

consejo directivo



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXVI Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXXI Reunión



Washington, D.C.
Septiembre-October 1979

INDEXED

Tema 38 del programa

CD26/32 (Esp.)
24 septiembre 1979
ORIGINAL: ESPAÑOL

ATENCION DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL PROGRAMA DE GOBIERNO DE RECONSTRUCCION NACIONAL DE NICARAGUA

(Tema propuesto por el Gobierno de Nicaragua)

"No ambiciono nada para mí y sólo deseo ver a Nicaragua libre y soberana, sin intervenciones extrañas en nuestros asuntos internos".

Augusto C. Sandino - Pensamientos 1979

La Revolución Sandinista se configura concretamente en los espacios económicos-sociales y políticos de nuestra realidad. Las directrices generales del proceso sirven de eje conductor de las actividades de los diferentes elementos constitutivos del Estado Nicaragüense, cuya fisonomía corresponde cada vez más a la de los intereses de la mayoría poblacional de nuestro país, las masas marginadas, los explotados.

La idea central del presente trabajo es brindar los elementos necesarios para que se pueda aprehender en toda su dimensión el movimiento transformador que vive la sociedad nicaragüense, utilizando como puerta de entrada el sector salud.

Caracterización del perfil epidemiológico nicaragüense

Al momento del triunfo de la Revolución Sandinista, el cuadro del problema salud/enfermedad es semejante al de cualquier país en el que predominan los intereses de una minoría privilegiada sobre los intereses de una mayoría marginada. Es decir, de esas sociedades constituidas por dos grandes polos, una minoría que concentra en sus manos la riqueza, privilegios y, por ende, mejores condiciones de vida, incluyendo la salud; y una mayoría desposeída de todo, viviendo en condiciones paupérrimas y sufriendo, por lo tanto, todo el impacto de las condiciones de una vida adversa y con la carga del trabajo productivo.

Así encontramos que el perfil patológico nicaragüense está signado por la presencia de los siguientes elementos fundamentales:

El conocimiento y valoración del perfil epidemiológico es solo aproximado, porque los datos estadísticos disponibles no reflejan la realidad. En esto hay que reconocer dos aspectos:

a) Existe un subregistro enorme de hechos vitales resultado de un sistema de información inoperante, por no decir inexistente, y de una cobertura escasa de los servicios de atención médica. A ello debemos agregar el interés del Gobierno Somocista de ocultar la verdadera situación que se constituía en una acusación, en un señalamiento de la injusticia del Régimen. Es decir, el manejo político de las estadísticas para ocultar la realidad.

b) Los datos que reflejan el daño a la salud presentan de manera homogénea a la sociedad. A través de ellos no se puede identificar la clase que afronta el mayor problema y en la cual inciden fundamentalmente: la desnutrición como problema básico, agravada por el conjunto de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias. Con ello se imposibilita la determinación de la esencia misma del fenómeno.

Teniendo en mente lo señalado anteriormente, veamos los datos con que contamos:

Información básica

En 1978, la población de Nicaragua era de 2,409,584 habitantes, 52% de la cual vivía en área rural.

Su estructura por edad y sexo es la siguiente:

0 - 4 años	17.2%
5 - 14 años	30.9%
15 - 49 años	42.9%
50 y más	9.0%
Sexo masculino	49.07%
Sexo femenino	50.93%

El país está dividido en tres zonas, distribuyéndose la población así:

	<u>%</u>	<u>D/POB</u>
Zona del Pacífico	62.09	82.1
Zona Central Norte	29.64	21.3
Zona del Atlántico	<u>8.27</u>	<u>3.0</u>
Total	100.00	20.3

El 30% de esta población vive en localidades de más de 20,000 habitantes. Se estima que más del 50% del total es analfabeta; el 72% de la población urbana vive en condiciones de hacinamiento importante; el 76% de la población rural carece de apropiados sistemas de eliminación de excretas, viviendo el 32% de la población urbana en iguales condiciones.

La mortalidad

En Nicaragua no se hace uso del certificado de defunción de manera que los datos aportados aquí deben aceptarse con un gran signo de interrogación.

