



La Salud: un derecho humano

COMPROMISO URGENTE



Investigación Aplicada
Movilización Propositiva
sobre el Derecho a la Salud
en Nicaragua

La Salud:
Un Derecho Humano
Compromiso Urgente

Autor:
Carlos Emilio López Hurtado

Coordinación Técnica:
María Angélica Gomes

Asistentes de Investigación:
Gabriel Rivera Rocha
Luis Carballo

N

614

L864 López Hurtado, Carlos Emilio
La salud: un derecho humano / Carlos
Emilio López Hurtado. -- 1a ed. -- Managua:
OPS/OMS, 2007
160 p

ISBN: 978-99924-0-591-8

I. DERECHO A LA SALUD 2. SERVICIOS DE
SALUD PARA LA COMUNIDAD 3. SALUD PUBLICA-
NICARAGUA-INVESTIGACIONES

Título:

La Salud: Un Derecho Humano

Autor:

Msc. Carlos Emilio López Hurtado

Coordinación Técnica:

Dra. María Angélica Gomes

Asesora en desarrollo de políticas, sistemas y servicios de salud
HSS/THS de la OPS-OMS Nicaragua

Asistentes de Investigación:

Lic. Gabriel Rivera Rocha

Dr. Luis Carballo Palma

Edición:

Lic. Gabriel Rivera Rocha

Lic. Karla Hernández Roa

Maquetación Electrónica:

MARCA E.C

Auspicio:

Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)

Gran Ducado de Luxemburgo

Esta publicación se presenta en el marco del apoyo programático de ASDI a OPS
y del Gran Ducado de Luxemburgo a OMS-OPS.

INDICE

Presentación	5
Nota del Autor	8
I Objetivos	9
1.1 Objetivo General	9
1.2 Objetivos Específicos	9
II Metodología	10
III Introducción	12
IV El Derecho a la Salud	14
4.1 Alcance del Derecho a la Salud	19
4.2 El sistema de Salud Nicaragüense	20
4.3 Inversión en Salud	22
4.4 Elementos sobre la Situación de Salud	23
4.5 Principales Problemas que enfrenta la población en la atención en Salud	25
4.6 Perfil de Salud de los y las Nicaragüenses, por ciclo de vida	29
a) Salud de la Niñez y la Adolescencia	30
b) Salud Materna	30
c) Salud de las Personas Adultas Mayores	34
d) Salud Mental	35
V Marco Jurídico	37
5.1 Instrumentos Internacionales	37
5.1.1 Instrumentos del Sistema de Naciones Unidas	37
5.1.2 Convenios de la Organización Internacional del Trabajo	38
5.1.3 Instrumentos de la Organización de Estados Americanos	38
5.2 Leyes Nacionales	39
5.3 Disposiciones Administrativas	40
5.4 Políticas Públicas de Nicaragua	40
5.4.1 Políticas Globales	40
5.4.2 Políticas de Salud	40
5.4.3 Otras Políticas Públicas que regulan aspectos relacionados a la salud	41
5.5 Tesoro del Derecho a la Salud	41
VI Nivel de Cumplimiento y Coherencia de las Principales Políticas Públicas relacionadas al derecho a la salud	45
a) Objetivos de Desarrollo del Milenio	45
b) Plan Nacional de Desarrollo	51
c) Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza	56
d) Política Nacional de Población	63
e) Política y Plan Nacional de Salud	66
f) Política Plan de Acción de la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia	83
6.1 Valoraciones Conclusivas	89

VII Avances, Dificultades y Propuestas sobre el Derecho a la Salud de los y las Nicaragüenses	91
7.1. Otras Propuestas para el Estado a fin de Garantizar el Derecho a la Salud	99
a) Estado	99
b) Ministerio de Salud	99
b.1) Promoción, Prevención y Rehabilitación de la Salud de la Niñez	101
b.2) Promoción de la Salud de las Mujeres	102
b.3) Promoción en Salud de las personas adultas mayores	104
b.4) Personas con Capacidades Diferentes	105
b.5) Salud Mental	105
c) Incidencia por la Salud	105
d) Sociedad Civil	106
Siglas Utilizadas	108
Bibliografía Consultada	109
Anexos	
Anexo No. 1 Instrumentos Internacionales sobre el Derecho a la Salud	
Anexo No. 2 Marco Jurídico sobre el derecho humano a la salud en Nicaragua	
Anexo No. 3 Políticas Públicas de Nicaragua	
Anexo No. 4 Participantes en el Proceso de Investigación	

Presentación

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr se consagró como derecho humano fundamental de toda persona en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud hace más de cincuenta años.

La OPS-OMS hace todo lo posible por que ese derecho sea una realidad para todos y concede especial atención a las personas que enfrentan condiciones de vulnerabilidad. Todos los países del mundo son ahora parte de al menos un Tratado relativo a los derechos humanos que reconoce derechos vinculados con la salud, incluyendo el derecho a la salud y otros derechos relacionados con condiciones necesarias para la salud.

La garantía del derecho a la salud, implica aspectos éticos, sociales, técnicos y políticos. La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad. El goce del derecho a la salud, condiciona el goce de otros derechos humanos, incluido el de la participación en el tejido productivo y social.

La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible.

De lo anterior surgen varias preguntas ¿cómo se configura la salud como un derecho?, ¿quién es el sujeto de derecho?, y ¿cómo se hace efectivo? En especial, ¿se encuentra este derecho asociado a una condición predeterminada o generadora? En última instancia, la respuesta se relaciona con la situación en que se encuentren los individuos frente a los sistemas de salud, sus oportunidades, y su condición de ciudadanos, con la correlativa obligación del Estado de garantizarles sus derechos y hacerlos efectivos.

Se estima que en América Latina y el Caribe unos 100 millones de personas no están cubiertas por los sistemas de salud existentes y unos 240 millones de personas no están protegidas por esquemas de seguridad social o por seguros privados de salud.

La extensión de la protección social en salud es la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. El análisis de las experiencias tenidas hasta ahora señala que las intervenciones más eficaces en el combate a la exclusión son de naturaleza múltiple y requieren

La Salud: Un Derecho Humano

articularse con criterios de sostenibilidad financiera, de aseguramiento solidario y con un modelo coherente de atención.

De ahí que, la Vigésimo Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, máximo Cuerpo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, instó en 2002 a sus Estados Miembros a que:

a) Amplíen la protección social en materia de salud; b) fomenten procesos de diálogo social que permitan definir los objetivos y estrategias nacionales en este campo; c) incluyan la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectoriales.

El debate sobre los derechos humanos nos ofrece un marco inspirador para la reflexión y constituye una guía útil para el análisis y la adopción de medidas para extender la protección social en salud.

Con esta finalidad, es que la Organización Panamericana de la Salud en Nicaragua, ha iniciado una serie de acciones encaminadas a fomentar la reflexión sobre el Derecho a la Salud en Nicaragua. En el origen de esta iniciativa hemos contado con el apoyo financiero de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) y el Gran Ducado de Luxemburgo a través de su apoyo a programas de carácter regional y global en la OPS y la OMS, y esperamos que muchos otros socios quieran sumarse a ella.

El Artículo 59 de la Constitución Política de Nicaragua consigna que “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud y que el Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación”. También se cuenta con un conjunto de códigos y leyes específicas que garantizan el derecho a la salud. La OPS-OMS espera que esta publicación, sirva como un valioso aporte a la promoción del derecho humano a la salud de las y los nicaragüenses.

Ya que las medidas destinadas a lograr la plena realización de los derechos deben ser deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones que incumben a los gobiernos.

Es nuestra intención motivar en la sociedad nicaragüense un proceso de movilización social que genere propuestas, en torno al derecho a la salud, que faciliten la implementación de un proceso Estatal orientado a redefinir e implementar disposiciones legislativas, ofrecer recursos judiciales y tomar medidas administrativas, financieras, educativas y sociales, para garantizar el derecho a la salud.

El principio de realización progresiva de los derechos humanos impone la obligación de obrar de la manera más diligente y eficaz posible para alcanzar ese objetivo. Se reconocen las limitaciones relacionadas con los recursos disponibles, pero exige

que todos los países traten de hacer progresos de forma constante con miras a lograr la plena efectividad de los derechos.

Todas las medidas de carácter deliberado que constituyan un paso hacia atrás deberán ser cuidadosamente sopesadas y justificarse plenamente en relación con los derechos previstos los Tratados y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se disponga. Por ello, la sociedad civil tiene un papel fundamental en la vigilancia ciudadana del derecho a la salud.

“La Salud: Un Derecho Humano” que la OPS-OMS tiene el agrado de poner en sus manos, es el resultado de un amplio proceso de consulta y búsqueda de consensos en torno al cumplimiento del derecho a la salud, en el que han participado diversos actores del Estado y la Sociedad Civil organizada y no organizada que trabajan en la defensa, gestión y promoción del derecho a la salud. Sin embargo, este no es un libro cerrado, sino que sus páginas están abiertas para que se continúe escribiendo.

El libro consta de tres partes. La primera, contiene una descripción detallada de los compromisos relacionados al derecho a la salud que el Estado Nicaragüense ha asumido, a través de su incorporación en su marco jurídico, institucional y de políticas públicas.

La segunda parte, contiene una valoración de los niveles de aplicabilidad e implementación de los compromisos asumidos, en relación al cumplimiento pleno y efectivo de este derecho, desde la perspectiva de los participantes de las consultas. Además ofrece una valoración de los factores que impiden el ejercicio de este derecho humano.

Finalmente, la tercera parte, contiene una serie de propuestas y recomendaciones, producto de la investigación y los debates, para mejorar los niveles de implementación del marco jurídico y político del país en materia del derecho a la salud.

Es importante señalar que en gran medida el contenido de esta publicación, es el resultado de las percepciones, consideraciones y valoraciones de los actores consultados en el proceso de investigación.

Los resultados del proceso investigativo que dio vida a esta publicación, reflejan enormes brechas en el acceso a la salud de la población nicaragüense, particularmente de los segmentos poblacionales que enfrentan condiciones de pobreza y extrema pobreza. Los hallazgos de esta investigación, nos invitan a la reflexión sobre la necesidad de posicionar el derecho a la salud en la agenda legislativa, política, económica, social y cultural. Esta es una tarea de todos.

Socorro Gross

Representante de OPS-OMS Nicaragua

Nota del Autor

La salud es un derecho humano universal, inherente, inalienable, irrenunciable e intransferible de todas las personas, que se debe reconocer y aplicar sin discriminación económica, política, social, de género, generacional, étnica o de otra índole. Esta es la perspectiva, desde la que traté de hilvanar la presente investigación.

Agradezco a la OPS-OMS por concederme el honor de haber asumido el reto, de sistematizar y valorar el nivel de cumplimiento de los compromisos que en materia del derecho a la salud ha asumido el Estado, a través de la ratificación de numerosos instrumentos jurídicos internacionales y la legislación nacional.

A partir de este ejercicio, se logró identificar un conjunto de propuestas orientadas a superar las limitaciones, que impiden que las y los nicaragüenses tengan acceso a una atención en salud gratuita, oportuna, calidad, especializada y humana.

Debo señalar, que la esencia de lo planteado en estas páginas, es producto de un pensamiento colectivo, en el que participaron activamente representantes de organismos de la sociedad civil, expertos y expertas en salud pública, funcionarios y funcionarias y personal del sistema de salud, líderes comunitarios y personas que acuden a las unidades de salud y hospitales a demandar atención. Este libro ha incorporado sus observaciones, aportes, críticas, análisis y propuestas.

Además me acompañaron en la redacción y sistematización de las leyes, políticas, datos sobre salud y sus respectivas valoraciones, así como en las correcciones al texto, tres profesionales de diferentes disciplinas, Gabriel Rivera Rocha (Abogado), Luis Carballo (Médico) y Karla Hernández Roa (Psicóloga).

Ha sido realmente enriquecedor en términos personales, después de un largo caminar en la defensa de los derechos de la niñez, adolescencia y juventud, participar en este proceso de construcción colectiva, sobre una aproximación diagnóstica del estado del Derecho a la salud de toda la población.

Los resultados muestran que si bien, hay avances formales desde la formulación y aprobación de las leyes y políticas públicas en el campo de la salud, los niveles de aplicación de los mismos son ínfimos en Nicaragua; pero el texto no se queda en la descripción, sino que apunta propuestas y proyecciones para que los derechos a la salud no sean un mero discurso, sino que se transformen en acciones del Estado, la sociedad, las comunidades, los grupos humanos y las personas para que gocemos del nivel más alto posible de salud física, mental y social.

Espero que este estudio, sea un catalizador para desarrollar un proceso de movilización social y concertación política por la promoción, defensa y aplicación del derecho a la salud en todas sus dimensiones.

Carlos Emilio López Hurtado

I Objetivos

I.1 Objetivo General

Desarrollar una investigación para la acción y movilización social, que permita analizar el marco jurídico, institucional y de políticas públicas del Estado de Nicaragua en materia del derecho humano a la salud, a fin de identificar sus niveles de coherencia y aplicabilidad.

I.2 Objetivos Específicos

Analizar las normas internacionales en materia del derecho humano a la salud, que el Estado de Nicaragua ha suscrito y ratificado, identificando su relación con la legislación nacional.

Analizar las políticas públicas generales y sectoriales identificando sus conexiones, enfoques y creación de mecanismos institucionales y sociales para ubicar niveles de implementación.

Compilar una serie de análisis, consensos, propuestas y recomendaciones para mejorar los niveles de aplicación del marco jurídico y político del país en materia del derecho a la salud, señalando las responsabilidades del Estado y la sociedad civil, desde la visión de actores y sujetos sociales participantes en el proceso de investigación.

II Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos se utilizó la metodología de investigación cualitativa, en la que se aplicaron técnicas de revisión documental, entrevistas y grupos focales.

La aplicación de las técnicas se realizó en dos fases. En la primera fase se realizaron entrevistas a diversos actores estratégicos relacionados a la defensoría social e institucional por el derecho humano a la salud.

Esta fase se recopiló, procesó y analizó la información brindada por informantes o actores claves de Organizaciones de la Sociedad Civil y de órganos e instancias del Estado que están relacionados directamente con la promoción, defensa y aplicación de este derecho

En esta dinámica de trabajo, se entrevistó a dos bloques de informantes estratégicos. El primer bloque lo integraron representantes, funcionarios y funcionarias de Organizaciones Civiles, que trabajan en la promoción y la defensa de los Derechos Humanos.

De este bloque estuvo integrado por las siguientes personas:

1. Licda. María Nela Hamlin
Directora Interina de CISAS
2. Licda. María Martha Blandón
Directora Ejecutiva de IPAS
3. Dr. Francisco Gutiérrez
Director Ejecutivo de Acción Médica Cristiana
4. Lic. Norwin Solano
Equipo Jurídico del CENIDH
5. Dra. Eva Martínez
Equipo Médico Asistencial de Si Mujer, San Judas

El segundo bloque de entrevistados, estuvo constituido por representantes de órganos, instituciones e instancias del Estado Nicaragüense, que tienen entre sus funciones promover, defender y garantizar el cumplimiento pleno y efectivo del derecho a la salud.

En este bloque se entrevistó a:

- I. Lic. Denis Alemán
Jefe de Operaciones – Secretaría de la Juventud

En esta fase, también se realizaron cuatro talleres participativos, con representantes del Estado, expresiones organizadas de la sociedad civil y personas que demandaron atención en salud.

En la segunda fase se recopiló, revisó y analizó la producción bibliográfica sobre la temática. A través del proceso de investigación documental, se logró identificar los compromisos que el Estado ha asumido, a través de su marco jurídico -internacional y nacional-, político e institucional, en materia del derecho humano a la salud.

También se revisaron estudios, investigaciones, diagnósticos, líneas de base y publicaciones de los diferentes órganos e instancias del Estado y organismos de la sociedad civil relacionadas al derecho a la salud, y otros documentos producidos a nivel nacional e internacional de relevancia sobre el tema.

