

Los programas de salud en Nicaragua 1980-86*

Edgar Muñoz**

EL AUTOR PRESENTA UN ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES CONCERNIENTES A LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA UNICO DE SALUD EN NICARAGUA DURANTE EL PERÍODO 1980-86.

Naturaleza y orientación de los programas de salud

Para el período 1985-1989, el Ministerio de Salud considera adoptar y definir como programas prioritarios los enfocados a los grupos de prioridad y dirigidos a resolver aquellos daños de salud que constitulan un flajelo de la población. Ellos son: atención integral a la madre y al niño, salud bucal, salud mental, inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, control de tuberculosis, malaria y zoonosis, higiene del medio escolar y ocupacional, alimentación y nutrición y gestión administrativa en los distintos niveles (central, regional, unidades operativas en áreas y hospitales).

Pese a las dificultades y limitaciones enfrentadas, se puede señalar la obtención de logros ostensibles en la extensión de los servicios de salud a la población.

A través de las acciones preventivo-curativas de los programas, se han registrado las siguientes coberturas: mientras que en 1977 se brindaba 1.1 consulta médica por habitante, en 1984 se logró un indicador de 1.9 consultas/habitantes. Ver cuadros 1 y 2.

En el programa Materno Infantil se logran en 1984 los siguientes resultados: la atención prenatal fue del 93% en relación con el 23% en 1977; el parto institucional alcanzó el 44% en relación con el 30% de 1977; el control de puerperio fue de un 39% en relación con el 5% de 1977. Por otra parte, se brindó 1.8 controles a los niños menores de 5 años en relación con el 0.5 de 1977, se atendió al 38% de los niños con déficit

* Este documento fue elaborado con base en fuentes secundarias de información y no expresa la posición oficial del gobierno nicaragüense.

** Médico y Cirujano. Investigador del ICAP.

CUADRO 1
CONSULTAS MEDICAS: POBLACION CUBIERTA
POR REGION Y TIPO DE UNIDAD
AÑO 1985

Regiones	Total	Hospitales			Centros y puestos de salud
		Total	Externa	Emergencia	
La República	5.654.795	2.098.452	1.133.385	963.087	3.558.343
Región I	616.698	144.792	12.181	132.611	471.906
Región II	947.702	417.770	236.262	181.508	529.932
Región III	1.879.891	650.273	542.776	307.497	1.029.618
Región IV	789.423	387.768	174.413	163.355	431.655
Región V	383.738	81.247	27.817	53.430	302.491
Región VI	700.042	173.016	115.372	57.644	527.028
Zona Especial I	143.909	14.034	-	14.034	129.875
Zona Especial II	125.820	41.351	9.622	31.729	84.469
Zona especial III	67.572	16.201	14.922	1.279	51.371

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA).

CUADRO 2
CONSULTAS MEDICAS: POBLACION CUBIERTA
POR REGION Y GRUPO DE EDAD
AÑO 1985

Regiones	Total	Grupo de edades			Gestantes y puerperas
		0-4	5-14	15 y más*	
La República	5.654.795	1.378.119	788.664	3.309.059	200.953
Región I	616.698	175.205	102.191	319.891	18.411
Región II	947.702	235.099	130.661	544.559	37.183
Región III	1.879.891	380.139	196.608	1.238.512	84.632
Región IV	789.423	208.969	105.574	440.730	34.150
Región V	383.738	101.326	63.139	208.692	12.581
Región VI	700.042	185.750	117.631	372.224	24.437
Zona Especial I	143.909	38.822	20.673	80.890	3.134
Zona Especial II	125.820	34.745	19.204	69.333	3.538
Zona especial III	67.572	18.084	10.483	37.138	1.687

* Se excluyen las gestantes y puerperas.

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA).

nutricional en relación con el 5% atendidos en 1977.

En lo concerniente al Programa Nacional de Inmunizaciones, el impacto ha sido significativo. Desde 1982 no se informa ningún caso de poliomielitis y se registra una baja sensible en los casos de difteria, tosferina, sarampión y tétano. Estos resultados han sido alcanzados por la aplicación de 4,465 miles de dosis de vacunas, superando en casi un 700% a las aplicadas en 1977.

En control y erradicación de la malaria, las acciones se han incrementado fundamentalmente en el número de muestras hemáticas examinadas y la búsqueda de casos en la población a cubrir. Así, mientras que en 1977 se examinaron 218.1 miles de muestras, en 1984 se examinaron a 451.9 miles de muestras. En rociados intradomiciliares, en algunas zonas azotadas por la agresión armada, no se ha podido penetrar.

Las acciones dirigidas al mejoramiento del ambiente han ampliado sus objetivos, realizando inspecciones a centros de trabajo, escuelas y otros, y controlando, además, la higiene de los alimentos y de la comunidad.

