro hitos en el la incorporación de la Promoción de la Salud a la agenda panamericana de Salud Pública consolidan a la Promoción de la Salud como en enfoque legítimo para el accionar y liderazgo de los Ministerios de Salud en las Américas.: la Declaración de Santa Fe (1992), la Conferencia del Caribe Inglés (1993), la Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular (1992) y Ciudades y Municipios Saludables (1994);

Es el marco de la incorporación progresiva de la Promoción de la Salud a la agenda panamericana en Salud Pública es que se produce el reencuentro de la Promoción de la Salud en Nicaragua con el Movimiento Mundial de Promoción de la Salud en 1996, cuando en el país se produce, bajo el liderazgo del MINSA y en asociación con la Asociación de Municipios de Nicaragua (AMUNIC), el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM) y el Ministerio de Educación (MED), el lanzamiento de las iniciativas de Municipios Saludables y Escuelas Promotoras de la Salud.

Hitos importantes en el desarrollo nacional de la Promoción de la Salud en Nicaragua han sido algunos proyectos y temas que se convirtieron en una ventana de oportunidades para ejercitar la Promoción de la Salud y acumular para el país una rica y valiosa experiencia: PROSILAIS, PLAGSALUD, REHABILITACION, Red de Municipios Saludables del SILAIS de León, Managua Ciudad Saludable como parte de un proyecto mundial de la OMS, y temas tales como violencia intrafamiliar, salud de los pueblos indígenas, accidentes, seguridad alimentaria nutricional y atención primaria ambiental, entre otros.

Aunque la sociedad nicaragüense ha utilizado desde el sector salud las diferentes áreas de acción, estrategias y herramientas específicas de la promoción de la salud con el objetivo de intensificar el desarrollo de la Salud Pública en el país, todavía queda mucho por hacer.

Dos quehaceres interrelacionados se avizoran en el horizonte como de carácter estratégico para continuar ejercitando la promoción de la salud con una visión de corto, mediano y largo plazo.

El primero de ellos está relacionado con la solución del interrogante de cómo desde la promoción de la salud se puede contribuir al abordaje de los diferentes *retos* que actualmente han sido identificados en la Política Nacional de Salud 2004 – 2015, mismos que se constituyen en desafíos a largo plazo en términos del desarrollo nacional de la Salud Pública.

El segundo quehacer está relacionado con las *intervenciones* de promoción de la salud consignadas en el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015, que deben implementarse en conjunto con otras de naturaleza diversa en el corto plazo y que, globalmente, dirigen los esfuerzos intersectoriales hacia la contención y reducción de los problemas prioritarios de Salud Pública que forman parte de la deuda sanitaria y procuran materializar procesos la reorganización del sistema de salud con el fin de mejorar su desempeño ante los problemas generales del desarrollo socioeconómico de la sociedad nicaragüense.

De estos planteamientos surgen dos tareas urgentes:

- Utilizar la Promoción de la Salud como un enfoque eficaz en el abordaje de los retos del sector salud, y
- Poner en práctica (continuar, iniciar, relanzar) en el corto plazo las múltiples intervenciones de Promoción de la Salud consignadas en el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015

En resumen, con un punto de partida caracterizado por su condición de país pionero en Promoción de la Salud, con una presencia constante de la Promoción de la Salud como parte de sus Políticas Nacionales de Salud y Planes, hoy, Nicaragua tiene una nueva plataforma para proyectarse en el escenario internacional como un país líder en Promoción de la Salud y para seguir ejercitando la Promoción de la Salud a favor del desarrollo del sector salud y el bienestar de los nicaragüenses: el Plan Nacional de Salud 2004 – 2015.

Anexos

Anexos

Referencias bibliográficas

- ✓ PNUD. *El Desarrollo Humano en Nicaragua 2002. Las condiciones de la esperanza / Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.*-1ra Ed.- Managua: PNUD, 2002, p: 206
- ✓ *¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud.* Comps., Sofía del Bosque A., Julio Gonzalez M., Ma. Teresa del Bosque A de Maradiaga, México: CIES/OPS, 1998, 353 p.:ilus.; 23 cm.
- ✓ MINSA. *Diagnóstico de la Cooperación Externa 2003.* Nicaragua, Dirección general de Planificación, mimeo, 2003, p: 122
- ✓ Ministerio de Salud/Republica de Nicaragua. *Plan Maestro de Salud, 1991 – 1996, Resumen Ejecutivo.* Nicaragua, p: 103
- ✓ Ministerio de Salud/República de Nicaragua. *Política Nacional de Salud, 1993 - 1996.* Nicaragua, p: 61
- ✓ Ministerio de Salud/República de Nicaragua. *Política Nacional de Salud, 1997 – 2002.* Dirección General de Planificación y Sistemas de Información, Managua, 1997, p: 82
- ✓ Ministerio de Salud/República de Nicaragua . *Política Nacional de Salud 2004 – 2015.* Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, p: 64
- ✓ Nicaragua. Ministerio de Salud *Ley general de salud.* –Managua: MINSA / Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2003, p: 197
- ✓ Ministerio de Salud/República de Nicaragua. *Política Nacional de Salud 2004 – 2015.* Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, p: 64
- ✓ Ministerio de Salud/República de Nicaragua. *Plan Nacional de Salud 2004 – 2015.* Nicaragua, Ministerio de Salud, 2004, p: 177
- ✓ *Promoción de la salud: una antología.* Washington, D.C.: OPS, c 1996 xii, 404 p. – (Publicación Científica; 557)
- ✓ *Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde.* Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, p: 445
- ✓ Rathe.M., Lora.Dayana. *Nicaragua: Salud y Equidad: Análisis de profundidad del módulo de gasto en salud* ENDESA 2001. Nicaragua, USAID, 2003,p: 101.