La tasa cruda de mortalidad, según los datos oficiales para 1969, se estimaba en 8.2 por 1,000 habitantes (15,938 muertes registradas). Para 1975, según las mismas fuentes, la tasa de mortalidad era de 8.5 por 1,000 habitantes. Sin embargo, estudios realizados por CELADE consideran que la tasa real de mortalidad del país es de 16.4 por 1,000 habitantes,¹ lo que significa el doble de las consideraciones oficiales.

Para el caso de la mortalidad infantil, las diferencias son aún mayores. Los datos oficiales consignan para 1971 una tasa de 45 por 1,000 nacidos vivos y para 1973 de 46 por 1,000 nacidos vivos.² CELADE para 1976-1977 estimó que la tasa real de mortalidad infantil era de 121 por 1,000.³

¹ Syncrisis: The Dynamics of Health - XI Nicaragua

² Véase World Health Statistics Annual (1972 y 1973-76) OMS

³ Behan, H. y Pumante, D. CELADE Serie A, No. 1036, San José, diciembre de 1977.

La esperanza de vida al nacer para el período 1970-1975, estimada por CELADE, era de 52.9 años, aunque estamos seguros que la tasa real debe ser muy inferior.

Las causas de muerte

Como puede verse en los Cuadros 1 y 2, las muertes ocurren por enfermedades prevenibles con tecnología sencilla (tétanos, sarampión, tos ferina, parasitosis). Es de notar que la desnutrición como entidad nosológica no aparece, aunque las muertes por sarampión, tos ferina, etc. señalan inobjetablemente su presencia.

Cuadro 1

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES GENERAL
1976

Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1,631
Enfermedades del corazón y aparato circulatorio	1,563
Accidentes, envenenamiento y muertes violentas	1,525
Influenza y neumonía	590
Otras enfermedades del aparato digestivo	425
Tumores malignos y benignos	402
Otras enfermedades bacterianas	341
Tétanos	229
Sarampión	182
Paludismo	91
Las demás causas	5,370
Total	12,349

Cuadro 2

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION DE MENORES DE UN AÑO
Nicaragua, 1976

Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1,111
Otras enfermedades bacterianas	295
Tétanos	150
Otras enfermedades del corazón y aparato circulatorio	89
Otras causas de mortalidad perinatal	74
Meningitis	65
Sarampión	60
Influenza y neumonía	60
Paludismo	36
Tos ferina	24
Las demás causas	1,484
Total	3,448

La morbilidad

La ausencia de encuestas de morbilidad, la insuficiencia de la cobertura de atención médica, caracterizan la poca validez de los siguientes datos:

Cuadro 3

DIEZ PRINCIPALES ENFERMEDADES EN NICARAGUA, 1976

Otras helmintiasis	45,460
Paludismo	26,228
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	22,404
Influenza y neumonía	21,656
Otras enfermedades del aparato génito-urinario	11,397
Infecciones respiratorias agudas	10,495
Bronquitis, enfisema y asma	10,466
Disentería bacilar y amebiasis	6,077
Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	5,977
Las demás causas	73,741
Total	241,275

Cuadro 4

DIEZ PRINCIPALES ENFERMEDADES EN MENORES DE UN AÑO
Nicaragua, 1976

Enteritis y otras enfermedades diarreicas	5,205
Influenza y neumonía	2,602
Bronquitis, enfisema y asma	1,675
Infecciones respiratorias agudas	1,498
Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	672
Otras helmintiasis	668
Avitaminosis	398
Otras enfermedades del aparato digestivo	530
Infección de la piel y tejido celular subcutáneo	392
Otras enfermedades del aparato respiratorio	388
Las demás causas	4,447
<hr/>	
Total	18,475

La desnutrición

Es preciso señalar que la desnutrición la consideramos como la expresión más fiel de la injusticia de un sistema social, por cuanto refleja las condiciones de existencia misma de los miembros de la sociedad.