En la atención brindada en los hospitales ha habido logros reflejados en una disminución de la mortalidad hospitalaria y en el aumento de egresos (de 5.0 por 100 habitantes en 1977 a 6.3 en 1984) lo que denota una mejor utilización del recurso cama, ya que desde 1981 se mantiene el mismo indicador de 1.6 camas por 1.000 habitantes.

El gasto para 1984 como porcentaje del presupuesto nacional dedicado a salud es de aproximadamente un 14%,

en relación con el 8% para salud y seguridad social en el año 1977. Ver cuadro 3.

Obviamente, estos logros han tenido impacto en el estado de salud de la población en relación con 1977 lo que se refleja en el aumento de la expectativa de vida al nacer de 55.2 años a 59.8 años en 1984, disminución de la tasa de mortalidad general de 11.9 por 1.000 habitantes a 9.7 en 1984, disminución de la tasa de mortalidad infantil de 121 por 1.000 nacidos vivos a 71.5 en 1984, y en un cambio del perfil higiénico epidemiológico de las enfermedades inmuno-prevenibles y una disminución de la mortalidad general e infantil hospitalaria. Ver cuadro 4.

Limitaciones en el desarrollo de los Programas del Ministerio de Salud

El conjunto de logros alcanzados por el gobierno revolucionario en el campo de la salud, en comparación al desarrollo del sector durante el régimen somocista, ha sido posible con grandes esfuerzos, toda vez que un conjunto de limitaciones, algunas externas y otras internas, del sector han estado permanentemente presentes durante estos años.

Entre las limitaciones de origen externo, dos de ellas resaltan por su impacto: la crisis económica internacional con sus consecuencias directas sobre la economía, dado el carácter estructuralmente dependiente de ésta, y la agresión política-diplomática, económica y militar lanzada por la administración norteamericana contra el gobierno y pueblo de Nicaragua.

CUADRO 3
GASTO DEL ESTADO EN SALUD
(1980-1985)

Año	Según presupuesto Total del Estado %	Como porcentaje (%) del P.I.B.
1980	13.0	3.2
1981	13.6	5.1
1982	11.0	6.2
1983	10.7	4.87
1984	14.0	4.74
1985	14.0	4.65
1986	-	-

Fuente: 1. Ministerio de Salud (MINSA)
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)..

CUADRO 4
INDICADORES GENERALES DE SALUD

	1981	1982	1983	1984	1985
Tasa de mortalidad general x 1.000	11.0	10.9	9.7	9.7	12.2
Tasa de mortalidad materna x 1.000	0.6	0.5	0.3	-	-
Tasa de mortalidad infantil x 1.000	82.5	-	75.2	76.4	75.2
Tasa de mortalidad 1-4 años x 1.000	8.2	3.6	3.5	-	-
Tasa bruta de natalidad x 1.000	45.2	44.9	45.2	43.6	44.5
Tasa de crecimiento x 1.000	34.2	34.0	35.5	34.1	32.4
Esperanza de vida al nacer expresada en años	59.3	-	58.8	59.6	59.8
Total de nacidos vivos: números totales	129.309	132.760	138.363	136.722	145.643

Fuente: 1. Ministerio de Salud (MINSA)
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

La agresión externa y la difícil situación económica afecta los gastos (corrientes y de inversión) del sector, al reducir la disponibilidad de recursos externos e internos del país. La crisis de divisas que afecta la economía está llevando al deterioro y paralización de equipos e instalaciones básicas, ya que no se dispone de fondos externos para su reposición, y se ha reducido de forma importante la capacidad de adquisición de medicamentos e instrumental.

La agresión militar ha tocado directamente la producción de servicios. Además de segar vidas humanas -incluidos recursos humanos del sector-, ha llevado al cierre completo y definitivo de unidades de salud; ha desviado recursos humanos del SNUS movilizados en brigadas técnicas directamente a los frentes de lucha, y en fin, ha hecho que recursos de todo tipo -sin la amenaza de la agresión- pudieran haber sido destinados al desarrollo del sector. Todo ello, por cierto, conlleva -aún a corto plazo- a un deterioro de las condiciones de salud, particularmente en las regiones afectadas por la guerra.

Entre las limitaciones de origen interno aparecen como más significativas, las siguientes:

En el área de los recursos humanos, y a pesar de los esfuerzos desplegados en aras de la capacitación y formación de nuevos recursos, éstos son aún insuficientes, tanto cualitativos como cuantitativamente, para dar respuestas oportunas y de calidad a la creciente demanda de servicios de la población.

De igual forma, aún cuando se ha dado un desarrollo considerable del sistema de información, así como del proceso técnico normativo, estos son aún insuficientes en función de un adecua-

do y oportuno apoyo para la dirección, la planificación y evaluación de los planes y programas del sector.

Finalmente, no menos importancia tiene como factor limitante, la inadecuación del nivel secundario de atención hospitalaria. Este, como producto de la fuerte extensión de cobertura alcanzada, se ha visto recargado en la demanda de servicios, la que ha debido ser satisfecha con una infraestructura inadecuada y un déficit de equipamiento crítico, y en muchas ocasiones aún obsoleto.