En esta fase, se analizaron las políticas públicas vigentes, a fin de identificar los niveles de coherencia y aplicabilidad del marco referencial, que orienta la actuación de los órganos del Estado, en relación al cumplimiento del derecho a la salud.

Ambas fuentes proporcionaron valiosa información sobre la configuración conceptual, coherencia y articulación del ordenamiento jurídico y político, niveles de aplicabilidad y cumplimiento pleno del derecho humano a la salud.

III Introducción

Nicaragua tiene una población aproximada de 5.1 millones e habitantes¹, de los cuales el 60% se asienta en áreas urbanas, principalmente en la franja del Pacífico y Región Central de Nicaragua, y el restante 40% en áreas rurales.

Así mismo, se calcula que por lo menos el 10% de la población, es de ascendencia indígena y se concentra principalmente en la Costa Caribe del país.

En términos demográficos, la población nicaragüense se caracteriza por ser joven, el 49.44 % de la población es menor de 18 años, el 23.48 % es menor de 30 años y sólo el 3.2 % de la población supera los 64 años de edad².

Los principales obstáculos que enfrentan las familias nicaragüenses, están relacionados a la pobreza. Para el año 2003 el 70% de la población se encontraba en situación de pobreza y de este grupo el 41% vivía en situación de extrema pobreza.

La pobreza general y la extrema pobreza, tienen un sesgo eminentemente rural. Del total de personas que viven en situación de extrema pobreza, el 76% reside en las zonas rurales del país. (IDH: 2004)

El fenómeno de la pobreza, está vinculado al nivel de ingreso de las familias, y éste, con la condición de empleo o desempleo de sus integrantes. El 63% de la población tienen su fuente de ingresos en el sector informal de la economía, en tanto sólo el 37% cuenta con un trabajo estable en el sector privado y público.

El sector poblacional que trabaja en el sector informal, tiene un nivel de ingresos bajo y fluctuante, lo que ocasiona situaciones de vulnerabilidad alimentaria, al no poder adquirir los productos necesarios, para satisfacer sus necesidades básicas, y además no cuentan con el goce del derecho a una seguridad social.

El nivel de ingreso de la mayoría de las personas incorporadas al sector formal, principalmente al Estado, es relativamente inferior al costo total de la canasta básica y a pesar que estos si cuentan con el derecho a la seguridad social, éste no se brinda con la calidad esperada.

Diversos estudios señalan, que el bajo nivel de ingreso de las familias, genera un conjunto serie de limitaciones que afectan directamente el goce y disfrute de los derechos, en particular, el derecho a una vida saludable.

¹ INEC, Censo de Población 2005.

² INEC, Encuesta Nacional de Medición del Nivel de Vida, 2001

La situación de pobreza en que se encuentran las familias nicaragüenses, tiene consecuencias inmediatas en su condición de salud. Los más afectados por la pobreza y extrema pobreza son los niños y las niñas quienes no tienen la posibilidad de recibir una alimentación nutritiva para su óptimo desarrollo físico, cognitivo y mental.

La situación de pobreza de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, es más dramática, según el Informe de Desarrollo Humano de la Costa Caribe “las regiones autónomas no sólo son los territorios, con los mayores niveles de pobreza y extrema pobreza, doce de sus diecinueve municipios se reportaron en el 2001 en situación de extrema pobreza, sino que también presentan la brecha de pobreza más alta”.

Todos estos indicadores económicos y sociales, impactan directamente en la salud de las personas, generando en ellos y ellas un conjunto de condiciones desfavorables a su salud física, mental y social.

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho al más alto nivel posible de salud.



IV El Derecho a la Salud

La salud es un derecho humano fundamental, que goza de un amplio reconocimiento jurídico y político a nivel internacional y nacional. Este derecho involucra la garantía de que el Estado disponga los recursos materiales y humanos, para garantizar a la población las condiciones necesarias, para mantener un estado óptimo de salud física, mental y social.

Este derecho se reconoció por primera vez, en la Constitución de la OMS y posteriormente, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y numerosos Convenios Internacionales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos es taxativa, al reconocer el derecho a la salud, como un derecho humano y social vinculado a todas las dimensiones de la vida:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. (Arto. 25 DU)

Así mismo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, reconoce expresamente a la salud como un derecho relacionado, a la integralidad del desarrollo humano.

“Los Estados... reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. (Arto. 12 PIDCP)

En el plano nacional la Constitución Política, establece que:

“Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación”. (Arto. 59 Cn.)

De igual manera, diversos instrumentos internacionales y locales, establecen que todo ser humano tiene derecho a vivir en condiciones, que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Aunque el alcance del derecho a la salud se analizará más adelante, es conveniente señalar, que desde la perspectiva de todos los instrumentos jurídicos, la salud es un derecho que está intrínsecamente relacionado, con los más altos estándares de vida y a la atención gratuita, accesible, especializada y de calidad.

La conceptualización de la salud como un derecho humano, significa que la población tiene el derecho de recibir atención integral en salud, así como de acceder a las condiciones de vida necesarias para estar saludable.

Pero también tiene el deber de cuidar su salud y de participar activamente, tanto en la exigencia del derecho a la salud, como en la definición de las políticas públicas, programas y acciones de salud.

El cumplimiento de este derecho supone que el Estado, debe establecer los procedimientos y mecanismos jurídicos e institucionales que corresponda. Estos mecanismos usualmente están referidos, a la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud y la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

“El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, previsto en el derecho internacional relativo a los derechos humanos, entraña la reivindicación de que mediante un conjunto de mecanismos sociales - normas, instituciones, leyes y un entorno propicio - se pueda garantizar de la mejor manera el disfrute de ese derecho” (OMS: 2002)

Desde la perspectiva de los instrumentos de derechos humanos, la responsabilidad social, jurídica y política de garantizar el derecho a la salud, le corresponde principalmente al Estado, el cual debe destinar los recursos económicos necesarios y suficientes, para garantizar que todos y todas las personas tengan acceso a la atención en salud.

Si partimos que el “derecho a la salud” es un derecho humano, conviene aclarar entonces, qué se entiende por derecho a la Salud.

Para ello se iniciará señalando, que la noción social y ontológica de la salud, ha evolucionado con los procesos propios de la actividad humana.

La actual conceptualización de la salud, se inscribe en la línea planteada por la Organización de Naciones Unidas a través de sus agencias especializadas, que parten del reconocimiento de la salud como un “derecho humano”, que debe ser interpretado, como “el completo estado de bienestar físico, mental y social” y no solamente, como la ausencia de las enfermedades (OMS).

Desde la perspectiva de la OMS, la situación de salud o enfermedad de una persona, no está determinada sólo por la ausencia de enfermedades, sino que es el resultado de un estado de bienestar, que comprende la esfera bio-psicosocial.

“La salud en su acepción más amplia incluye todos los procesos sociales que inciden en el disfrute de una vida saludable. Esto incluiría por supuesto, los referidos a la seguridad alimentaria, calidad de la vivienda, escolaridad y educación sanitaria, empleo y ambiente laboral, protección social y otros.” (Hernández, C.:2003)

La Salud: Un Derecho Humano

Así como la salud, es el resultado de una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales, los factores que determinan el estado de salud de una persona son diversos, a saber:³

- **Biológicos:** Estos factores están asociados, a condiciones de edad, sexo y determinantes de tipo genético. Este factor, también guarda relación con las condiciones biológicas de los individuos en general.
- **Entorno:** Estos factores están asociados, con el medio ambiente físico (condición y calidad del aire, agua, suelos) y al ambiente social (condiciones de vida como vivienda, nivel de ingreso, empleo, condicionantes demográficas, acceso a servicios básicos etc.).

En este factor se deben considerar, las acciones propias de las personas en relación a sus estilos de vida y como éstos, pueden incidir positiva o negativamente en su estado de salud.

- **Estilos de Vida:** Estos factores están relacionados a comportamientos propios de los individuos, roles sociales, cosmovisiones, costumbres y hábitos que inciden en el estado de salud de las personas.
- **Organización Estatal:** Estos factores guardan relación, con la forma en que el Estado dispone sus recursos, para atender el cuidado de la salud de las personas. Si la atención de la salud es gratuita, universal, accesible y cómo se asignan los recursos financieros y económicos. Así mismo, se incluyen las acciones dirigidas, a la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos y costumbres, para conservar el estado de salud.

Desde esta perspectiva, el derecho a la salud no se agota, con la sola posibilidad de ocurrir ante las instituciones encargadas del cuidado, atención y recuperación de la salud y de obtener de éstas una atención gratuita, integral y de calidad, sino que se extiende también, a un conjunto de factores relacionados a condiciones estructurales de orden social, ambiental, educativas y económicas.

En este mismo sentido, es conveniente señalar, que los principales instrumentos internacionales, han considerado el derecho a la salud como un derecho amplio, que guarda estrechas relaciones con aspectos de índole económica, medioambientales, socioeducativas, laborales, sociales y culturales.

A través de estos instrumentos, se reconoce la importancia de un conjunto de derechos, que guardan estrecha relación con el derecho a la salud, tales como: el

³ Hemos utilizado la clasificación que de estos factores hicieron los investigadores Menoti, T y Barrenechea, C

derecho a la seguridad social, al trabajo, a un medio ambiente saludable, a condiciones de vida dignas y el acceso a los servicios básicos.

El abordaje del derecho a la salud, desde una perspectiva holística, ha permitido su vinculación con otros aspectos, que ocupan gran relevancia en nuestro tiempo, temas como el desarrollo económico, ambiental, humano y social.

Los instrumentos internacionales y nacionales, son claros al señalar, que el principal responsable de la prevención, promoción y recuperación en salud son los Estados.

La Organización Mundial de la Salud, agencia especializada de la Organización de Naciones Unidas, ha señalado que “*los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos*”, y que esta responsabilidad “*sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas*”.

Como se desprende de la cita anterior, el derecho a la salud no está circunscrito únicamente a la esfera sanitaria, sino también a aspectos sociales de relevancia en el estado de salud de las personas.

“El derecho a la atención a la salud, no se limita a la prestación de servicios médicos. Si bien es cierto que la atención médica, ha sido considerada con frecuencia como base del derecho a la salud, éste comprende además una serie de derechos afines tales como la protección del medioambiente, la educación, la vivienda, el saneamiento, el bienestar social, el trabajo, la protección de la familia y la seguridad social” (Jiménez :1997)

Habida cuenta que la salud, de las personas, es el resultado de un conjunto de elementos interrelacionados e interdependientes, el papel del Estado es fundamental, debido a que es el principal responsable de garantizarlos, a través de la gestión económica y la concertación de esfuerzos sociales e institucionales.

Diversos estudios e investigaciones recientes, han puesto en evidencia el nexo existente, entre el desarrollo económico y estado de salud de la población. De esta relación, se ha llegado al convencimiento de que el cumplimiento del derecho a la salud además, de ser un deber jurídico y político, es un imperativo para alcanzar el desarrollo económico del Estado.

El Estado de Nicaragua, en el marco del proceso de integración económica regional y mundial en el que se ve inmerso, ha planteado el asunto en los siguientes términos:

“La Salud contribuye a la reducción de la Pobreza y al acervo de capital humano. La salud se convierte en un acervo 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 vulnerable” (PND: 2003)

La Salud: Un Derecho Humano

La lógica desde la que se aborda el tema en las políticas de Estado, no resulta la más afortunada, pues se concibe la salud como un “servicio” y no como un derecho de las personas, que tiene como contrapartida una responsabilidad estatal.

En este sentido, diversas organizaciones han manifestado su preocupación, por el hecho de que la obligación estatal de garantizar el derecho a la salud, no se concibe como un deber indeclinable, desde el punto de vista jurídico, político y ético sino como un “servicio”, determinado por condicionantes de tipo económico.

Esta visión, señalan los organismos de la sociedad civil, anula, o limita al menos, el principio de que la salud, es un derecho humano y que en consecuencia, debe ser garantizado a todas las personas, sin distinción de ningún tipo.

Respecto a la visión “economicista” desde la que se aborda el derecho a la salud, los organismos fiscalizadores del cumplimiento de los derechos humanos, han manifestado su inquietud:

“El CENIDH manifiesta su preocupación por el sentido mercantil que se le ha dado al derecho a la salud, entendiéndose el mismo como un servicio que presta el Estado y no como una obligación de éste, en beneficio de la población, como un derecho que el Estado tiene que asegurar a la ciudadanía” (CENIDH: 2005)

De igual manera, los movimientos sociales han señalado, que el Estado Nicaragüense, aún tiene mucho por hacer para superar los enormes obstáculos que enfrenta en materia de salud:

“Una quinta parte de la población, que tiene dificultades para acceder a los servicios básicos de salud, por razones geográficas en las áreas rurales y por barreras organizativas en las periferias de las ciudades” (PND: 2003).

El problema más sentido de la población nicaragüense, en relación al derecho a la salud, es la escasez de medicamentos e insumos médicos en los puestos, centros de salud y hospitales. Esta situación, afecta principalmente a la población que se encuentra en situaciones de vulnerabilidad.

“...la falta de medicamentos en el sector público es una de las principales barreras de acceso, los enfermos o sus familiares, deben costear las recetas que se les prescriben en centros...” (Hernández, C.:2003)

La percepción generalizada de la sociedad nicaragüense y de las expresiones organizadas, es que el asunto de “garantizar salud para todos y todas” no ocupa un lugar prioritario en la agenda política del Estado. (CCER: 2004).

En síntesis, desde la perspectiva formal, el Estado Nicaragüense, siguiendo la línea trazada en los tratados internacionales suscritos y en la Constitución Política,

reconoce el derecho a la salud, como derecho humano fundamental, cuyo pleno y efectivo cumplimiento corresponde al Estado.

Pero en la práctica, las acciones del Estado, se orientan a convertir este derecho en un servicio.

4.1 Alcance del Derecho a la Salud

Respecto al alcance del derecho a la Salud, resulta de suma importancia, señalar lo que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha expresado a través de sus observaciones, a saber:

En primer lugar, ha manifestado que el derecho a la salud en todas sus formas y niveles, abarca un conjunto de elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación depende, de las condiciones prevalecientes en cada Estado.

Los elementos que integran el derecho a la salud son los siguientes:

a. Disponibilidad

La disponibilidad supone, que los Estados deben contar con un número suficiente de centros de atención a la salud, a fin de garantizar la cobertura a toda la población.

La disponibilidad está relacionada, con la existencia de condiciones sanitarias adecuadas, puestos, centros de salud, hospitales, personal médico, así como los medicamentos esenciales.

b. Accesibilidad

La accesibilidad se refiere, a que todas las personas puedan recibir atención en salud, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- I) **No discriminación:** Es decir, que todas las personas, independientemente de su condición tienen derecho a ser atendidos.
- II) **Accesibilidad física:** El acceso físico se refiere, a que en los centros de atención en salud, deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población. En especial, de los grupos que enfrentan condiciones de pobreza.

La accesibilidad, también implica que los servicios médicos y los factores básicos determinantes de la salud, como el agua potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas de difícil acceso.

La Salud: Un Derecho Humano

- III) **Accesibilidad económica (asequibilidad):** Es decir, que la atención en salud deberán estar al alcance de todos.

El acceso económico significa, que sobre los hogares más pobres, no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud.

- IV) **Acceso a la información:** El acceso a la información, comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar, el derecho de que los datos personales relativos a la salud, sean tratados con confidencialidad.

c. **Aceptabilidad**

La aceptabilidad está relacionada, a que la atención en salud deberá corresponderse con la ética médica y además debe ser culturalmente apropiado, es decir, respetuosa de la cultura de las personas.

d. **Calidad**

Además de aceptables, desde la perspectiva de los derechos humanos, la atención en salud deber ser también apropiada, desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad.