La dominación Somocista que durante 45 años padeció el país y cuya erradicación, a través de la lucha popular vanguardizada por el FSLN, costó miles de vidas, se expresa en forma sesgada (minimizada) en los siguientes datos:

Cuadro 5

DESNUTRICION COMO CAUSA DE MUERTE EN MENORES DE UN AÑO
Nicaragua, 1976

Edad	Porcentaje	Defunciones esperadas
1 día	4.3	575
1-6 días	9.1	1,218
7-27 días	14.8	1,980
28 días-11 meses	71.8	9,607
	100.0	13,380

La dictadura Somocista utilizó las instituciones de salud como una trinchera política. La ineficiencia y corrupción globalmente afectaron las estructuras estatales en el gobierno anterior, de manera especial al sistema de salud. La anarquía en el sector se manifestó por el hecho de múltiples instituciones encargadas del mismo problema, con la subsecuente dispersión de esfuerzos, la innecesaria multiplicación de mecanismos y el escandaloso derroche de recursos técnicos, humanos y financieros. Las políticas de salud eran diferentes, como diferentes eran los criterios para la formación de recursos humanos, dependiendo de la institución que los programara.

Nicaragua ha vivido, en los últimos años, una dramática situación política ampliamente conocida, que tuvo un carácter más profundo, a nivel militar, en los dos últimos años. La destrucción sufrida por los servicios de salud en sus instalaciones físicas, en los equipos y materiales suman varios millones de Córdobas.

El daño que la población ha sufrido es aún mucho mayor, por lo que su atención, desde el punto de vista de la salud, requiere no solamente volver a poner los servicios al nivel de antes de la guerra, sino mejorarlos sustancialmente para atender las nuevas demandas. Para dar solo un ejemplo: el país ha tenido un déficit de camas hospitalarias, ya que contaba solamente con 2.6 por cada 1,000 habitantes. Ahora, cuatro de los principales hospitales fueron totalmente destruidos durante los bombardeos

y otros nueve quedaron en condiciones de servicios entre un 30 y un 70%. Lo mismo podría decirse de las condiciones físicas de muchos centros de salud, del equipo instalado, y especialmente de los recursos humanos, insuficientes para afrontar las tareas de la reconstrucción, lo que obliga al Ministerio de Salud a desarrollar un plan masivo para formar profesionales, técnicos y auxiliares y para la construcción de puestos y centros de salud, hospitales municipales y departamentales.

La salud en el proceso revolucionario

Con la instalación del Gobierno de Reconstrucción Nacional, la salud del pueblo se ha constituido en una prioridad. La caótica situación antes descrita y la magnitud del problema salud/enfermedad han sido valorados en forma precisa en el programa de Gobierno. El proceso revolucionario significa no reformas simples de lo existente, sino profundas transformaciones económicas y sociales, transformación de la realidad, construcción de lo nuevo a partir de lo viejo superado, por lo tanto, no se trata de poner parches en una estructura obsoleta e infuncional como era el sector salud, sino crear una estructura cualitativamente diferente.

La salud deja de ser un concepto abstracto, se convierte en una realidad históricamente determinada. Es el resultado de la forma nueva de vida de los hombres, de la forma de relacionarse con la naturaleza para transformarla y obtener los productos que necesita para su desarrollo integral. Así, la salud pasa a ser considerada como parte de las condiciones generales de vida, indisolublemente ligada a todo el movimiento de desarrollo socio-económico-político de la sociedad nicaragüense.

Es por ello que las políticas del sector salud y sus objetivos son la expresión, en el campo específico, de las orientaciones generales del proceso revolucionario.

El pueblo organizado es quien ha hecho la revolución y quien la construye en la presente fase, por lo tanto, la estructura del Ministerio de Salud no es algo externo a las organizaciones populares: por el contrario, se basa en las mismas, de manera que estas orienten la actividad a la construcción de su propia salud. Las actividades del Ministerio de Salud están orgánicamente ligadas al proceso revolucionario impulsado por las organizaciones populares.