A pesar de las limitaciones derivadas de la situación económica y de la agresión constante que se ha tenido que enfrentar en estos ocho años, el sistema de salud ha crecido y se ha desarrollado.

El inicio de una nueva concepción de salud empezó dando atención inmediata a la situación generada por la guerra de liberación, atendiendo a los heridos, organizando campañas de vacunación y de higiene y limpieza de las ciudades, poniendo en funcionamiento las unidades de salud y reconstruyendo aquellas destruidas por la guerra, al tiempo que se creaban las bases estructurales del nuevo sistema. Asimismo se implantó el sistema de servicios regionalizados, y se establecieron distintos niveles de gestión administrativa (central, regional, de unidades operativas en áreas y hospitales) en los cuales existe una autoridad única que es la responsable del cumplimiento de los planes y programas de salud establecidos.

Como producto de la regionalización se definieron 6 regiones, 3 zonas especiales y 97 áreas de salud. Mediante esta estructura ocurre un proceso de centralización-descentralización que

permite la desconcentración de recursos, la delegación de autoridad y el establecimiento de niveles de decisión en toda la red.

Posteriormente se orientaron los esfuerzos a consolidar y profundizar los programas y afianzar organizativamente el nivel de área de salud. Como estrategia fundamental se dieron los primeros pasos para dirigir mejor el desarrollo del sector, formulando los planes nacionales de salud.

Aspectos organizacionales

El sistema de dirección del SNUS

El proceso de institucionalización del SNUS en sus diferentes períodos ha mostrado diferentes experiencias y momentos en la estructuración del sistema de dirección, siendo aún importantes sus niveles de desarticulación y limitada calidad y oportunidad del proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles, fundamentalmente derivados de:

- Pese a los alcances actuales del proceso de reestructuración, y dado que aún no abarcan los niveles regionales y operativos, persiste una gran diversidad y heterogeneidad en el desarrollo de las estructuras de los diferentes niveles del sistema, sin que por otro lado, se hayan definido claramente las funciones y ámbitos de autoridad de cada uno de los niveles de dirección de éstos.
- Marcada escasez y alta rotación del personal calificado, sobre todo en los niveles regionales y operativos, lo que

dificulta la consolidación orgánica y la acumulación de experiencia en ellas, sin que se cuente con una clara política de formación, ubicación, promoción y estímulos de los cuadros de dirección muchos de los cuales no poseen la formación técnico-administrativa adecuada.

- Los avances alcanzados en los años anteriores y fundamentalmente en la formulación y ejecución del plan 86, (ver cuadro 5) aún no logran revertir plenamente la incipiente institucionalización y limitaciones técnico-metodológicas de los procesos de planificación, control y evaluación. Por esto, aún no representan el medio que asegure la coherencia entre las diferentes categorías y subsistemas (servicios-recursos) y entre los diferentes niveles de gestión (central, regional y operativo), en los cuales no se asume la práctica y referencia permanente para la toma de decisiones.
- Escaso desarrollo de sistemas de información, cuyo diseño inicial no ha tenido modificaciones, limitándose al registro y al limitado procesamiento de datos sobre las acciones de los programas, sin dar cuenta de sus resultados o de los recursos utilizados en ellas y sin que se haya podido garantizar plenamente su adecuada calidad y oportunidad para la toma de decisiones. Subsistemas fundamentales como el de estadísticas vitales, contabilidad, y recursos humanos los cuales tienen desarrollo muy incipiente.

La participación popular

En el último período, se advierte el surgimiento de nuevas y más consolda-

CUADRO 5
CUMPLIMIENTO DE METAS 1986

Actividad	Programado	Ejecutado	% cumplimiento
Cons. médicas totales	8.877.900	5.909.669	85.9
Const. médicas secund.	2.330.700	2.014.393	86.4
Cons. méd. A/S	4.547.200	4.083.014	89.8
Egresos totales	227.335	208.165	91.6
Const. hosp. agudos	225.268	205.948	91.4
Const. hosp. crónicos	2.397	2.219	92.6
Cirugías totales	59.339	59.806	101.0
Exámenes de lab. total	3.812.600	3.789.675	99.4
Exám. de lab. en áreas	1.646.300	1.505.031	91.4
Exám. de lab. hosp.	2.053.500	2.389.544	116.6
Estudios radiológ.	224.360	331.728	147.9
Cont. a eutróficos	500.800	483.395	96.5
Cont. a b/p al nacer	16.800	16.767	98.5
Cont. a desnutrido	582.800	461.433	79.2
Controles URO	253.300	255.209	88.9
Controles PN	348.700	343.995	98.4
Controles a puérperas	68.900	51.103	86.8
Controles de fertilidad	204.200	236.345	115.7
Controles Ca Cu	137.700	261.217	189.7
Parto institucional	74.203	59.569	80.3
Consultas de S. Bucal	1.400.200	510.747	36.5
B.C.G. (1 año)	129.971	101.500	78.0
Polio	690.676	518.327	75.0
Sarampión	230.641	220.664	95.7
D.P.T.	245.291	163.207	66.5
D.T.	87.927	70.827	80.0
T.T.	427.056	229.670	53.7
T.T. Embarazada	81.869	335.400	43.0
Eliminación canina	123.869	67.709	56.6
Vacun. canina	342.756	186.081	48.0
Det. S.R. 14	26.127	37.416	143.2
Nuevos Ingresos TB.	3.385	2.665	79.3