4.2 El sistema de Salud Nicaragüense

El sistema de salud está integrado, por dos sub-sectores: público, y privado. El sub-sector público, lo integra el Ministerio de Salud, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, el Cuerpo Médico Militar del Ejército Nacional, el Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano del Ministerio de Gobernación.

El sub-sector privado esta compuesto, por el conjunto de hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios clínicos, distribuidoras farmacéuticas y todos los que están involucrados en el quehacer de salud, con fines de lucro.

En este sub-sector también se ubican, los centros de atención en salud, que forman parte del estado y que brindan atención y prevención en salud, sin fines de lucro. A esta categoría pertenecen las Organizaciones No Gubernamentales y Centros Alternativos de Mujeres.

El Ministerio de Salud -MINSA- tiene la función, de ser el rector del Sector y de coordinar la red más amplia en salud, integrada por: Hospitales, Policlínicas, Centros y Puestos de Salud.

El MINSA es, por disposición jurídica, la institución “rectora del sector salud”, que tiene bajo responsabilidad, el cuidado de aspectos esenciales la salud pública de la población y de la atención individual a las personas, que así lo soliciten.

Corresponde al ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales. (Arto. 4 Ley No. 423)

De acuerdo a la Ley General de Salud, el MINSA es el encargado de realizar las “acciones de salud” necesarias, para atender la salud de la población.

“... Se entiende por acciones de salud, las intervenciones dirigidas a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades en beneficio de las personas y de la sociedad en general, a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y la comunidad” (Arto. 12 Ley No. 423)

El INSS, por su parte, garantiza a los trabajadores asegurados y sus beneficiarios, prestaciones médicas orientadas a mantener y restablecer su estado de salud a través de las Empresas Médicas Previsionales.

Las Empresas Médicas Previsionales son prestadores de servicios de salud que otorgan de manera directa a los derechohabientes las prestaciones médicas y económicas correspondientes.

Para el primer trimestre del año 2006, el INSS contaba con 407,871 afiliados. En los últimos años, se ha observado una significativa ampliación de la cobertura del INSS. Esta ampliación de la cobertura, se observó en todas las actividades económicas, a excepción de minas y canteras, que descendió 1.6 por ciento.

Las actividades que mayor peso tuvieron, en este crecimiento fueron: la industria manufacturera, comercio y restaurantes, servicios comunales, sociales y personales, establecimientos financieros y actividad agropecuaria. (BCN: 2006)

El Ministerio de Defensa y el de Gobernación, brindan atención a sus integrantes y generalmente, a los familiares más próximos de éstos.

Entre los principales problemas, que enfrenta el sub-sector público, se encuentra la escasez de medicamentos e insumos médicos, además de la inexistencia de una infraestructura adecuada en los niveles primarios y secundarios de atención.

A este respecto el Informe de CENIDH señala que:

“Según datos publicados por la federación de trabajadores de la Salud (FETSALUD), 6 de cada 10 hogares que gastan en medicamentos, dejan de comer por comprarlos

La Salud: Un Derecho Humano

y de cada córdoba que una familia gasta en medicamentos, cincuenta centavos cubren el costo real y los otros cincuenta centavos es la ganancia de distribuidores mayoristas y dueños de farmacia” (CENIDH: 2005)

La falta de medicamentos, en los centros y puestos de salud, así como en los hospitales se debe, no sólo a limitaciones económicas, sino también a una deficiente ejecución del presupuesto asignado, para la compra de medicamentos y equipos médicos.

Además, de la escasez de medicamentos y el bajo presupuesto que el MINSA recibe del Estado, se debe agregar que el actual modelo de salud, está siendo sacudido por un proceso de privatización, que concibe la salud, como un servicio y no como un derecho.

La salud se concibe desde el Estado, como una mercancía rentable, como un bien comercial, que se regula por las reglas de la oferta y la demanda y no como un bien público.

La visión de la salud, como servicio ha sido introducida al ordenamiento político, a través de las políticas públicas de salud, que asumen de forma implícita que la salud es un “un servicio” y que en consecuencia las personas pueden eventualmente, estar en capacidad de pagar la atención recibida.

4.3 Inversión en Salud

Para garantizar el derecho a la salud, se requiere de una fuerte inversión en el sector, a fin de ampliar la red territorial, aumentar significativamente los recursos humanos, capacitar al personal, garantizar la provisión de medicina a los hospitales y centros de salud.

Esta inversión resulta determinante, desde el enfoque de derechos humanos, en virtud de lo cual, se debe garantizar, el cuidado de la salud de la población, de forma gratuita, integral y de calidad.

Sin embargo, en los últimos años, no se ha observado una inversión significativa en el sector salud, la falta de inversión en salud, se manifiesta de diversas formas:

“Los problemas de salud en Nicaragua son diversos, desde la falta de infraestructura física, para centros de salud y hospitales, hasta medicinas y materiales de reposición” (CENIDH: 2005)

La falta de inversión en el sector salud, se expresa en la negación expresa de este derecho a la población, que acude a los centros de salud y hospitales a atender su salud.

4.4 Elementos sobre la Situación de Salud

En nuestro perfil epidemiológico, predomina un patrón de mortalidad, con alto peso de muertes por enfermedades transmisibles e infecciosas. Además, se tiene que lidiar con el incremento de muertes por enfermedades crónicas, de personas adultas mayores.

A este fenómeno, se le conoce como transición epidemiológica y supone un inmenso reto al sector salud, ya que se debe por un lado, dar soluciones a viejos problemas de salud y por otro enfrentar los nuevos.

La disgregación de la información es una limitante para realizar una caracterización del estado de salud de la población, ya que si bien es cierto, a Nivel Central del MINSA existe suficiente información estadística, pero no ha sido compartida, lo que dificulta poder consolidar todos los elementos relacionados a la salud de los y las nicaragüenses.

Debido al acceso limitado de la información estadística sobre el estado de salud de las personas, las ONG se han dado a la tarea de impulsar, la realización de diagnósticos situacionales, que permitan orientar sus acciones en salud.

La sociedad civil, realiza su análisis, a la luz de un contexto integrado, que toma en cuenta el hecho, de que el abordaje de muchas situaciones en salud, trasciende al Sector Salud.

No obstante, el aporte de las organizaciones de la sociedad civil, es muy poco reconocido por el Estado, como fuente de información, para realizar ajustes a programas, planes y estrategias.

Esta situación, debe llamar a la reflexión, en torno a la necesidad de establecer espacios verdaderamente efectivos, para debatir, monitorear y evaluar sistemáticamente la situación de salud de la población nicaragüense, dando salida a los principales obstáculos, para garantizar este derecho.

A pesar, de que algunos indicadores epidemiológicos, muestran un comportamiento de mejoría de la situación, como es el de la mortalidad infantil, es importante señalar, que al comparar estos datos con el avance, que han tenido países con similares condiciones a las de Nicaragua, éstos han tenido un nivel de avance mayor.

Por otro lado, Nicaragua sigue ocupando los índices más bajos en salud y educación de Latinoamérica y esto no es producto de la casualidad, sino que demuestra que las acciones realizadas, no han logrado obtener el impacto necesario.

Es decir, no se ha logrado comprometer a los dirigentes del Estado, ni se ha propiciado la participación de la sociedad civil, en la promoción y defensa de este derecho.

La Salud: Un Derecho Humano

No es congruente, la discreta mejoría económica, con el estancamiento o profundización del mal estado de salud de población nicaragüense. La falta de voluntad política es más determinante que la falta de recursos económicos.

La instauración de estrategias de prevención primaria, no necesariamente deben ser costosas y no necesariamente, debe realizarlas solamente el MINSA. Es posible influir en la formación de estilos de vida saludable de la población, desde las escuelas, las alcaldías, los medios masivos de comunicación, apegados todos a un Plan, rectoreado por el MINSA, lo que no necesariamente, requeriría de una gran cantidad de recursos humanos, técnicos y financieros.

Como se ha señalado anteriormente, un área particularmente débil en el MINSA y que a su vez es clave para la negociación de recursos financieros dentro y fuera del Estado, es la limitada disponibilidad de la información estadística.

Por otra parte, los informes de gestión, año con año muestran el esfuerzo por argumentar, el incumplimiento de las metas establecidas, en los procesos de programación y planificación.

Se intenta justificar, el no descenso de la mortalidad materna a expensa del reducido número de recién nacidos, que son anotados en el registro civil, (denominador de la tasa). Sin embargo, la mayoría de las muertes maternas, se deben a causas (infecciones – hemorragias) por las cuales, ya no deberían morir las nicaragüenses, durante el embarazo, parto ó puerperio.

La capacidad débil de gestión, se manifiesta en las oscilaciones, del presupuesto destinado a salud, lo cual ha hecho, que paulatinamente, se esté trasladando en mayor proporción el gasto de salud a la población y en consecuencia a los hogares pobres y extremadamente pobres.

Esta situación es más crítica en el área rural, donde las poblaciones son dispersas y para poder llegar a un centro de salud público, se debe de recorrer grandes distancias.

En muchas ocasiones, estos centros no están funcionando, por falta de personal, o cuentan con un personal que tienen un nivel básico de entrenamiento, lo cual dificulta el diagnóstico y la prescripción médica o terapéuticas, que garanticen la recuperación de la salud a las personas con mayores carencias de recursos. La gente que más salud necesita es a la que menos se le oferta.

Parte de estas debilidades, han sido determinantes en la generación de crisis en el sistema de salud, lo más preocupante, es que las consecuencias de estas crisis recaen sobre la población y el gobierno, ha mostrado una actitud poco favorable, para dar respuesta oportuna a la población que demanda de la atención en salud.

4.5 Principales Problemas que enfrenta la población en la atención en Salud

La población nicaragüense enfrenta una serie de problemas relativos a la gratuidad, acceso, calidad y pertinencia en la atención de su salud.

En el siguiente cuadro se identifican las principales dificultades que la población enfrenta al momento de acudir a los puestos, centros de salud y hospitales demandando atención.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Gratuidad de la Atención en Salud

a) Gratuidad de la Atención

En el proceso de investigación se identificó que el principal problema que enfrenta la población en relación a la atención en salud es la falta de gratuidad de la atención brindada en los diferentes niveles y áreas de atención.

Las personas deben pagar desde la realización de exámenes diagnósticos o seriados (sangre, orina, heces), éstos servicios no son cubiertos por el MINSA, quien cobra una cuota por la realización de los mismos o bien remite su realización a laboratorios clínicos privados, en donde el costo es elevado.

Esta situación se agudiza más cuando se trata de la realización de exámenes diagnósticos especializados, tales como; tomografía computarizada, endoscopías, ultrasonidos, electrocardiogramas, encefalogramas, etc.

Estos exámenes sólo pueden ser realizados en laboratorios clínicos privados que cuentan con medios de alta tecnología y en consecuencia tienen costos sumamente elevados, que no están al alcance de gran mayoría de la población.

Pero además el MINSA cobra por otros servicios elementales.

Otro aspecto relevante en relación a la gratuidad de la atención en salud es que el régimen de seguridad social no cubre a todas enfermedades ni los tratamientos de las mismas.

Esto significa que las personas aseguradas, pese a que pagan por la atención en salud, no tienen garantía de recibir atención a todos sus problemas de salud, de modo que deben recurrir a los servicios médicos privados para poder reestablecer su estado de salud.

b) Gratuidad de los Medicamentos

A través del proceso de investigación, las personas consultadas en los grupos focales y talleres participativos, identificaron la falta de medicamentos como el principal problema que enfrenta en sistema de salud.

El MINSA al no garantizar a los centros y unidades de salud la distribución de medicamentos necesarios para el establecimiento del estado de salud de las personas que demandan atención, violenta el derecho que éstas tienen a recibir una atención gratuita y de calidad.

Ante esta situación los familiares de los pacientes deben comprar los medicamentos en las farmacias privadas, donde tienen un alto valor. El MINSA, de esta forma, evade su responsabilidad de garantizar la salud de las personas trasladándoselas a ellas mismas.

No obstante, se debe señalar que la falta de medicamentos en los centros, puestos y unidades de salud, no es una responsabilidad exclusiva del MINSA, sino también del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que no destina los recursos financieros necesarios para la compra de medicamentos en el Presupuesto General de la República, y de la Asamblea Nacional que, ante la omisión del Ejecutivo, puede hacer las modificaciones presupuestarias con relación a este rubro.

Acceso a la atención en salud

a) Lejanía de los centros, puestos de salud y hospitales

En la mayoría de los casos, las personas que viven en zonas rurales y en las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Atlántico Sur, tienen que caminar grandes distancias para poder recibir la atención médica. La no atención inmediata en casos de emergencia, genera complicaciones médicas y hasta la muerte.

Además, la lejanía de las unidades y centros de salud, trae como consecuencia inmediata una afectación económica para las familias, quienes en muchas ocasiones, gastan el dinero que tenían destinado para su alimentación en gastos de movilización.

Los casos más dramáticos de inaccesibilidad en la atención en salud, lo vivencian los familiares de las personas, que son transferidas desde sus comunidades a los hospitales de referencia regional o nacional. No existe un programa que facilite el alojamiento y alimentación de éstas, durante el periodo de ingreso de su familiar.

Pero además, la situación se agudiza cuando el paciente ha sido dado de alta o ha fallecido y no cuentan con los recursos económicos para trasladarse a su lugar de origen.

b) Infraestructura Deficitaria de las Unidades en Salud

Las instalaciones físicas de la mayoría de los hospitales del país esta obsoleta y presenta graves riesgos para la población que es atendida en los mismos, y más aún aquellos hospitales ubicados en zonas sísmicas. Los equipos médicos se encuentran deteriorados y muchos de ellos en desuso por la antigüedad de los mismos.

En términos reales, el número de camas disponibles en los centros y unidades de atención, no se corresponden con la demanda de ingreso de pacientes y además las existentes, se encuentran deterioradas debido a que no han sido renovadas desde hace muchos años.

La escasez de camas ocasiona que en muchos casos, que las personas que requieren hospitalización no sean ingresadas, sino que se les atiende a través de la consulta ambulatoria, o bien, personas que deberían continuar hospitalizadas, se les remita a sus casas, para satisfacer la demanda.

Además, la infraestructura de los centros y unidades de salud no prestan las condiciones para que las personas que presentan dificultades en su movilización y utilizan medios auxiliares, puedan ingresar a las instalaciones de salud.

c) Discriminación

Además de las barreras físicas, que impiden el acceso a la atención en salud, persisten ciertas prácticas de discriminación hacia grupos específicos, tales como: integrantes de los pueblos indígenas, personas que conviven con el VIH-SIDA, personas con adicción a drogas y alcohol, niñas y niños trabajadores, indigentes, entre otros.

Esta discriminación se expresa por medio del maltrato que reciben estas personas al momento de ser abordados por el personal de salud.

La forma más común de discriminación, se da en razón de la posición económica de las personas y se evidencia, en el trato preferencial que los trabajadores del sector salud brindan a las personas que, a su juicio, poseen mayores recursos económicos.

La intención de estas actitudes, generalmente, se debe al eventual “beneficio económico” que se puede obtener por ellas.

d) Falta de Medicamentos

El problema más sentido de la población, es la falta de los medicamentos necesarios para la recuperación de la salud. Generalmente, los pacientes sólo reciben las recetas que prescriben medicamentos debido, a que en las farmacias de los centros de atención, ni siquiera cuentan con la lista básica de medicamentos que “supuestamente el MINSA debería proveer”.

La Salud: Un Derecho Humano

La falta de medicamentos, está asociada a una sub-ejecución presupuestaria. Históricamente, el MINSA no ha tenido la beligerancia de ejecutar el presupuesto asignado a “compra de medicamentos”.