Fundamentos de la organización del Ministerio de Salud

La organización de la atención de la salud en nuestro país, su estructura y programas de trabajo, se fundamentan en los siguientes principios:

- Responsabilidad de un solo organismo estatal para administrar los servicios nacionales de salud.
- Centralización normativa y descentralización ejecutiva de las tareas de salud, basándose en una estructura nacional de forma piramidal, donde en el vértice estará el organismo rector con funciones normativas y directivas de la política de salud del país y una extensa red de servicios preventivo-curativos, que al ocupar la base de la pirámide brindará cobertura a todo el territorio nacional.
- En todos los niveles de la organización se desarrollará un trabajo institucional, colectivo.
- Las actividades de salud serán de tipo integral y planificadas.
- El cumplimiento satisfactorio de los objetivos de los programas no podrá lograrse sin la decidida participación del pueblo en los mismos.
- Nuestra organización de salud tendrá como característica el dinamismo y la flexibilidad, que le permitan asimilar e incorporar los conocimientos y tendencias de los avances científicos y sociales, renovándose de acuerdo a las exigencias del medio con objeto de satisfacer las necesidades de salud de la sociedad.
- Los conceptos que primarán en la práctica de salud son los siguientes: Reconocimiento de la relación existente entre salud/enfermedad y estructura económico-social.
- Control preventivo de las enfermedades, teniendo en cuenta su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Consenso de que la medicina curativa, aún con el perfeccionamiento de sus técnicas, por sí sola, sería incapaz de reducir significativamente los altos índices de morbi-mortalidad de nuestro país.
- Derecho a la salud de todos los habitantes del país.

Estructura organizativa

El Ministerio de Salud tendrá tres niveles jerárquicos:

1. Nivel dental
2. Nivel departamental
3. Nivel de áreas de salud

Cada uno de estos niveles tendrá bajo su responsabilidad la prestación de los siguientes servicios:

Nivel central

Hospitales nacionales
Laboratorio central de medicina preventiva
Unidades nacionales de formación de recursos humanos
Otras unidades nacionales

Nivel departamental

Hospitales departamentales
Laboratorios departamentales de medicina preventiva
Unidades docentes departamentales de formación de recursos humanos
Otras unidades departamentales

Nivel de áreas de salud

Los centros de salud (con o sin hospitalización) constituyen el último nivel jerárquico de la Organización. Los puestos de salud, unidades satélites y unidades móviles dependerán de este último nivel y serán la avanzada de los centros de salud en la comunidad. Ninguna unidad dependiente de un centro de salud tendrá jerarquía sobre otros, independiente de su calificación y dotación tecnológica y estará bajo la responsabilidad de una sola persona, quien a su vez asumirá su jefatura.

Esta organización de la salud en su responsabilidad de ofrecer una atención integral a la población, contempla el funcionamiento de "unidades polivalentes" (centros de salud y sus dependencias), no diferenciadas, capaces de otorgar esta atención integral a los habitantes y su medio, en territorios bien definidos y relativamente pequeños. Estas unidades de salud, actualmente insuficientes y mal dotadas, pero con inmediatas perspectivas de incrementarse y ligarse íntimamente a la comunidad, constituirán la parte más fina y sensible de la red de servicios preventivos asistenciales. Su actividad cambiará revolucionariamente, no limitándose a recibir

estáticamente a la comunidad que acuda a ellas, sino que se proyectará a través de su personal médico, técnico y auxiliar, y de los organismos de masa a la solución de los problemas de su área de influencia. Tendrán que adaptar el Plan Nacional de Salud a su propio cuadro de salud. Sus funciones serán de promoción, protección y recuperación de la salud individual y colectiva.

El resto de la red preventivo-asistencial estará para apoyar la gestión primaria de estas unidades a través de un sistema de referencia fácil y efectivo. Con esta estructura podrá llevarse a la práctica la centralización normativa y la descentralización ejecutiva e implantar una dinámica de trabajo que garantice una mejor atención a la comunidad (con su activa participación) mediante la interrelación y cooperación entre todas las unidades del servicio, que se harán efectivas con el apoyo de los centros más especializados a los de menor nivel.

El paso inicial para la organización del Sistema Unico de Salud se encuentra reflejado en el siguiente organograma provisional, conforme al cual estamos operando.