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA).

das formas de expresión y movilización popular alrededor de la identificación y solución de sus propios problemas. Estas formas adoptan particularidades según sean las condiciones sociales y culturales de cada lugar (consejos comarcales, comités de colonia, etc.), mientras, de manera más o menos uniforme funcionan las comisiones sociales de las delegaciones de gobierno, que se vienen constituyendo en espacios más efectivos para la coordinación, la definición de planes únicos y para asegurar la convergencia y potencialización de las acciones multisectoriales tendientes a mejorar los niveles de vida de la población.

Sin lugar a dudas el proceso de consolidación de las organizaciones populares y de la gestión estatal, plantean una nueva etapa en las formas y mecanismos participativos, que superan ampliamente las formas exclusivistas y formales adoptadas en salud, de tal forma, que se posibilita trascender el restringido marco de acciones conyunturales en torno a las JPS.

Frente a esto, SNUS deberá adaptarse para ser un apoyo eficaz para las organizaciones de masas y contribuir a potenciar la capacidad popular de identificar y resolver sus propios problemas de salud, así como de incorporarse activamente en la gestión de los servicios. Por lo tanto, deberá superar la verticalidad y el paternalismo que aún se evidencia en la relación servicios-población.

La gestión de los trabajadores

A partir de la conformación del Sindicato Unico de los Trabajadores de la

Salud (FETSALU), se han venido definiendo y consolidando paulatinamente las formas organizativas y de participación en la gestión administrativa en los diferentes niveles. Se destacan, entre éstas, la participación en los consejos técnicos, la participación en la elaboración de los programas de cada unidad del sector y las asambleas de evaluación de la gestión administrativa de cada nivel de la institución.

A manera de síntesis, podríamos afirmar que la situación actual del SNUS, representa un momento en el proceso de transformación global ya iniciado en la perspectiva de su progresivo ajuste a los requerimientos y exigencias de la actual etapa del proceso revolucionario, y donde la formulación y ejecución del plan 87 debe representar un mayor y mejor esfuerzo para avanzar en dicho sentido.

Organización de los servicios

Áreas de salud

Estas se concibieron en 1980 como "comunidades de veinte a treinta mil habitantes con límites geográficos definidos, atendidos básicamente por el centro de salud", el cual funciona como su sede administrativa y debía estar dotado de médicos y otros técnicos para brindar atención polivalente. Se concibió su división en sectores de unos tres mil habitantes atendidos por puestos de salud dotados de auxiliares de enfermería y brigadistas supervisados por el centro. El desarrollo de este modelo no tomó en cuenta la influencia que en el mismo tendría la materialización progresiva de otras políticas del sector, co-

mo la formación de recursos humanos, la capacidad constructiva y el financiamiento del sector entre otras; que han determinado que a la fecha se tenga una gran diversidad y heterogenidad en su desarrollo en todas las regiones.

La implantación de este modelo logra resolver los problemas urgentes de accesibilidad de los servicios a la población campesina, fundamentalmente a través de la construcción de unidades y asignación de recursos humanos siendo, en este proceso, las más favorecidas las Regiones VI, I y II, y las Zonas Especiales. En este aspecto ha jugado un papel importante el impulso de la estrategia de Jornadas Populares de Salud, que llevó acciones de prevención de enfermedades a todo el país.

La extensión de cobertura se ha visto limitada por el incremento de la agresión militar que destruye y daña unidades, provoca el cierre de algunas de ellas y limita la movilidad de la población y trabajadores de la salud ante el peligro de minas y emboscadas. El desarrollo e institucionalización del proceso revolucionario, y en particular la consolidación de las instancias territoriales de gobierno ha representado un factor de vital importancia para fortalecer este nivel, sin embargo se presentan algunos problemas en cuanto a que la compatibilización entre la demarcación territorial político-administrativa y la establecida por el sector salud lógicamente dificulta la coordinación intersectorial y los mecanismos de la participación popular. Esto obliga a impulsar un análisis de la red de servicios y de la delimitación territorial de las áreas de salud para examinar si es factible el hacer coincidir la delimitación de éstas con las zonas de gobierno.