Por otro lado en los puestos, centros de salud y hospitales existe un problema de control y transparencia en la distribución de los mismos a la población.

e) Falta de Materiales Básicos para la atención en Salud

Otras de las dificultades, que enfrenta la población, es la falta de materiales de reposición (gasas, vendas, espararagrapos, algodón, guantes quirúrgicos, agujas y jeringas desechables, hilos quirúrgicos, alcohol, antisépticos, etc.), esta situación se constituye en una barrera que impide el acceso a la atención en salud, ya que mientras el paciente no lleve estos materiales no es atendido.

Calidad de la Atención en Salud

a) Maltrato del personal de salud hacia la población

La población que acude a los centros, puestos de salud y hospitales se queja de recibir maltrato de parte de la mayoría del personal de salud.

Se debe señalar, que el maltrato se da en todas las áreas de atención en salud, desde el personal encargado de la seguridad de las instalaciones físicas, recepción y admisión, hasta el personal auxiliar y médico, así como responsables de farmacia.

Por lo general, el personal del sector salud, carece de actitudes afables para atender a la población que acude a estos centros.

El maltrato a las personas que demandan atención en salud, es una realidad cotidiana en los centros, puestos de salud y hospitales. Sin embargo, hay situaciones en las que éste se agudiza, por ejemplo, cuando debido al lenguaje técnico que los médicos utilizan con los pacientes y sus familiares, éstos tienen dificultad para comprender las orientaciones y al pedir se les aclare un asunto, son ultrajados.

b) Negligencia Médica

La población identifica la negligencia médica como otro de los principales problemas que enfrenta el sistema de salud.

Son muchas las denuncias presentadas ante la Procuraduría de Derechos Humanos, Centro Nicaragüense de Derechos Humanos y las presentadas en los medios de comunicación sobre casos en los que por negligencia médica, se ha ocasionado discapacidades, daños orgánicos irreversibles a personas que son sometidas a tratamientos quirúrgicos y aún la muerte.

La población valora que el daño ocasionado por la negligencia en las intervenciones quirúrgicas, se debe principalmente a la debilidad técnica de parte de cirujanos, anesestesiólogos y personal auxiliar. Lo más preocupante es que pese a la existencia de un código médico y la frecuencia de estas situaciones, no se toman medidas de sanción en contra de las personas responsables.

Otra de las grandes deficiencias relacionadas a la negligencia médica, es la limitada capacidad técnica en la emisión de un diagnóstico, es decir, que en muchos casos no se logra identificar de forma asertiva el problema de salud que afecta a la persona.

c) Pertinencia de la Atención en Salud

La pertinencia de la atención está referida a la atención inmediata y adecuada al problema de salud que presenta la persona.

Las principales limitantes en relación a este aspecto, es la práctica generalizada de postergar las intervenciones necesarias para restablecer el estado de salud.

Es común, que las intervenciones quirúrgicas, no sean programadas con la inmediatez requerida, debido a que el sistema de salud no ha establecido los mecanismos que agilicen este tipo de procedimientos.

d) Insalubridad

La insalubridad en las instalaciones de los centros, unidades de salud y hospitales es una problemática, que afecta la salud de las personas que acuden a demandar atención y también al personal del sector salud.

Un ejemplo claro de esta situación, son las constantes infecciones que las personas adquieren en los quirófanos y en las salas de recuperación de los hospitales.

En muchos casos, estas infecciones adquiridas provocan severos daños a la salud de las personas y en otros, hasta la muerte.

4.6 Perfil de Salud de los y las Nicaragüenses, por ciclo de vida

Las acciones orientadas a garantizar el cuidado, atención y recuperación de la salud, además de ser técnicamente adecuadas y sostenibles en el tiempo, deben tomar en cuenta todos los ámbitos y etapas del ciclo de vida.

En este sentido, se deben diseñar programas específicos de atención que consideren las características propias de cada grupo poblacional.

a) Salud de la Niñez y la Adolescencia

Los menores de cinco años, representan el 16% de la población total, y desde el perfil epidemiológico, es el grupo poblacional más afectado por las enfermedades diarreicas, respiratorias, meningitis e inmunoprevenibles.

En el transcurso de la última década, se ha reflejado una mejoría en los indicadores de salud infantil, particularmente en la reducción de la tasa de mortalidad infantil, pero, como se verá más adelante, aún persisten grandes brechas en relación al acceso a la salud de la niñez, que vive en las zonas rurales y municipios de la costa caribe.

Las y los adolescentes y jóvenes representan el 33% de la población y en general, gozan de un buen estado de salud. Las causas médicas más comunes por la que recurren al sistema de salud, están relacionadas a enfermedades infecciosas parasitarias, respiratorias, de salud sexual y reproductiva.

Una de las preocupaciones más serias, en relación a la salud de las adolescentes nicaragüenses, es la alta tasa de fecundidad, principalmente en las zonas rurales.

b) Salud Materna

La salud materna, está referida a una serie de factores, que son determinantes para la salud de las mujeres en general, a saber:

- a) Acceso a la planificación de la familia;
- b) Acceso a los cuidados prenatales y postnatales;
- c) Porcentaje de cobertura institucional de partos.

Según los indicadores básicos de Salud que presenta el MINSA cada año, la tasa de fecundidad, ha disminuido en el transcurso de la última década, de 3.6 en hijos por mujer en 1998 a 3.2 en 2000. Esto se debe principalmente, a la ampliación de la cobertura de los servicios de planificación familiar.

No obstante, persisten grandes brechas, en razón de la ubicación geográfica. El uso de anticonceptivos alcanza el 60% en las áreas rurales, a diferencia del 70.7% en las zonas urbanas, de lo que se desprende, que la mayor tasa de fecundidad se presente en las áreas rurales.

El porcentaje de cobertura de control prenatal para el 2004, experimentó un leve descenso respecto del año 2003, 66.0% y (70%) respectivamente, esto se traduce en fluctuaciones que están relacionados al cuidado y la atención que se debe a las mujeres embarazadas, a saber:

Suplementación en Madres

Cobertura de Suplementación en madres	2003	2004
	%	%
Suplementación de vitamina A en mujeres puérperas que dieron a luz en los últimos 12 meses	12.3	14.3
Cobertura con sulfato ferroso en mujeres embarazadas que dieron a luz en los últimos 12 meses	88.4	83.4

Fuente: Encuesta de Hogares SIVIN- Nicaragua 2002-2003

La tasa de prevalencia de anemia en mujeres embarazadas, ha experimentado un descenso sostenido en los últimos años:

Prevalencia de Anemia en Mujeres no Embarazadas	2000	2003	2004
	%	%	%
	22.3	15.9	9.9

Fuente: Encuesta de Hogares SIVIN- Nicaragua 2002-2003

En relación a las causas de muerte materna, las estadísticas disponibles, reflejan que el mayor porcentaje ocurre, debido a complicaciones obstétricas directas y sólo el 13% ocurre por otras enfermedades pre-existentes, que se complicaron con el embarazo.

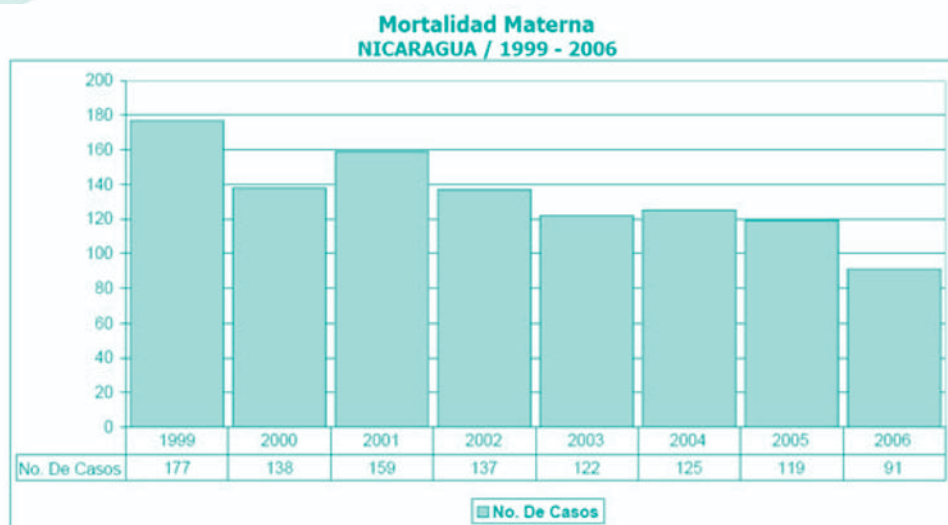
Esto significa, que si la cobertura del parto institucional fuera del 100% y la atención se brindara con calidad y calidez, las muertes maternas se pudieran reducir a su mínima expresión.

La tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos para el 2004, fue de $87.9 \times 100,000$ nvr (se incluye solo causas obstétricas). Esta cifra supera ampliamente la meta propuesta para el 2005 por la ERCERP, que es de 129×100.000 nvr.

Es importante señalar que el MINSa, siguiendo la práctica latinoamericana, sólo registra como muerte materna las exclusivamente debidas a causas obstétricas, obviando aquellas muertes maternas que se deben a otras causas.

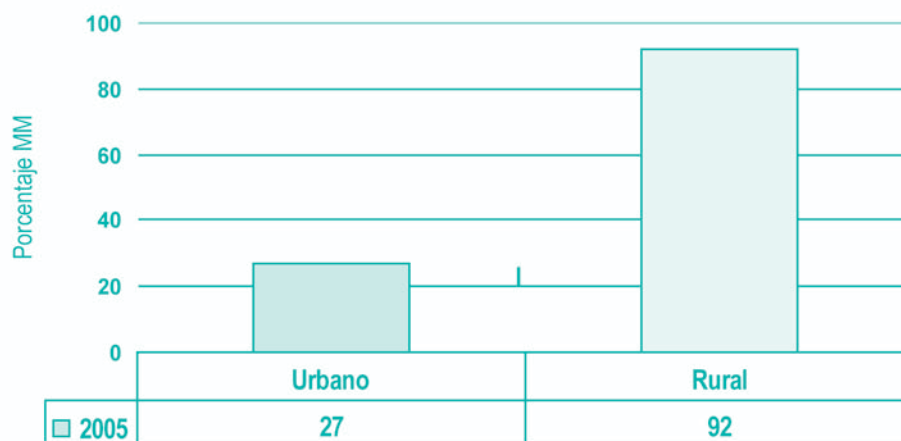
Es decir, que al reducirse el numerador de la tasa, se reduce con ello el cociente resultante, situación que ha sido señalada por la red de mujeres, como un artificio que genera una tasa de mortalidad materna ficticia.

El siguiente gráfico, muestra el comportamiento de la prevalencia de mortalidad materna en Nicaragua, en los últimos ocho años.



Fuente: MINSA- Indicadores Básicos de Salud 2005

Es importante señalar que la tasa de mortalidad materna en las zonas rurales supera ampliamente a la registrada en las zonas urbanas. Esta situación se debe principalmente a la limitada red territorial que el MINSA dispone para atender la salud de las mujeres embarazadas en las zonas rurales.



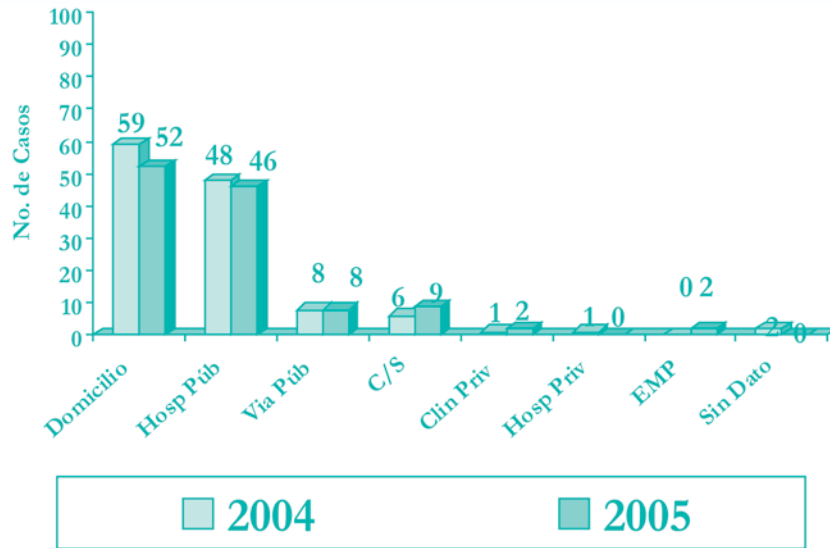
Fuente: SENEVI, SVE, AIM MINSA

Las principales causas de muerte materna que se registran en el 2005 se deben, en orden de prelación a:

Causas de Muerte Materna	2005 %
Hemorragia Post- parto	48
Sepsis puerperal	15
Eclampsia	14
Otras enfermedades maternas que complican el Emb., Parto y Puerperio.	13
Otro trauma obstétrico	6
HTA Gestacional	4

Fuente: MINSA- Indicadores Básicos de Salud 2005

Las muertes maternas obstétricas ocurridas en el domicilio de la mujer embarazada tienen un peso significativo, esta situación pone en evidencia la necesidad de ampliar la cobertura de parto institucional a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a un parto seguro.



Fuente: SENEVI, SVE, AIM MINSA

Otro aspecto de gran relevancia, en el marco de la salud materna, son las altas tasas de embarazos en adolescentes. Para el 2004 el 27.7% de los nacimientos fueron de madres adolescentes, esto contribuye a incrementar el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer que para el 2003 fue de 8.7% y para el 2006 de 8.9%.

Para el año 2005 la mayor prevalencia de embarazos en madres adolescentes se presenta en las regiones autónomas, río San Juan y el municipio de León.

Un factor relacionado a la salud materna, que se debe señalar, es la reciente aprobación de una reforma de ley al Código Penal que penaliza la figura del aborto terapéutico. Esta decisión fue tomada el 26 de Octubre de 2006 con 52 votos a favor, 9 abstenciones y 29 ausencias.

La tradición legislativa nicaragüense, desde sus inicios consideró la figura del aborto terapéutico, el Código Penal de 1837, 1879, 1892 y 1974, establecían que se despenaliza el aborto de causa médica, entendido éste, como aquel que tiene por objeto salvar la vida de la madre, cuando no hay otro tratamiento que hacer.

La decisión legislativa de penalizar el aborto terapéutico, fue tomada en un contexto electoral. La Asamblea Nacional no tomó en consideración la opinión de los especialistas en el tema, como la Sociedad Nacional de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Nacional de Salud Pública; tampoco realizó un proceso de consulta con los

La Salud: Un Derecho Humano

organismos de la sociedad civil. Todas estas instancias en repetidas ocasiones, señalaron las consecuencias negativas de esta decisión legislativa, en la salud materna.

La ley que penaliza en aborto terapéutico recientemente entró en vigencia por lo que en los hospitales el personal médico no está atendiendo a las mujeres que presentan complicaciones relacionadas al embarazo y a las que debería practicársele un aborto terapéutico para salvarle la vida.

La penalización del aborto terapéutico, tendrá un impacto en el aumento de la tasa de mortalidad materna e infantil, en tanto el sistema de Salud no podrá hacer nada para salvar la vida de la madre.

Es importante señalar que la derogación del aborto terapéutico supone un problema de salud pública, debido a las consecuencias negativas en la salud física y psicológica de las mujeres y la de los niños y las niñas.

La muerte materna en Nicaragua, señala una Carta del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, es un problema de salud pública, siendo una de las principales causas, la inaccesibilidad de los servicios de aborto terapéutico y las complicaciones que tienen las mujeres que interrumpen su embarazo en condiciones de riesgo.

Desde el paradigma de los derechos humanos el acceso al aborto terapéutico, señala la Carta del Comité, “es un elemento central para el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres”, la eliminación de esta figura del ordenamiento jurídico nicaragüense, se traducirá en un aumento en la tasa de mortalidad materna.

Se debe señalar que al momento de edición de presente libro, diversos movimientos sociales, para interponer un recurso de inconstitucionalidad en contra de la reforma al código penal, que penaliza el aborto terapéutico.

c) Salud de las Personas Adultas Mayores

De acuerdo a estimaciones del INEC, para el año 2004 el 3.2% de los y las nicaragüenses tenían más de 65 años, este porcentaje, según estimaciones se incrementará de forma progresiva en los próximos años.

Según la OPS-OMS, este grupo de edad, presenta la mayor tasa de afectación por enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares (693 / 100,000), diabetes (155.2 / 100,000), e hipertensión (74.88 / 100,000).

Las principales patologías detectadas en las personas adultas mayores, en orden de prevalencia son las siguientes enfermedades: hipertensivas, artritis reumatoide, cistitis e infección de vías urinarias, y otras enfermedades de origen infecciosas y neumonía.

En este sentido, en el último decenio se ha manifestado un aumento de la demanda en la atención en salud de la población con más de 60 años. Al ser cada vez mayor el porcentaje de personas adultas con enfermedades crónicas, se incrementa la presión sobre el sistema de salud ya que estos demandan más atención en salud.

A fin de garantizar la permanencia de la atención en salud a las personas adultas mayores resulta necesaria la implementación de un programa de atención especializada a las personas adultas mayores, además se debe promover la salud preventiva a fin de evitar complicaciones a la salud.

El Ministerio de Salud debe coordinar a elaboración y formulación de un programa de atención integral en salud con el objetivo de que esta institución pueda crear los servicios, instancias y programas nacionales y locales de salud con criterios de calidad, calidez humana, equidad, gratuidad a las personas adultas mayores

Asimismo, el Estado debe de crear las condiciones que garanticen un estado de bienestar a la población y proveer a los puestos, centros de salud y hospitales de los recursos materiales, humanos y tecnológicos para atender a este grupo poblacional.

d) Salud Mental

Históricamente se relaciona la salud mental con problemas mentales, es importante señalar, que aunque existe un paralelismo entre ambos, la salud mental, es un concepto mucho más amplio que está asociado a factores externos e internos que inciden en la estabilidad emocional de las personas.

Esta concepción distorsionada, sobre el tema de salud mental, ha incidido en el desinterés que el Estado ha mostrado hacia este tema, lo cual se ha manifestado los pocos recursos humanos y presupuestarios asignados a esta área.

A esta situación, se le agrega la poca cultura que existe en la población, para asistencia psicológica ó psiquiátrica. En la mayoría de los casos, las personas no acuden a consulta psicológica, porque temen ser etiquetadas como “locas”; ya que en nuestra cultura prevalece la idea de que la persona que asiste a un psicólogo o psiquiatra es por que está “loco”.

En Nicaragua, los principales problemas de salud mental, están asociados con el uso y abuso de sustancias alcohólicas, alucinógenas, siendo los principales afectados los adolescentes y jóvenes.

Otro problema de salud mental es el incremento de los casos de suicidio y los intentos de éstos, principalmente entre adolescentes y jóvenes, esta situación es consecuencia de una problemática social que requiere la atención inmediata del estado y la sociedad.

La Salud: Un Derecho Humano

A pesar de la alta prevalencia de problemas de salud mental, el MINSA solo destina el 1% de su presupuesto a atender este tipo de problemática. Es importante destacar que del porcentaje asignado al programa de salud mental el 91% del mismo, está destinado al gasto del hospital psiquiátrico. En el país solo existe un hospital psiquiátrico que tiene capacidad de atender a 19 usuarios por 100,000 habitantes, de los cuales el 33% son mujeres.

Si tomamos en cuenta que la población nicaragüense, ha sufrido por generaciones, conflictos bélicos, desastres naturales (terremotos, maremotos, huracanes, deslaves, erupciones volcánicas, etc.). El estado debería focalizar sus esfuerzos en implementar programas que contribuyan a la restitución psicosocial de la población.



Los pueblos indígenas y afro descendientes tienen derecho a una salud gratuita y de calidad.

V Marco Jurídico

Al realizar un análisis detallado, del sistema normativo del Estado nicaragüense, se observa la existencia de un conjunto de leyes, que directa o indirectamente se relacionan con la salud de las personas y el papel que el Estado y la sociedad civil deberían, desempeñar en la promoción, preservación, cuidado y recuperación de la misma.

El objetivo primario de este marco regulatorio, es garantizar la tutela jurídica del derecho a la salud y un conjunto de derechos adyacentes con aquel.

Es decir, las leyes en materia de salud, están orientadas a “tutelar el derecho de las personas a disfrutar, conservar y recuperar su salud”

5.1 Instrumentos Internacionales

A continuación, se enumeran los principales instrumentos nacionales e internacionales, en materia de promoción y defensa del derecho humano a la salud.

5.1.1 Instrumentos del Sistema de Naciones Unidas

- a) Declaración Universal de los Derechos Humanos
- b) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- c) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- d) Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña
- e) Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- f) Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial
- g) Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad
- h) Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas
- i) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer
- j) Declaración Universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición

La Salud: Un Derecho Humano

- k) Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social
- l) Declaración sobre el derecho al desarrollo
- m) Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo
- n) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Cairo + 5
- ñ) Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
 - ñ.1) Declaración de Beijing
 - ñ.2) Plataforma de Acción
- o) Declaración de Alma - Ata
- p) Declaración de UNGASS

5.1.2 Convenios de la Organización Internacional del Trabajo

En este capítulo se enumeran los convenios de la OIT que guardan estrecha relación con el derecho a la salud de las personas:

- a) Convenio sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo
- b) Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil
- c) Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales
- e) Convenio 130, relativo a la asistencia médica y a las prestaciones monetarias de enfermedad
- f) Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos
- g) Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo
- h) Convenio 183 sobre la protección de la maternidad

5.1.3 Instrumentos de la Organización de Estados Americanos

- a) Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre
- b) Convención Interamericana sobre Derechos Humanos

- c) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- d) Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad

5.2 Leyes Nacionales

Los instrumentos jurídicos que a continuación enuncian, son aquellas leyes aprobadas por la Asamblea Nacional, que reconocen directa o indirectamente, aspectos relacionados al derecho a la salud de los y las nicaragüenses.

- a) Constitución Política de Nicaragua
- b) Ley de Organización, Competencias y Procedimientos del Poder Ejecutivo
- c) Ley General de Salud
- d) Código del Trabajo
- e) Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
- f) Reglamento a la Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
- g) Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos frente al SIDA
- h) Reglamento a la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos frente al SIDA
- i) Ley de Seguridad Transfusional
- j) Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar
- k) Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud (Ley No.392)
- l) Reglamento de la Ley No. 392, Ley de promoción del Desarrollo Integral de la Juventud (Decreto No. 25-2000)
- m) Ley de Municipios (Ley No. 40)

5.3 Disposiciones Administrativas

Las disposiciones administrativas, son aquellas normas aprobadas por el Poder Ejecutivo, a través de sus distintas expresiones (Ministerios e Instancias).

A continuación se presentan las principales disposiciones administrativas relacionadas al derecho a la salud:

- a) Acuerdo Ministerial 67- 96 (1996)
- b) Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- c) Decreto de Creación de la Comisión de Lactancia Materna

5.4 Políticas Públicas de Nicaragua

El Estado Nicaragüense, en el transcurso de la última década, ha aprobado un conjunto de políticas públicas de alcance nacional, sectorial o específico. Las Políticas, son instrumentos, que permiten orientar la acción del Estado en torno a temas específicos.

En materia del derecho a la salud, se han aprobado dos políticas específicas, la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud. No obstante, otras políticas nacionales y sectoriales, también recogen elementos relacionados a la salud de la población.

A continuación, se presenta se enumeran las principales políticas públicas, que el Estado Nicaragüense ha adoptado, con la finalidad de operativizar el marco jurídico nacional e internacional, que en materia del derecho a la salud, se han aprobado.

5.4.1 Políticas Globales

- a) Declaración del Milenio
- b) Plan Nacional de Desarrollo
- c) Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza

5.4.2 Políticas de Salud

- a) Política Nacional de Salud 2004 – 2015
- b) Plan Nacional de Salud 2004 – 2015

5.4.3 Otras Políticas Públicas que regulan aspectos relacionados a la salud

- a) Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense
- b) Política Nacional de Población
- c) Plan de Acción de la Política Nacional de Población (2001-2005)
- d) Política Nacional de Participación Ciudadana
- e) Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2001-2006)
- f) Plan de Acción de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2001-2006)
- g) Política de Atención y Protección Integral a La Niñez y la Adolescencia
- h) Plan de Acción Nacional para la Niñez y la Adolescencia
- i) Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes
- j) Plan de Acción de la Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes
- k) Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual (2001-2006.)
- l) Política de Prevención de la Policía Nacional para la Niñez y la Adolescencia
- m) Plan Nacional de Educación (2001-2015)

5.5 Tesoro del Derecho a la Salud

Al realizar una revisión detallada, del sistema normativo del Estado nicaragüense en materia del derecho humano a la atención integral en salud, se observa la existencia de un conjunto de instrumentos internacionales y leyes nacionales, que directa o indirectamente, están relacionadas a las obligaciones del Estado, en relación al derecho a la salud.

A continuación se presenta un catálogo de los derechos reconocidos en materia del derecho humano a la salud.

Derechos a la Atención en Salud	
Derechos	Responsabilidad
Derechos Generales relacionados a la Salud	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud. 2. Derecho a recibir atención en salud de forma gratuita. 3. Derecho a Acceso a los establecimientos de atención en salud. 4. Derecho a recibir atención especializada. 5. Derecho a Recibir atención de Calidad Técnica y Humana. 6. Derecho a acceder a Medicamentos. 7. Derecho a recibir atención primaria en salud. 8. Derecho a habitar en un ambiente saludable. 9. Derecho a condiciones básicas de vida. 10. Derecho a la seguridad social. 11. Derecho a recibir atención en salud mental. 12. Derecho a vivir en condiciones que permitan su desarrollo físico, mental y social. 	<p>Atender el cuidado de su salud. Atender a las disposiciones médicas y sanitarias. Asumir responsablemente la ingesta de medicamentos. Atender las normas higiénicas orientadas a cuidar su salud. Alimentarse sanamente. Cuidar y proteger el medio ambiente. Asumir su responsabilidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Atender responsablemente a los procesos de inmunización. Evitar todas las conductas y hábitos que atenten contra la salud.</p>
Derechos Específicos de la Niñez y Adolescencia	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a recibir la atención y protección por parte de sus padres y tutores. 2. Derecho a recibir una atención médica gratuita y de calidad. 3. Derecho a ser vacunado contra enfermedades inmunoprevenibles. 	<p>Atender el cuidado de su salud. Atender a las disposiciones médicas y sanitarias. Atender las normas higiénicas orientadas a cuidar su salud. Alimentarse sanamente. Cuidar y proteger el medio ambiente.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 4. Derecho a recibir atención especializada. 5. Derecho a recibir los medicamentos. 6. Derecho a que prive el principio del interés superior de niñas y niños. 7. Derecho a acceder a servicios básicos. 8. Derecho a vivir en un ambiente sano. 9. Derecho a la lactancia materna 10. Derecho a recibir una sexual y reproductiva. 11. Derecho a estar protegidos contra la violencia. 12. Derecho a recibir una nutrición adecuada. 	<p>Asumir su responsabilidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.</p>
<p>Derechos Específicos de las Mujeres</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a recibir atención especializada 2. Derecho a la salud sexual y reproductiva. 3. Derecho a recibir atención pre, peri y post natal. 4. Derecho a recibir los suplementos vitamínicos necesarios durante el embarazo. 5. Derecho a un parto institucional 6. Derecho a prevención de enfermedades infectocontagiosas. 7. Derecho a contar con las condiciones para amamantar a sus hijos e hijas. 8. Derecho a la prevención y tratamiento de la infertilidad. 9. Derecho a subsidio laboral con remuneración antes y después del parto. 	<p>Atender el cuidado de su salud. Atender a las disposiciones médicas y sanitarias. Atender las normas higiénicas orientadas a cuidar su salud. Alimentarse sanamente. Asumir su responsabilidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Atender responsablemente a los procesos de inmunización. Evitar todas las conductas y hábitos que atenten contra la salud.</p>

Derechos Específicos de los y las Trabajadores	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a la higiene y la seguridad en el trabajo. 2. Derecho a las condiciones de trabajo adecuadas. 3. Derecho a estar protegidos contra riesgos y accidentes de trabajo. 4. Derecho a recibir las prestaciones de ley en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. 5. Derecho a estar protegido contra el uso de sustancias tóxicas y cancerígenas. 6. Derecho a trabajar en un ambiente saludable. 	<p>Atender a las medidas orientadas a garantizar su integridad física.</p> <p>Atender el cuidado de su salud.</p> <p>Atender a las disposiciones médicas y sanitarias.</p>
Derechos específicos de las Personas con Capacidades Diferentes	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a recibir atención médica especializada y de calidad. 2. Derecho a no ser discriminado. 3. Derecho a recibir tratamiento y servicios de rehabilitación. 4. Derecho a recibir atención sicosocial. 	<p>Atender el cuidado de su salud.</p> <p>Atender a las disposiciones médicas y sanitarias.</p> <p>Evitar todas las conductas y hábitos que atenten contra la salud.</p>
Derechos Específicos de las Personas Adultas Mayores	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a atención especializada en salud. 2. Derecho a la atención odontológica, oftalmológica y ortopédica. 3. Derecho a una nutrición adecuada. 4. Derecho a recibir una atención en salud mental. 5. Derecho a estar protegido contra todas las formas de violencia. 6. Derecho a la atención de enfermedades específicas de las personas adultas mayores. 7. Derecho a la atención en salud sexual. 	<p>Atender el cuidado de su salud.</p> <p>Atender a las disposiciones médicas y sanitarias.</p> <p>Atender las normas higiénicas orientadas a cuidar su salud.</p> <p>Alimentarse sanamente.</p> <p>Evitar todas las conductas y hábitos que atenten contra la salud</p>

Derechos Específicos de Personas que conviven con VIH-SIDA	
1. Derecho a acceder a la atención médica sin discriminación de ningún tipo.	Atender el cuidado de su salud. Atender a las disposiciones médicas y sanitarias.
2. Derecho a recibir tratamiento antirretrovirales.	Atender las normas higiénicas orientadas a cuidar su salud.
3. Derecho a recibir atención psicológica.	Alimentarse sanamente. Evitar todas las conductas y hábitos que atenten contra la salud
Derechos Específicos de los Pueblos Indígenas	
1. Derecho a recibir atención médica de calidad sin discriminación de ningún tipo.	Atender el cuidado de su salud. Atender a las disposiciones médicas y sanitarias.
2. Derecho a que se respeten sus métodos tradicionales de salud	Atender las normas higiénicas orientadas a cuidar su salud.
3. Derecho a ser atendidos en su lengua natal.	Alimentarse sanamente. Evitar todas las conductas y hábitos que atenten contra la salud

VI Nivel de Cumplimiento y Coherencia de las Principales Políticas Públicas relacionadas al derecho a la salud

a) Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio, relacionadas al derecho a la salud son:

1. Reducir la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años.
2. Reducir la mortalidad materna.
3. Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Otros objetivos contenidos en la Declaración de Desarrollo del Milenio que guardan relación con el derecho a la salud son:

1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre.
2. Garantizar el acceso al agua segura.
3. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

La Salud: Un Derecho Humano

Con la finalidad de contribuir al alcance de estos objetivos, el Ministerio de Salud, ha definido las siguientes proyecciones:

- Dirigir las inversiones en salud en función de necesidades y prioridades; Incrementar las cobertura de atención;
- Transformar la actuación y la cultura curativa vigente hacia una visión centrada en promoción y prevención;
- Incorporar la participación activa de la ciudadanía en salud, para asegurar la gobernabilidad y
- Profundizar la Reforma del sector salud.