Para 1982 se orienta y diseña la división en sectores de las áreas, y se orienta el trabajo de campo en la comunidad para el personal de salud como una estrategia para satisfacer la demanda de servicio en el área y optimar los recursos. Esta estrategia pudo desarrollarse en algunas regiones pero no logró plenamente su propósito, ya que creó mayores necesidades de recursos humanos al concebirse que debía disponerse de un personal de enfermería para cada sector del área, ya que no se tomaron en cuenta criterios como la prioridad en cuanto a la atención a los sectores con base en las necesidades de éstas y a la disponibilidad de los recursos humanos del área.

La organización del trabajo interno de las unidades, al no establecerse normativas concretas al respecto, se ha desarrollado de manera espontánea, iniciándose una fuerte tendencia a especializar a personal con formación general en actividades específicas, lo que llevó gradualmente a asignar personal exclusivo para desarrollar una o muy pocas acciones, atentando esto contra la integridad de las acciones. La perspectiva que debemos tener es recuperar la formación general de nuestros recursos y de esta manera reducir sensiblemente hasta anular la subutilización de nuestro personal.

La alta rotación de personal por el área y las dificultades encontradas en el desarrollo de una efectiva educación continua así como la deficiente supervisión regional y central a las unidades, han influido mucho en que nuestros trabajadores tengan un bajo nivel científico-técnico realizándose algunas actividades de manera mecánica y con poca calidad.

Los programas de salud no se organizaron basándose en los niveles de resolución, y su formulación fue incompleta, sino que, dado el nivel de desarrollo que se tenía al inicio del triunfo revolucionario, se formularon criterios y patrones internacionales sin tomar en cuenta las particularidades de la realidad nacional. En vista de esto, se impuso a las áreas de salud, el cumplimiento de un sinnúmero de actividades consideradas todas prioritarias por cada programa y basadas, casi exclusivamente, en el quehacer del personal de enfermería.

En este contexto, el establecimiento de prioridades a nivel de las unidades, se dificultó aún más debido a que en el nivel normativo existía poca comunicación entre sus estructuras y competitividad entre las mismas lo que se traducía en un verticalismo marcado, originándose una existencia inflexible al área de salud del cumplimiento de la totalidad de lo establecido por cada programa sin tener en cuenta si esto respondía o no a las necesidades particulares y a la capacidad técnico-organizativa de cada área.

Los centros y puestos de salud tampoco se organizaron por niveles de resolución lo que contribuyó que llegaran a un desarrollo anárquico en cuanto a su complejidad.

Como una alternativa de solución a los problemas del cumplimiento de las actividades de los programas, se diseñó y aprobó un instrumento básico para las áreas de salud (libro rojo y negro) como parte de un plan de atención integral en áreas de salud (PIAAS) que integrara y adecuara los programas a la realidad y se transformara en un instrumento de administración de las áreas.

Esto con el fin de permitir un mejor cumplimiento de los programas. Este instrumento, al ser generalizado a todo el país, no llegó a rendir los resultados esperados debido a que, como concepción organizativa, no sufre adecuaciones ante las realidades propias de cada área y región, y a la falta de seguimiento, control y evaluación periódica.

En el último período se ha impulsado un proceso de análisis de los problemas de salud de cada área y región y con base en los resultados de éste se orientan las acciones necesarias para transformar la realidad conocida. Este proceso de análisis deberá ser fortalecido progresivamente durante los próximos años como elemento fundamental de la administración de los servicios de salud en todo el sistema, ampliándolo rápidamente a las masas organizadas y las instituciones del Estado involucradas en la salud del pueblo.

Hospitales

La concepción inicial del modelo de salud contempla un nivel regional de atención constituido por los hospitales generales y un nivel nacional de atención con hospitales de especialidades.

Para los hospitales, se formuló el reglamento general de hospitales, documento básico para su organización, el cual desde su implantación tuvo problemas al ser bajado a las unidades como un documento de prueba, perdiéndose con esto todo interés de implantarlo por parte de las unidades. Además de esto, el seguimiento a su implantación fue casi nulo, lo que provocó que las unidades hospitalarias se organizaran a libre

criterio tendiendo en la actualidad a adoptar gran diversidad de estructuras organizativas. Por otra parte, la organización propuesta por el reglamento era, en algunos aspectos, muy compleja para nuestro grado de desarrollo, situación que aunada a las anteriores facilitó su no implantación. Actualmente, dicho reglamento, en vez de ser utilizado como instrumento organizativo, se ha tenido como instrumento disciplinario.

De esta forma, la división interna por servicios es heterogénea siendo a veces por especialidad, otras por subespecialidades y en el caso de los niños puede ser por edad o por patología o por ambos criterios.

El hecho de no contar con una tipificación clara de las unidades y no tener determinada la capacidad de resolución de cada una de ellas facilitó la ubicación de especialistas en ellas sin contar con los apoyos mínimos necesarios para el desarrollo de la especialidad. Esta situación, combinada con las dificultades para asegurar la estabilidad de este personal en las regiones centrales y del Atlántico, han determinado que sus hospitales tengan un bajo nivel de resolución y se subutilice su infraestructura; mientras persiste una excesiva concentración de recursos en los hospitales del Pacífico y fundamentalmente en Managua.