De igual manera el Ministerio de Salud, ha establecido como prioridades la disminución de las tasas de Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil, Desnutrición crónica Infantil, y la incidencia de Malaria, Dengue, Tuberculosis, VIH / SIDA y diseñó un sistema de indicadores, en el que se establecen las siguientes metas para el año 2005. La finalidad de este sistema es medir el cumplimiento de las metas.

Metas del Milenio	
Indicador	Meta a 2005
Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015 la tasa Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos)	129x 100.000 n.v.
Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015 la tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos)	32x 1000 n.v.
Mortalidad Menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)	7x 1000 n.v.
Acceso a Agua Segura (por ciento de la población)	75.4% de cobertura
Combatir el SIDA, la Malaria y otras enfermedades	--
Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre.	Reducir a 14.3 % la población en extrema pobreza

Fuentes: MINSa Indicadores Básicos de Salud 2005
Encuesta de Hogares SIVIN- Nicaragua 2002-2003

A pesar de los esfuerzos realizados, el primer informe de cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio, señala que el Estado Nicaragüense aún enfrenta grandes desafíos para alcanzar la mayoría de las metas.

Entre las dificultades encontradas está, la poca “confiabilidad” de los datos ofrecidos por el MINSa, como resultado del limitado seguimiento y monitoreo que se brinda a los indicadores de cumplimiento de las metas del milenio.

A continuación se presentan una serie de valoraciones con relación al cumplimiento de las metas de desarrollo del Milenio:

I. Reducir la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años

En 1990, fecha de adopción de los Metas de Desarrollo del Milenio, la tasa de Mortalidad Infantil en niños menores de 1 año fue de 52 muertes, en relación a este dato se planteó que para el 2015 la meta a alcanzar sería de 17.3. Para el año 2001, según ENDESA, la tasa fue de 35.

Esto significa que en el transcurso de un decenio se logró reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año solo en un 32.6. Cabe señalar que en las zonas rurales y las regiones autónomas en donde el MINSA no tiene suficiente presencia las tasas de mortalidad infantil continúan siendo altas, la disminución se da dado principalmente en las zonas urbanas y peri-urbanas.

La experiencia internacional demuestra que para reducir la tasa de mortalidad infantil por debajo de 30x1000nvr se deben realizar grandes inversiones, debido a que el peso de las muertes neonatales (de 0 a 28 días) empieza a ser mayor, y la reducción de ésta requiere de tecnología médica sofisticada y recursos humanos especializados.

Esto señala que para tener una reducción significativa de la tasa de mortalidad infantil, el Estado de Nicaragua debe realizar fuertes inversiones en Salud, principalmente en el cuidado y atención de recién nacidos.

En el caso de la Mortalidad de Menores de 5 años, en 1990 la Tasa fue de 68 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, la meta planteada para el 2015 fue de 22.6. Para el 2001 la Tasa era de 38 x 1,000 nvr.

En el caso de la mortalidad infantil de menores de 1 año, la tendencia de reducción anual es apenas 0.2 defunciones (reducción de 0.7 entre 1998 y el 2001 en el quintil más pobre de la población), se pretende que al 2015 la tasa de reducción de mortalidad infantil entre los pobres sea de 47.9.

Esto indica que los segmentos poblacionales pobres y extremadamente pobres son los que enfrentan los principales problemas en relación a la disminución de las tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Una de las críticas más incisiva a las metas del milenio está relacionada al proceso de formulación de las mismas, para algunos segmentos de población, las Metas en materia de salud estaban alcanzadas desde que se establecieron -el quintil, con más alto bienestar según las Encuestas de Demografía y Salud.

Sin embargo, para los quintiles con menos bienestar, las metas relacionadas a la salud infantil, es poco probable que se cumplan plenamente, de acuerdo a proyecciones basadas en información histórica oficial.

2 Reducir la mortalidad materna

La Mortalidad Materna en 1990 presentó una tasa de 160 por cada 100,000 nacidos vivos, de acuerdo a este dato la meta al 2015 es de 40 MM X 100,000nvr.

Entre 1992 y el 2002 el Ministerio de Salud registró un total de 1585 muertes maternas para un promedio de 144 anual.

La Razón de Mortalidad Materna en los últimos 15 años presenta grandes fluctuaciones, en 1992 se registró una tasa de 91 muertes, en los años 1996, 1997 y 1999 la tasa osciló alrededor de las 120 MM. Para el 2004 la tasa registrada fue de 88. Se pretende que al 2015 la tasa de muerte materna descienda a 30, lo que dadas las condiciones, parece poco probable.

Si en el transcurso de próxima década los servicios de salud para las mujeres no superan los enormes obstáculos que enfrenta actualmente: bajo presupuesto para atención de la salud materna; baja cobertura de parto institucional en las zonas rurales; poca o nula promoción de la salud preventiva; falta de especialización de los recursos, etc. Las metas del milenio no pasarán de ser una declaración de intenciones.

Desde 1996 fue instalado el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna que tiene como finalidad monitorear los aspectos relacionados a salud materna, sin embargo, el sub-registro sigue siendo importante al igual que persisten debilidades en la calidad del diagnóstico.

El sistema pese a sus esfuerzos no siempre capta los casos de mujeres fallecidas en sus viviendas, que fallecen sin ningún contacto con el sistema de salud y son sepultadas en sus comunidades. Esta situación se presenta sobre todo en la zona rural, en que hay poca accesibilidad geográfica a los servicios de salud.

Asimismo, no se registra como mortalidad materna los casos de mujeres embarazadas que mueren producto de la violencia intrafamiliar. En muchos casos, estas situaciones ni siquiera llegan al sistema de salud.

Por otro lado, no se registra como “muerte materna” el fallecimiento de una mujer embarazada producto de la ingesta de sustancias tóxicas, el sistema registra éstos casos, como suicidio e ignora el hecho de que generalmente lo que las mujeres intentaban era provocarse un aborto y no suicidarse.

Esta situación se pudiese superar si se practicara una autopsia clínica o psicológica, a fin de establecer las causas de la muerte, así como los factores asociados a éste hecho.

Una de las principales limitantes para la identificación precisa de la causa de muerte en estos casos, es la falta de recursos humanos y materiales para practicar la autopsia, así como la negativa de los familiares a la realización de este procedimiento.

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados para reducir la tasa de mortalidad materna, es poco probable que para el 2015 se alcance esta meta de acuerdo a las proyecciones actuales.

3. Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Según el primer informe de la cumbre del milenio, para mayo de 2002 se reportaron 877 casos seropositivos acumulados, de los cuales 392 han enfermado y 208 personas han fallecido.

La tendencia es ascendente y acelerada, con un incremento anual de 24% de casos, reportándose una tasa de 4.2 casos por 100,000 habitantes a mayo de 2002.

En los últimos años, la epidemia se ha caracterizado por una rápida feminización, la relación hombre-mujer en el 2000 era de 7 por 1, respectivamente, pasando ya a una relación de 3 por 1 en el 2002.

Hasta la fecha, el logro más evidente, es el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica, lo que contribuye a tener un registro más confiable que oriente la toma de decisiones públicas en torno a la epidemia. Así mismo en el marco de la lucha contra el VIH-SIDA recientemente se elaboró y aprobó la Política Nacional de Prevención y Atención del VIH- SIDA y su Plan de Acción.

Uno de los obstáculos identificados, es que no a todos los SILAIS se les ha dotado de los recursos tecnológicos necesarios, para realizar las pruebas diagnósticas, de modo que el acceso a la realización de pruebas no es equitativo. De igual manera el acceso a retrovirales está limitado a sólo un 20% de las personas que conviven con el VIH- SIDA.

En relación a la lucha contra el SIDA, la tendencia es alarmante, contrario a las expectativas de detener la epidemia, en los últimos años se ha reflejado un incremento de la misma.

La tendencia de la malaria es, a la reducción del número de casos, para el año 2000 se reportó un total de 24,014 (19.2 % del total de Centroamérica). Casi la mitad de los casos ocurren en menores de 15 años, y el 17.5 % en menores de 5 años.

La mortalidad por malaria, ha tenido una disminución drástica entre 1988 y 2001, pasando de 52 a 2 fallecidos en el último año.

La Salud: Un Derecho Humano

Si bien, la tasa de mortalidad causada por malaria se ha reducido considerablemente, con una marcada tendencia a alcanzar un valor nulo, la tasa de prevalencia en la población es aún preocupante, principalmente en las épocas lluviosas donde se presentan brotes epidémicos.

En el caso de la tuberculosis, se ha observado una disminución en la incidencia nacional de más del 50%, pasando de 88 casos por 100,000 habitantes en 1987 a 42 en 2001.

Tomando en cuenta que los ODM, están encaminados al desarrollo de la población, principalmente de la que enfrenta situaciones de vulnerabilidad, es necesario redireccionar los programas actuales de atención, debido a que los mismos están orientados a visualizar la salud como un servicio sujeto a las leyes de la oferta y la demanda y las condicionalidades económicas de “los usuarios”, lo que se traduce en poco acceso a la atención integral en salud.

De igual manera se deben cambiar los términos en que es aceptada la cooperación externa, a fin de poder cumplir con los ODM, los que está relacionado principalmente a un aumento significativo en la inversión en el sector social.

Es fundamental rediseñar el enfoque de estabilidad macroeconómica contenido en los Programas de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza del FMI, ya que éste tiene un impacto negativo sobre las propias posibilidades de lograr cumplir los ODM.

Por ejemplo, no se puede mejorar el acceso a la salud para niños, niñas, adolescentes y mujeres del área rural cuando en las Proyecciones del “Marco Presupuestario de Mediano Plazo”, elaborado de acuerdo con el FMI, el techo para el Gasto del Gobierno (excluyendo el servicio de la deuda y las transferencias al Banco Central) se mantendría virtualmente “congelado” en alrededor del 20% del PIB. En ese marco el presupuesto del MINSA pasa de 3.1% en el 2000 al 3% en 2006 y se mantendría así hasta el 2008. Es decir, que las condicionalidades no permiten mayor inversión pública en la salud.

Bajo este escenario, no se lograra cumplir con las ODM, ni con las metas nacionales establecidas en torno a la Salud. De ahí el pronóstico del “Plan Nacional de Desarrollo Operativo” que, taxativamente señala:

“escasamente se podrá cubrir la demanda adicional de servicios (sociales) asociada al crecimiento de la población, pudiéndose aumentar el rezago histórico, en estos sectores”.

Con ello se continuará, condenando a segmentos muy grandes de la población nicaragüense, a la transmisión intergeneracional de la pobreza y a las desigualdades sociales.

b) Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo, es una estrategia para reducir la pobreza. Como una estrategia para luchar contra la pobreza es la promoción de la salud, desde la perspectiva del Plan Nacional de Desarrollo, la atención en salud debe ocupar la atención del Estado y la Sociedad.

Los lineamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo en materia de promoción de la salud, entre otros, son los siguientes:

1. Aumento de la cobertura y calidad de “los servicios” de salud
2. Promover cambios en la conducta de los hogares para promover la cultura de la prevención y cuidado de la salud.
3. Profundizar las reformas vitales para que el Ministerio de la Salud pueda realizar efectivamente ejercer su función rectora del sector salud.

Para medir el cumplimiento de los lineamientos, se diseñó un sistema de indicadores, en el mismo se establecen objetivos específicos para cada año. Las metas establecidas son:

Plan Nacional de Desarrollo									
Metas en Salud y Nutrición 2006-2015									
Concepto	Año Base	Cifra	Meta						Cump
			2006	2007	2008	2009	2010	2015	
TMM por 100,000nvr	2004	88.6	83	75	67	65	63	22	87.9
Cobertura Partos Institucionales	2003	50.0	57.7	60.2	62.6	64	66		51.6
Cobertura Cuidados Prenatales	2003	69.6	78	80	81	83	84		66
Cobertura Captación Precoz del Embarazo	2003	31.9	38	40	42	44	46		34.4
TMI por 1,000nvr /I	2001	31	---	30	---	---	27	20	31
Cobertura de BCG < 1a	2004	87.8	93	95	97	99	99		87.6
Cobertura OPV3 < 1a	2004	79.8	92	93	94	94.5	95		79.8
Cobertura Pentavalente <1a	2004	79.4	92	93	94	94.5	95		79.4
T M Menores de 5a /I	2001	40	---	39	---	---	33	24	45
Prop de muertes por EDA < 5a	2004	9.1	7.4	7.2	7	6.5	6.3		7.5
Prop de muertes por IRA < 5a	2004	8.6	9.3	8.9	8.7	8	7.8		9.8
Demanda insatisfecha de P F muj con pareja 15 a 19a /I	2001	19.8	---	18	---	---	17		
Demanda insatisfecha de P F muj con pareja 20 a 24a /I	2001	17	---	16	---	---	15.4		
Cobertura de P Familiar MEF	2003	25	27	27.5	28	28.5	29		
Tasa de utilización MAC seguros en MEF	2003	64.1	66	67	68	69	70		
Porcentaje de Desnutrición Crónica en <5a /2	2001	17.8	16.5	---	---	---	12.8		
Tasa de Prevalencia VIH/SIDA (100,000)/3	2003	12.9	16.1	16.6	17	17.5	18	Comenzar a revertir epidemia	29.4
Porcentaje de PVVS con tratamiento (de los que ameritan)/3	2003	21	85	85	85	85	85		88.8
Porcentaje de Centros escolares con maestros consejeros, docentes y población estudiantil (2ria y 5to y 6to grado 1ria) capacitados sobre ITS/VIH/SIDA	2004	0	21	26	31	36	41		

Fuente: Ministerio de Salud.

1/ Proviene de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA)

2/ Proviene de la Encuesta de Medición del Nivel de Vida (EMNV)

3/ Evaluación Nonestral 2006 Programa ITS/VIH/SIDA MINSA.

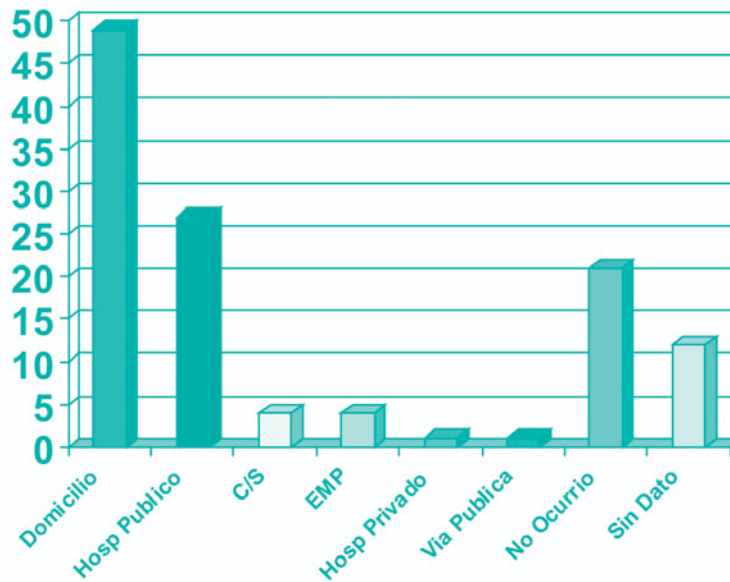
El Plan Nacional de Desarrollo retoma tres aspectos fundamentales de los objetivos de desarrollo del milenio, a saber:

I) Salud Materna

Según el MINSA, la tasa de muerte materna en el 2004 fue de 88.6x 100.000 nvr., el PND estableció la meta de alcanzar una tasa de 83 para el 2005, sin embargo es este año la tasa de muerte materna alcanzó los 87.9.

Las metas relacionadas a la muerte materna, han mostrado un comportamiento fluctuante en el último quinquenio, no obstante, se evidencia una tendencia a la disminución de las mismas.