Por otra parte se ha desarrollado una tendencia hacia la especialización de estas unidades que si bien es cierto ya existía en Managua antes del triunfo, luego se generaliza al especializar el Hospital Lenín Fonseca, el Pedro Altamirano y Trinidad Guevara, e intentos de especialización en Masaya. Esto trajo como consecuencia una disminución en la accesibilidad de los servicios y un

mayor rechazo de la demanda al no atender en las emergencias hospitalarias a los pacientes que presentan patologías que no se atienden en las camas de ese hospital, llegándose al extremo de referir pacientes críticos a otro hospital sin garantizar las medidas necesarias de traslado para evitar o disminuir muertes y secuelas.

Es lógico afirmar que a la luz de toda esta problemática, la productividad de nuestros recursos es baja. Esta situación está basada fundamentalmente en nuestros problemas organizativos y no en la disponibilidad de recursos como se había venido justificando. A nivel hospitalario, una de las formas de expresión de la calidad es la mortalidad hospitalaria que venía disminuyendo pasando de un 3.2 en 1980 a un 2.6 en 1983. Esta disminución fue favorecida por el análisis de la calidad de la atención en el seno de los comités científicos mientras estos funcionaron. Asociamos el incremento del indicador hasta 2.9 en 1985 al poco énfasis dado a la calidad de la atención en ese período.

Sabemos además, que los mecanismos de atención y seguimiento al paciente hospitalizado son heterogéneos y no están sujetos a normas; tal es el caso del pase de visita y la guardia médica que se hacen a criterio de cada nivel. El incremento en la mortalidad hospitalaria debemos verlo como un indicador importante para medir la calidad de la atención en todo el Sistema. En la actualidad, para 1986 se ha reducido las tasas de mortalidad influida por el análisis de morbi-mortalidad hospitalaria realizada antes del plan 86 y a la aplicación de la metodología de análisis de mortalidad hospitalaria. Es importante

resaltar la experiencia obtenida en algunas regiones, en donde este análisis se realiza en conjunto con los directores de las áreas de salud, lo que ha consolidado los mecanismos de atención y referencias de pacientes.

Otro factor que influye es la poca existencia de normas científico-técnica del diagnóstico y tratamiento de las patologías, lo cual facilita la evasión de responsabilidades ante el "criterio" de cada quien o de las "corrientes" de cada escuela.

Ante esta situación durante 1986 se ha iniciado un proceso de elaboración de normas de las principales emergencias médicas quirúrgicas y pediátricas, atención a enfermedades inmunoprevenibles y transmisibles en niños, enfermedades de transmisión sexual entre otras. Además se inicia la implementación de normas de los procesos de seguimiento al paciente y el análisis de la calidad de la atención a través de la auditoría médica y el análisis de mortalidad hospitalaria.

Articulación de los servicios

En el inicio, se concibió el diseño de la red con hospitales nacionales de especialidades, hospitales generales fortalecidos y en primer nivel de atención con amplia cobertura; debiendo estar todos en interacción para resolver los problemas de la población. Este planteamiento no se materializó al no establecerse para cada unidad los niveles de resolución que debía tener, ni las normas y procedimientos específicos que los articularían, por lo que las unidades se desarrollaron de manera desordenada.

Pronto las políticas que daban énfasis a las acciones preventivas en el marco de la atención a los hospitales, dio inicio a la desarticulación de la red de servicios.

La estrategia de atención primaria que plantea la solución de los problemas de salud con tecnologías sencillas y la coordinación multisectorial, es confundida con el área de salud y se establece a su aplicación en estas unidades programáticas exclusivamente, ya que los hospitales fueron concebidos como unidades complejas sin territorio definido. Basándose en esta concepción y con los logros alcanzados en las áreas de salud, se consideraron a éstas como solución de los problemas de salud del pueblo favoreciéndose el descuido a los hospitales.

La desarticulación también es favorecida al hacer depender a los hospitales directamente de la Dirección Regional de Salud e interrelacionarlos con las áreas sólo a este nivel.

Esto permitió que los hospitales no conocieran ni buscaran conocer de manera objetiva la problemática de salud de la población que debían atender. También dificultó la articulación de los servicios, el hecho de que, salvo algunas acciones materno-infantiles, los programas no plantean acciones para enfrentar los daños y riesgos de mayor complejidad y que se deben atender en los hospitales, ya que el modelo contemplaba gran parte la atención, de forma casi exclusiva, a través de auxiliares de enfermería y brigadistas. El hecho de tener mayor disponibilidad de médicos no modifica el tipo de atención prevista, subutilizando este recurso. Así explicamos los múltiples intentos falli-

dos por diseñar un sistema de referencias y contrarreferencia efectivos.

Existe además, subutilización del personal de enfermería, ya que organiza su trabajo pasivamente alrededor de la demanda, lo que aunado a la compartimentalización en actividades antes señaladas, nos produce baja productividad de este personal para resolver problemas de salud, ya que el trabajo de campo no fue impulsado de manera integral para resolver problemas de salud, sino más bien como una experiencia diagnóstica y de control a trabajo del brigadista.

Producto de los problemas en la articulación de la red y el diseño de los programas, la cobertura de nuestras acciones a los diferentes grupos de riesgo ha sido irregular ya que utilizan diversas estrategias en su desarrollo. Así tenemos, por ejemplo, que la cobertura de inmunizados contra la polio en menores de un año va de 69.6% en 1982 a 88% en 1985. La de sarampión, en menos de un año, va de 15% en 1980 a 36.6% en 1985.

Algunos incrementos en las coberturas en áreas de salud muchas veces se realizan de manera coaccionada, es decir que en algunas acciones que se brindan, la población demanda el servicio debido a ciertas necesidades de obtención de bienes (Ej. van al prenatal para poder comprar biberones y pañales con la tarjeta; llevan al niño CCD para poder obtener leche con la tarjeta).

Esto demuestra que no han sido efectivas las acciones de Educación Popular que se han venido impulsando ni el diseño de los programas y estrate-

gias. También podría decirse que no tomamos en cuenta la opinión de la población ni como ésta asume el problema de salud-enfermedad.

Si bien es cierto que hemos incrementado cobertura, ésta no es la deseada según el sistema de estadísticas vitales donde se estima que sólo el 54% de las muertes certificadas reportan atención médica previa ya sea por el sector estatal o por el privado.

Es difícil conocer la cobertura real del sistema ya que desconocemos el peso que tiene el sector privado (ver cuadro 6 y 7) al cual, hasta el momento, no hemos regulado ni controlado, motivo por el cual funciona de acuerdo a sus intereses sin contribuir a resolver problemas centrales de la salud pública de nuestro país.

El sistema de emergencias no se encuentra aún estructurado en los diferentes sistemas territoriales, los cuales no cuentan con el diseño del flujo de pacientes desde el territorio de ocurrencia del proceso que pone en peligro la vida o funciones importantes de la persona, hasta su resolución definitiva. Este proceso se hace con base en el conocimiento y decisión, acertada o no, de cada persona que puede intervenir en su atención (ya sea personal de la salud, brigadistas, socorristas de cruz roja o particulares). Este aspecto reviste mayor importancia, si consideramos la situación de agresión que vive el país.

Durante el traslado de pacientes de una unidad a otra, se observan irregularidades en cuanto a su atención permanente por personal calificado y también en cuanto a la calificación del mismo cuando se brinda esta atención.

CUADRO 6
POBLACION PROTEGIDA POR EL INSTITUTO NICARAGUENSE
DE SEGURIDAD SOCIAL Y BIENESTAR
POR REGION Y TIPOS DE REGIMEN
AÑO 1985

Regiones	Total	IVM-RP con aporte solidario	IVM-PP	Régimen facultativo	Pensiones
La República	355.372	184.227	121.508	287	49.372 *
Región I	13.251	483	9.659	-	3.109
Región II	65.489	34.313	24.449	-	6.707
Región III	202.819	141.315	43.281	287	17.976
Región IV	30.914	1.238	24.897	-	4.781
Región V	7.768	615	5.421	-	1.732
Región VI	10.752	1.681	9.201	-	2.870
Zona Especial I	10.015	2.998	4.524	-	2.493
Zona Especial II	3.857	1.530	1.963	-	664
Zona Especial III	1.727	58	1.431	-	240

* Se incluyen 8800 pensiones del Ejército Popular Sandinista, que no tienen distribución regional.
Fuente: Ministerio de Salud (MINSAs).

CUADRO 7
POBLACION PROTEGIDA PRO EL INSTITUTO NICARAGUENSE
DE SEGURIDAD SOCIAL Y BIENESTAR POR REGION Y TIPOS DE CENTRO
AÑO 1985

Centros	La República									
	Región I	Región II	Región III	Región IV	Región V	Región VI	Zona Especial I	Zona Especial II	Zona Especial III	Zona
Total	22,508	7,167	1,820	3,211	662	1,474	2,216	2,765	141	2,602
Centros de Desarrollo Infantil	3,178	501	455	1,515	336	-	174	97	101	1
Serv. Infantiles Rurales	2,254	331	397	-	78	116	1,024	100	-	207
Comedores Infant. Urbanos	1,693	460	160	-	-	596	168	569	-	-
Comedores Infant. Rurales	12,304	5,464	817	-	196	748	671	2,013	-	2,595
Centros de Reeducación	474	-	-	462	-	-	12	-	-	-
Centros de Rehabilitación Ocupacional Páico-Social	388	-	44	306	24	14	-	-	-	-
Hogares de Ancianos	194	21	-	55	33	69	16	-	-	-
Centros Preventivos	1,732	390	147	673	214	-	66	-	40	-

Fuente: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI).