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico la mayoría de las muertes maternas ocurren en el domicilio, es decir, fuera del sistema. Este dato refleja la necesidad de ampliar la cobertura de atención institucional del parto.



Fuente: SENEVI, SVE, AIM MINSA

Esta situación es más preocupante aún en las comunidades rurales y de difícil acceso y las regiones autónomas en donde las tasas de mortalidad materna son aún bastante altas, esto se debe a que el MINSA no ha destinado los recursos financieros y humanos necesarios, para atender a esta población que generalmente vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

En relación a la cobertura de Parto Institucional, el PND establece que para el año 2006 se debe alcanzar un 57.7% de cobertura, 7.7 puntos porcentuales más que en el 2003. Para el año 2005 la cobertura fue de 51.6%, lo que refleja que aún no se ha alcanzado la meta propuesta.

La Salud: Un Derecho Humano

La cobertura de parto institucional, ha aumentado significativamente en las zonas urbanas y peri urbanas de la región del pacífico, no obstante, en la región central los avances son bastante limitados y en la zona del caribe, casi nulos. Nuevamente se reafirma que la población que enfrenta condiciones de vulnerabilidad, es la más afectada por la limitada capacidad del MINSA para atender el parto.

Respecto a la Cobertura de Control Prenatal, el PND plantea que para el 2006 se debió alcanzar una cobertura del 78% -8.4 puntos porcentuales más que en el 2003-, no obstante para el año 2005 era de tan sólo el 66%.

El Control Prenatal, resulta determinante para la salud materno-infantil, ya que incide directamente en el estado de salud de la madre y el hijo. El hecho de que un 34% de las mujeres no tengan acceso al mismo, supone un enorme obstáculo para alcanzar otras metas relacionadas a la salud del binomio madre-hijo.

La Captación Precoz del Embarazo ha sido una de las prioridades del MINSA, el PND se estableció la meta de alcanzar una cobertura del 38% para el año 2006- 6.1 puntos porcentuales más que en el 2003. Al 2005 la tasa de cobertura alcanzaba el 34.4%.

Las principales dificultades para alcanzar la meta en relación a la captación precoz del embarazo, se enfrenta en las zonas rurales del país, en donde el MINSA tiene una presencia limitada y la población se encuentra dispersa en un espacio geográfico, que es, en muchas ocasiones, de difícil acceso.

2) Salud Infantil

La tasa de muerte infantil en menores de uno y cinco años en 2001, fue de 31 y 40 x 1,000nvr respectivamente, sobre la base de estos datos, el PND se propuso la meta, de reducir ambas tasas a 30 y 39 respectivamente al 2007. Para el año 2005 la tasa de mortalidad en menores de un año, fue de 31 y en menores de cinco años fue de 45.

Las tasas de mortalidad en niños menores de uno y cinco años ha disminuido significativamente, en el transcurso de la última década, sin embargo, en las áreas rurales de la región central y norte del país, aún persisten tasas muy elevadas. Esta situación es más dramática en las Regiones Autónomas del Caribe.

Respecto a la Cobertura de Inmunizaciones el PND se estableció como meta incrementar la cobertura de Cobertura de BCG < 1ª, OPV3 < 1ª y pentavalente < 1ª, de un 87.8%, 79.8% y 79.4% respectivamente en 2001 a 93%, 92% y 92% en 2006. Sin embargo, a la fecha las tasas de coberturas no han mostrado un incremento significativo.

La cobertura de inmunizaciones en niños y niñas, se ha incrementado significativamente. Los principales obstáculos se enfrentan en las zonas rurales y

del caribe nicaragüense en donde el porcentaje de niños y niñas no inmunizados supera ampliamente a los de la región del pacífico.

La tasa de muertes por EDA e IRA en 2001 fueron de 9.1 y 8.6, en base a este dato, el PND se propuso disminuir las tasas, sin embargo, las muertes relacionadas a muertes por infecciones respiratorias y diarreicas en niños y niñas continúan siendo altas.

La tasa de Desnutrición Crónica en <5ª en 2001 fue de 17.8, en base a este dato el PND se planteó disminuir la tasa a 16.5 en 2006.

Los indicadores de nutrición infantil no han mejorado en los últimos años y lo que resulta más preocupante es el hecho de que no existe voluntad política de destinar recursos para atender este problema de parte del gobierno.

Contrario a la lógica economicista desde la que se formuló el PND, y desde el cual se reconoce la importancia de la formación de “capital humano” el gobierno parece no inmutarse frente a las consecuencias que de por vida deja la desnutrición infantil.

3) Planificación Familiar

La demanda insatisfecha de métodos de Planificación Familiar en parejas de 15 a 19 años en el 2001 fue de 19.8%, y la meta propuesta para el 2007 era reducir este porcentaje a 18%.

En las parejas de 20-24 años la tasa de demanda no satisfecha alcanzó en este año el 17%. Para el 2007 el PND se propuso disminuir este porcentaje a 16.

El acceso universal a los métodos de planificación familiar, continúa siendo una aspiración para un porcentaje significativo de nicaragüenses, particularmente de los y las que viven en las zonas rurales del centro, norte y caribe del país.

Para lograr la implementación de las metas sobre salud establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, se debe reorientar las asignaciones presupuestarias que el Estado asigna al sub-sector público.

Es necesario incrementar significativamente los recursos financieros destinados a la atención en salud, pero también es importante señalar que los recursos deben ser orientados prioritariamente al nivel primario de atención, a fin que se pueda atender de manera expedita y con calidad, los problemas de salud de la población.

Además, de la necesidad de destinar los recursos financieros necesarios para alcanzar estas metas, se debe superar la visión economicista que el Plan Nacional de Desarrollo plantea para la orientación de los recursos del Estado.

La Salud: Un Derecho Humano

El Plan establece, que se debe priorizar la inversión en los espacios geográficos de mayor productividad (pacífico y centro de nicaragua), de esta forma relega a la población que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad y que habita en las zonas que, de acuerdo al PND, presentan un bajo índice de productividad.

Si tomamos en cuenta, que los avances en la implementación de las metas relacionadas a salud son mínimos, se hace necesario evaluar y rediseñar los lineamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo.

c) Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza

La Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) expresa las reformas económicas, sociales e institucionales que el Estado Nicaragüense, asumió como compromiso ante los donantes, al ser dispensada la deuda externa.

Es decir, la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza, es el instrumento a través del cual se pretende alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio.

Según la ERCERP los recursos que se liberaron con la condonación de la deuda interna, deberían ser orientados a la inversión social, principalmente a la salud y la educación. En este sentido, la Estrategia contiene un conjunto de objetivos a mediano y largo plazo con los cuales se pretende contribuir al desarrollo humano sostenible.

Las principales metas relacionadas a la salud que se expresan en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza, están relacionadas a la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil, salud materna, planificación familiar, acceso al agua y al saneamiento, etc.

A continuación se detalla el nivel de cumplimiento de las metas referidas a la salud, establecidas en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza.

Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (Metas en Salud y aspectos relacionados)	
	Nivel de Cumplimiento a 2005
META: <i>Reducir la mortalidad materna de 148 por cien-mil nacidos vivos en 1999 a 129 por cien mil nacidos vivos.</i>	Razón de MM de 87.9 muertes maternas en 2005.
Indicadores Intermedios <ul style="list-style-type: none"> Incrementar la cobertura de partos institucionales de un 47% en 1999 a 62% en el 2005. Incrementar la cobertura de cuidados prenatales de un 71.6% en 1999 a 86% en el 2005. Incrementar la cobertura de captación precoz del embarazo de 31.9% en 1999 a 44% en el 2005. 	Cobertura de Partos Institucionales en el 2005 fue 51.6% . La captación de mujeres para Cuidados Prenatales en el 2005 fue de 66% . La captación de mujeres embarazadas en el 1er trimestre de embarazo para Cuidados Prenatales en el 2005 fue de 34.4%.
METAS: <i>Reducir la mortalidad infantil en niños menores de un año de 40 por mil nacidos vivos en 1998 a 32 por mil nacidos vivos.</i>	Tasa de Mortalidad Infantil en el 2004 de 31 x 1,000nvr
<i>Reducir la mortalidad en niños menores de 5 años de 50 por mil nacidos vivos en 1998 a 37 por mil nacidos vivos</i>	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años en el 2004 de 40 x 1,000nvr
Indicadores Intermedios <ul style="list-style-type: none"> Incrementar la cobertura de inmunizaciones (%) para niños menores de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> Cobertura de BCG, de 99 Cobertura de antipolio (OPV3), de 91 a 94.5% Cobertura de Pentavalente (3d), de 70 a 94% Incrementar la cobertura de inmunizaciones de 3d. de antipolio para niños menores de 5 años de 83.8% en 1998 a 94% en el 2004 (medido por el EMNV) Reducir la incidencia de diarrea en niños menores de 5 años de 21.9% en 1998 a 16% en el 2004 Reducir la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de 27.3% en 1998 a 20.8% en el 2004 	Cobertura en 2005 de 87.6% Cobertura en 2005 de 79.8% Cobertura en 2005 de 79.4% --- --- ---

La Salud: Un Derecho Humano

<p>META: <i>Garantizar el Acceso a Salud Reproductiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Reducir de 27.1% en 1998 a 24.8% la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 15 y 19 años 	A medirse con ENDESA 2006.
<p>Indicadores Intermedios</p> <ul style="list-style-type: none"> Reducir de 19.7% en 1998 a 18% la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 20 y 24 años Incrementar de 21% en 1999 a 23% en el 2005 el porcentaje de mujeres en edad fértil que tienen acceso a planificación familiar. Iniciar un programa de educación en población para estudiantes en escuelas públicas y un programa no formal en el año 2002. 	A medirse con ENDESA 2006.
<p>META: <i>Reducir la tasa de Desnutrición Crónica</i> <i>Reducir desnutrición crónica en niños menores de 5 años de 19.9% en 1998 a 16% en el 2004</i></p>	A medirse con ENDESA 2006.
<p>Indicadores Intermedios</p> <ul style="list-style-type: none"> Reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de 19.9% en 1998 a 17.9% en el 2001 y 16% en el 2004. 	Tasa de Menores de 5a con Desnutrición Crónica en 2004=17.8%
<p>META: <i>Aumentar acceso a agua</i> <i>Aumentar cobertura nacional de agua de 66.5% en 1999 a 75.4% en 2005</i></p>	Cobertura de Agua Potable a nivel Nacional en el 2004 de 75.8%
<p>Indicadores Intermedios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumentar acceso a agua segura y saneamiento en áreas rurales dispersas de 39% en 1999 a 53.5% Incrementar la cobertura nacional de agua potable en 1.4 puntos porcentuales anuales promedio durante 2000-2005. Incrementar el acceso a agua segura en áreas rurales dispersas en 2.4 puntos porcentuales anuales promedio durante 2000-2005. 	Cobertura de Agua Potable a nivel Nacional en el 2004 de 75.8%
<p>META: <i>Aumentar el Acceso a alcantarillado</i></p>	
<p>Indicadores Intermedios</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumentar acceso nacional a saneamiento del 84.1% en 1998 a 88.0% en el 2004. Incrementar el acceso nacional a saneamiento en 4 puntos porcentuales durante 2000-2004. Incrementar el porcentaje de población urbana con acceso a alcantarillado en 1.7 puntos porcentuales anuales promedio 	Acceso a Saneamiento Básico en 2004 de 86.2%

Fuentes: MINSA Indicadores Básicos de Salud 2005
Encuesta de Hogares SIVIN- Nicaragua 2002-2003
ENDESA: 2001

1) Salud Materno-Infantil

De acuerdo a los datos presentados por el MINSA, la meta de reducir la tasa de mortalidad materna a 129x 100.000 nvr en 2005, se sobre-cumplió al reducirla a 119 de muertes maternas en este año. El 77.3% de las muertes maternas se registraron en las zonas rurales y sólo el 22.6% en las zonas urbanas.

Es necesario subrayar, que los datos oficiales del MINSA se contradicen internamente, ya que según sus datos, se logró un sobre cumplimiento de la meta de reducir la tasa de mortalidad materna, pero no se cumplieron con los indicadores de cobertura de parto institucional, control prenatal y captación precoz del embarazo.

Resulta contradictorio, que se logre el cumplimiento de la meta de reducir la mortalidad materna, cuando no se cumplió con sus indicadores intermedios, los que son determinantes para el logro de la misma. Desde la aprobación de la Estrategia hasta la fecha los logros obtenidos en relación al incremento de la cobertura de parto institucional, control prenatal y captación precoz del embarazo son bastante limitados.

Es importante señalar, que para alcanzar el cumplimiento pleno y efectivo de esta meta sobre salud materno-infantil, se hace necesaria la capacitación permanente del personal de salud.

2) Salud Infantil

La tasa de mortalidad infantil en la década de los 90, ha mostrado una clara tendencia a la disminución, no obstante, desde el año 2000 la tasa no ha descendido significativamente.

Los mayores índices de mortalidad infantil se presentan en los departamentos de la región central y norte (Juigalpa, Matagalpa, Ocotal, entre otros), así como en los municipios de las regiones autonómicas. Estos territorios se caracterizan por la dispersión espacial de la población, es un territorio basto y su geografía es accidentada, por lo que se dificulta su acceso.

A esto, se debe agregar que el MINSA cuenta con una red territorial limitada y que los recursos humanos disponibles, carecen del nivel de especialización requerida, ya que tradicionalmente los recursos financieros y humanos se focalizan en las zonas urbanas y semi - rurales de la región del pacífico.

Igualmente el nivel de cobertura de inmunizaciones, en el transcurso del último quinquenio, no ha mostrado un incremento. Las metas de cobertura de BGG, OPV3 y Pentavalente propuestas por la Estrategia de Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza, están orientadas a alcanzar un nivel de cobertura superior al 99% en la primera y 94% en las otras.

La Salud: Un Derecho Humano

En ninguno de los casos, se ha alcanzado la meta propuesta y la brecha entre lo propuesto y lo real es amplísima. Un gran porcentaje de la niñez no está inmunizada y por lo tanto está expuesta a la adquisición de enfermedades, que son prevenibles. Esta situación repercute en la tasa de morbi-mortalidad infantil.

La incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias en la población infantil de las zonas rurales y urbanas del país, ha mostrado un comportamiento fluctuante en los últimos años. Principalmente en la temporada de invierno, donde se presenta un repunte significativo de estas enfermedades.

Es importante señalar, que pese a los esfuerzos realizados por el MINSA, por evitar el incremento de estas enfermedades, la falta de una cultura de prevención de la salud en la población, facilita la aparición de estos brotes epidémicos.

De igual manera, es necesario resaltar que la alimentación, es uno de los derechos fundamentales de las personas, ya que garantiza el desarrollo físico, cognitivo y emocional, por lo que se debería de diseñar programas de atención nutricional.

En este sentido, es necesario destacar que la desnutrición infantil crónica y severa, ha alcanzado grandes dimensiones, sobre todo en las zonas rurales del país. Esta situación debe de llamar la atención al Estado y debería considerarse como una de sus principales prioridades.

El problema de la desnutrición en Nicaragua, se debe a que la mayoría de las familias, no tienen los ingresos necesarios para garantizarse una alimentación adecuada y porque también no existe una cultura alimenticia adecuada.

3) Salud Reproductiva

Los servicios de salud sexual y reproductiva, deberían estar orientados a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, en la actualidad el MINSA limita su atención, a la Planificación Familiar, Prevención y Atención de Infecciones de Transmisión Sexual.

Los servicios de planificación familiar, están orientados fundamentalmente a la población femenina en edad fértil (15 -49 años). De acuerdo a datos del MINSA en el año 2001 el 27.1% de la población, no tenía acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.

Es importante advertir, que los servicios de planificación familiar brindados por el MINSA están destinados exclusivamente a las mujeres, de esta forma se refuerza la concepción negativa, de que la mujer es la única responsable de la planificación familiar.