Además, no existe práctica de atención para revisar el grado de estabilidad del paciente en las unidades de salud por las que pasa antes de llegar a la unidad de destino.

La red de ambulancias del MINSA no satisface todas las necesidades de transporte de pacientes ya que, a pesar de haber frecuentes adquisiciones de nuevas unidades, es alto el índice de accidentes de las unidades, lo que sumado a nuestra pobre capacidad en cuanto a mantenimiento automotriz, reduce sensiblemente su disponibilidad. A pesar de que otras instituciones poseen ambulancia (Cruz Roja y Fuerzas Armadas), las coordinaciones con ellas para optimizar este recurso son débiles y realizadas fundamentalmente a nivel local dándose como resultado que ninguna institución por sí sola puede dar respuesta a la problemática del transporte de pacientes.

A pesar de haberse orientado metodológicamente la formulación de planes de emergencia, tanto a nivel de unidades como a nivel regional ante situaciones de emergencia o ante catástrofes, en el año 1982, dichos planes no han sido evaluados en cuanto a su funcionalidad y al momento no podemos afirmar nuestra capacidad de respuesta organizada ante situaciones de desastre.

Dado el hecho de no estar definida ni conocida la capacidad de resolución de cada unidad, se hacen referencias inadecuadas, lo que incrementa el tiempo de atención del paciente crítico.

Los servicios de emergencia de las unidades de salud, además de atender gran número de pacientes con patologías que no son emergencias, presen-

tan flujos no adecuados de pacientes que están en tratamiento lo que en algún grado obstaculiza una ágil atención. Además, la capacitación del recurso humano que atiende no es la adecuada, y existe diversidad de perfiles ejecutando una actividad como la clasificación de pacientes lo que debe ser realizado por médicos, enfermeras, auxiliares. En muchos casos, estos servicios no están suficientemente dotados de instrumental y equipos.

A nivel general, vemos que no existen normas tanto organizativas del sistema ni de los servicios de emergencia de cada unidad, así como tampoco las normas científico-técnicas de atención al paciente crítico.

Durante 1986 se han iniciado acciones tendientes a la corrección de esta problemática a través de:

- La discusión colectiva (áreas-hospitales) de la mortalidad hospitalaria para identificar deficiencias y superarlas.
- Se ha iniciado la determinación de las capacidades de resolución de las unidades para dirigir el desarrollo de éstas en consecuencia con el conjunto de la red, y así ir estableciendo los sistemas locales y regionales de atención que se articulan en el sistema nacional.
- Se han precisado y orientado criterios para establecer prioridades en el trabajo y de las acciones en las unidades y en los pequeños territorios (comunidades).
- En general, se ha iniciado el estudio y la formulación de normas de las unidades de salud de manera integral ◊

CUADRO 8
NICARAGUA: RECURSOS HUMANOS QUE PRESTAN SERVICIOS
EN EL SISTEMA NACIONAL UNICO DE SALUD POR AÑO

Profesión	1982	1983	1984	1985
Médicos total en general	1.851	2.081	2.172	
Médicos especialistas	498	493	629	
Odontólogos	191	229	222	
Enfermeras	795	1.182	1.271	
Auxiliares de enfermería	3.985	4.226	4.378	
Técnicos medios	418	518	801	
Auxiliares en salud	992*	1506*	1.505*	

* Cifras revisadas

Nota: La información correspondiente a 1985 no fue suministrada por la fuente.
Fuente: República de Nicaragua: Ministerio de Salud (MINSA).

CUADRO 9
NICARAGUA: UNIDADES DE SALUD Y CAMAS DE HOSPITALIZACION
DEL SISTEMA NACIONAL UNICO DE SALUD POR AÑO

Tipo de unidad	1983	1984	1985
Hospitales	31	31	30
Centro de salud con cama	17	18	22
Centro de salud sin cama	87	86*	83*
Puestos de salud	397	383	387
Camas de hospitalización	4.897	5.045	5.083

* Incluye 3 policlínicas.

Fuente: República de Nicaragua: Ministerio de Salud (MINSA).

CUADRO 10
NICARAGUA: UNIDADES DE SALUD POR REGION Y TIPO
(AÑO 1985)

Regiones	Total	Hospitales		Centro de Salud		Puestos de salud
		Hospit. agudos	Hospit. crónicos	Centro de Salud con camas	Centro de Salud sin camas	
La República	502	28	4	22	83	367
Región I	60	4	-	3	7	48
Región II	82	4	1	5	13	69
Región III	83	5	3	1	19*	55
Región IV	88	5	-	3	15	65
Región V	87	2	-	4	5	58
Región VI	57	3	-	3	10**	41
Zona Especial I	24	1	-	3	3	17
Zona Especial II	15	1	-	-	7	7
Zona Especial III	18	1	-	-	4	11

* Incluye 2 policlínicas (Oriental y Central de Atención Secundaria).

** Incluye 1 Policlínica (Matute).

Fuente: República de Nicaragua: Ministerio de Salud (MINSa).