Ante esta situación, se hace necesaria la implementación de programas que promuevan la participación de los hombres en la planificación familiar, habida cuenta que los derechos sexuales y reproductivos son extensivos a todas las personas, independientemente de su sexo o edad.

Otro de las debilidades encontradas en materia de derechos sexuales y reproductivos, es la focalización de estos servicios a un grupo poblacional específico, excluyendo a las personas adultas mayores, como si estos hubiesen perdido sus derechos sexuales.

Otro aspecto preocupante en materia de salud sexual y reproductiva, es la alta prevalencia de VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes.

En el último quinquenio, se ha presentado una tendencia al incremento, esto se debe a que la población en edad reproductiva, ha aumentado significativamente; inician sus relaciones sexuales a temprana edad y las medidas implementadas por el MINSA, posiblemente no han sido lo suficientemente efectivas.

Es importante resaltar, el rol de la sociedad civil organizada en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente de las mujeres y los y las adolescentes. En la práctica, gran parte de los servicios de atención de sexual y reproductiva recae sobre los centros alternativos de las ONG, quienes de una u otra manera han contribuido a paliar esta situación.

El hecho de que las ONG hayan asumido la responsabilidad, que le corresponde al Estado por mandato jurídico, con relación a la atención de la salud sexual y reproductiva de la población, ha generado que el sector salud, no destine los recursos financieros, materiales y humanos necesarios para una debida atención.

4) Acceso al Agua

El acceso al agua potable, es un factor determinante en la salud de la población, principalmente en los niños y las niñas menores de 5 años.

Pese a los esfuerzos realizados por el Estado y Organismos Internacionales, para el año 2001, solamente el 69.9 % del total de la población, tenía acceso a agua segura. La cobertura en las áreas urbanas alcanzó un 85.7% y en las zonas rurales sólo un 48.5%.

Lo anteriormente señalado, demuestra la relación existente entre la falta de agua potable en las zonas rurales y la prevalencia e incidencia de las enfermedades diarreicas.

La Salud: Un Derecho Humano

Otro factor de gran relevancia en la salud de la población, es el acceso al alcantarillado. Para el año 2001 sólo el 32.7% de la población urbana tenía acceso a este servicio (incluidas letrinas, fosas sépticas y sumideros), en el caso de las poblaciones rurales la situación es más aguda.

La falta del servicio de alcantarillado ocasiona los brotes de enfermedades infectocontagiosas, que afectan principalmente a los niños, niñas y personas adultas mayores.

Esta situación resulta preocupante, debido al desinterés del Estado por dar solución a esta problemática. Los principales logros alcanzados se deben a los esfuerzos realizados por agencias de cooperación internacional, en los que el Estado tiene generalmente una participación mínima.

La Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza señala está orientada a superar la “fuerte dimensión social en la pobreza” que es ocasionada en parte por la limitada atención en salud.

Respecto a las perspectivas de cumplimiento de las metas relacionadas al derecho a la salud, la Coordinadora Civil ha señalado en múltiples ocasiones que, bajo las condiciones actuales, es poco probable que éstas se alcancen.

De acuerdo a las valoraciones de los actores involucrados, las acciones realizadas para erradicar el hambre no han tenido la eficiencia deseada y los índices de desnutrición continúan siendo elevados, por lo que la meta relacionada a reducir la Tasa de Desnutrición Crónica en menores de 5 años, difícilmente será alcanzada.

En relación al derecho al acceso a agua potable, diversos organismos de promoción de los derechos humanos, han señalado que solo que se implemente un programa de ampliación de cobertura de Agua Potable y Alcantarillado, la meta propuesta en la Estrategia será alcanzada.

Es importante señalar que la irregularidad e ineficiencia con que se brinda este servicio potencialmente podría condicionar brotes de enfermedades de transmisión hídrica, al posibilitar el crecimiento de bacterias patógenas dentro de las tuberías por las que no ‘circula’ el agua.

Según los actores que participaron en el proceso de investigación, uno de los principales obstáculos para alcanzar las metas relacionadas a la salud de los y las nicaragüenses, es que el Estado no visualiza la salud como un derecho, sino como un servicio por el que la población también debería pagar.

A esta situación se debe agregar que el insuficiente presupuesto que se destina al sub-sector público, ha tenido como consecuencia, la privatización de este derecho.

En este sentido se han trasladado los gastos de salud a la economía familiar, sobre todo a los más pobres, ejemplo claro de esto, es la falta de medicamentos en las unidades de salud del nivel primario, situación que desmotiva a la población a asistir a los centros de salud, en busca de asistencia médica.

Otra limitante, es la inadecuada distribución del personal de salud. Históricamente se ha destinado el personal con más calificación al segundo nivel de atención (hospitales) y los centros de salud más cercanos a las ciudades desatendiendo de esta manera, las unidades de salud que están ubicadas en zonas alejadas, donde la población necesita más de estos servicios.

Además, la carga horaria de las y los médicos especialistas no se ha distribuido de forma equitativa, de modo que generalmente, éstos se concentran en un mismo turno y día, quedando desatendida la población en los otros turnos.

Esta práctica trae como consecuencia, que los niveles de resoluciones diagnósticas y terapéuticas brindadas en los centros y puestos de salud, en muchos casos no sean pertinentes.

d) Política Nacional de Población

Para poder insertarse en una economía globalizada y altamente competitiva, se requiere invertir en los recursos humanos que integran la población, habiendo la necesidad de asegurar el bienestar de la población actual y de las futuras generaciones en un ambiente sostenible y sustentable.

En el marco de estas premisas, el Gobierno formuló la Política Nacional de Población, con la finalidad de integrar los componentes de la dinámica de población con las políticas de desarrollo.

En principio la Política Nacional de Población, se basa en el compromiso de superar las condiciones de vulnerabilidad que enfrenta la población nicaragüense.

Como se ha señalado, anteriormente las metas contenidas en la Política de Población están estrechamente relacionadas con las establecidas por el Ministerio de Salud en su Política de Salud y su Plan Nacional de Salud, la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza, el Plan Nacional de Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio para Nicaragua.

En relación al derecho a la salud, la Política Nacional de Población, define un conjunto de medidas orientadas a contribuir a la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos.

Las metas relacionadas a salud que contiene la Política son las siguientes:

Política Nacional de Población
Metas Relacionadas a Salud
Dotar a la población en su capacidad de decidir en cuanto a su comportamiento reproductivo, la procreación irresponsable y precoz
Reducir los índices de morbi-mortalidad de la población y elevar la esperanza de vida.
Reducir la incidencia de embarazos tempranos, tardíos, muy seguidos y en múltiplos por los riesgos que implican para la salud materna e infantil.
Procurar reducir significativamente la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años.
Reducir la mortalidad general, materna e infantil, y elevar la esperanza de vida
Impartir la educación sexual integral, en el marco de la cultura, de los valores morales y el ejercicio de la sexualidad con autocontrol, autocuidado, autoestima, fidelidad y responsabilidad

Fuentes: Política Nacional de Población

En relación a la meta de fortalecer la capacidad de decisión de la población en torno a su comportamiento reproductivo, desde el Ministerio de Salud y principalmente los Organismos de la Sociedad Civil, se han realizado múltiples esfuerzos, a través de la implementación de programas, proyectos y campañas de comunicación social, lo cual contribuyó a una reducción de embarazos en adolescentes en los municipios que presentaban las más altas tasas de fecundidad.

Es importante señalar, que uno de los logros en este proceso, ha sido el involucramiento activo de los y las adolescentes, lo cual ha permitido que se promueva el ejercicio de una sexualidad responsable.

Sin embargo, la participación del Estado en estos procesos ha sido limitada. Los Organismos de la Sociedad Civil con el auspicio de la cooperación externa, han dispuesto los recursos financieros, logísticos y humanos para impulsarlos. Generalmente, el papel del MINSA se limita a acompañar estas acciones.

De acuerdo a los actores consultados, el MINSA, bajo el argumento de la responsabilidad compartida, ha trasladado la responsabilidad de promover los derechos sexuales y reproductivos a las organizaciones sociales.

La limitada participación del sector salud, obstruye el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y por ende el cumplimiento de esta meta.

En cuanto, a la meta referida a la reducción de los índices de morbi - mortalidad de la población y el incremento de la esperanza de vida, se han realizado algunos esfuerzos que, pese a las buenas intenciones, no han tenido el impacto esperado.

En la actualidad, una de las mayores enfermedades causantes de muerte en las mujeres es el Cáncer de Mamas y el Cervico-Uterino. Para atender esta situación el MINSA ha impulsado un programa de prevención y atención, el cual ha limitado su cobertura a las zonas urbanas y semi - rurales del país.

Se hace necesario promover una cultura de prevención, que contribuya al cuidado y a la detección temprana del cáncer, a fin de reducir los altos índices de mortalidad que provoca.

Los accidentes de tránsito ligados al consumo del alcohol, son otra de las principales causas de muerte de la población, especialmente de jóvenes. La Policía Nacional ha implementado una amplia campaña de prevención, sobre el consumo de bebidas alcohólicas, no obstante, los accidentes de tránsito relacionados al alcohol siguen cobrando muchas vidas.

La prevalencia de suicidios ha aumentado, considerablemente en los últimos años, principalmente en adolescentes y jóvenes, pese a que existe una política de salud mental y programas de atención para la prevención del suicidio, éstos ha sido implementada limitadamente, por lo que no ha ocasionado el impacto requerido.

De acuerdo a estudios realizados, se ha encontrado que un alto porcentaje de las personas que han consumado un suicidio, han acudido a los centros de salud por sintomatologías relacionadas a problemas de salud mental y el personal médico que los atendió no tuvo la habilidad de identificar las causas de esta sintomatología.

Esto refleja que en el sector salud se presentan serias dificultades para la detección y prevención de problemas de salud mental.

Las causas de muerte anteriormente señaladas, deberían de inducir al diseño de un sistema de alerta al MINSA, el cual permita la focalización de acciones, que contribuyan a superar estas situaciones y por ende a reducir los índices de morbi-mortalidad.

Respecto a las metas relacionadas, a la reducción de la incidencia de embarazos tempranos, tardíos, muy seguidos, en múltiparas, en mujeres menores de veinte años y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, el MINSA en conjunto con los Organismos de la Sociedad Civil ha impulsado programas y proyectos orientados a la prevención, cuidado y atención de la salud sexual y reproductiva.

Los diferentes órganos e instancias del Estado y principalmente los organismos de la sociedad civil han realizado múltiples esfuerzos con relación a la educación sexual y reproductiva, no obstante, Nicaragua todavía, tiene la más alta tasa de natalidad en América Latina.

La Salud: Un Derecho Humano

En este sentido, se deben fortalecer los mecanismos de implementación de estos programas, a fin de dotar a la población de conocimientos científicos, que les permitan fortalecer la capacidad de decidir sobre su sexualidad y por ende ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

A pesar, de que se han realizado una serie de acciones para cumplir con las metas establecidas en la Política Nacional de Población, se hace necesario establecer mecanismos de articulación con las diferentes instancias del Estado y Organizaciones de la Sociedad Civil, con la finalidad de aunar esfuerzos que vayan encaminados al logro efectivo de estas metas.

El derecho a una educación sexual científica, continúa siendo un tema pendiente en la agenda pública nacional, ya que ésta no es sólo una competencia del MINSA, sino que involucra a otras instancias como el MECD, MIFAMILIA, la comunidad, la familia y la sociedad en general.

La falta de educación sexual, es la que ha originado hasta la fecha, los altos índices de embarazos en adolescentes, prevalencia de infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en adolescentes y jóvenes. Así mismo ocasiona que las mujeres carezcan de una cultura de prevención de enfermedades letales, como el cáncer.

Dotar a la población de los conocimientos científicos necesarios, contribuye significativamente a la promoción del ejercicio de una sexualidad responsable y por ende al cumplimiento de las metas de la Política Nacional de Población.

La aplicación de la Política Nacional de Población ha sido limitada, debido a que no se le han asignado los recursos financieros, materiales y humanos necesarios, para su implementación.

Por otra parte, la falta de un sistema de monitoreo y seguimiento de esta Política, dificulta la evaluación de los alcances obtenidos.

e) Política y Plan Nacional de Salud

La Política y el Plan Nacional de Salud, son los instrumentos que definen y operativizan los lineamientos estratégicos que en materia de salud, el Estado de Nicaragua, a través del sector salud, se ha propuesto alcanzar en el periodo 2004-2020, a fin de garantizar el derecho humano de la salud.

Ambos instrumentos contienen siete grandes lineamientos, los cuales se detallan a continuación:

- 1) Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud;
- 2) Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud;

- 3) Promoción de la Gobernabilidad en el sector salud;
- 4) Consolidación del Sistema Nacional de Salud;
- 5) Fortalecimiento de la capacidad gerencial;
- 6) Desarrollo de Recursos Humanos y;
- 7) Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos

Los lineamientos están orientados a “lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidades y de su entorno ecológico y social...” Para ello el MINSA, se ha propuesto que la atención en salud, sea brinda en condiciones de equidad, integralidad, solidaridad y participación social de la población.



Las personas con capacidades diferentes tienen derecho a gozar de una salud física y mental.

LINEAMIENTO No. 1	
Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	
Política por Área de Intervención	Estrategias
Cobertura	<p>Implementar un conjunto de servicios esenciales o paquete básico de atención focalizado a grupos vulnerables, de zonas geográficas prioritarias y a grupos específicos, según sus características epidemiológicas y necesidades particulares.</p> <p>Asociación con las redes sociales (organizaciones de mujeres, cooperativas, etc.) y gobiernos municipales, para optimizar la utilización de sus capacidades humanas y de infraestructura, facilitando el acceso de la población a sus servicios.</p> <p>Ampliación de la red de casas maternas con el apoyo de las comunidades.</p>
<p>Aumento de la cobertura del Seguro Social entre la población económicamente activa, tanto del sector formal como informal (independiente) de la economía</p> <p>Mejorar el acceso de medicamentos esenciales y genéricos de calidad y bajo costo a la población en general, en especial la niñez menor de 5 años, las mujeres en edad fértil y los adultos menores.</p>	<p>Ampliación de la cobertura del INSS a la población, tanto al sector formal e informal (independiente) de la economía a través de nuevas modalidades de aseguramiento.</p> <p>Ampliación de la canasta básica del INSS, de tal forma que se asegure la atención hospitalaria, incluyendo los accidentes de tránsito y las enfermedades propias de la tercera edad</p> <p>Facilitar la implementación de la red de farmacias comunitarias y la disponibilidad de medicamentos genéricos de calidad tanto en las farmacias comunitarias como en las públicas y privadas.</p> <p>Desarrollo de un sistema de uso racional de los medicamentos en el sector para garantizar su acceso a la población.</p>

<p>Política por Área de Intervención</p> <p>Calidad</p>	<p>Estrategias</p>
<p>Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud de modo que garanticen rápida atención, buen trato y seguridad de los servicios recibidos.</p>	<p>Implementación del sistema de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud de acuerdo a la ley 423, para garantizar que la red de establecimientos brinde servicios integrales de salud con calidad y calidez a la población.</p> <p>Establecimiento de estándares de calidad de la atención para los servicios, con énfasis en los servicios que se brindan a la mujer y niñez.</p> <p>Desarrollo e Implementación del uso de protocolos de atención de carácter integral.</p> <p>Capacitación del personal de salud asistencial en el manejo de las relaciones con la población usuaria, respetando los principios fundamentales de bioética, incluyendo relaciones respetuosas con calidez, ambientes agradables e información clara, oportuna y pertinente.</p> <p>Finalización del proceso de habilitación de servicios de salud, para los establecimientos tanto públicos como privados, especialmente los servicios de salud del MINSA.</p> <p>Consolidación del proceso de certificación de los prestadores de servicios del INSS.</p>
<p>Inversión en el mejoramiento de la infraestructura de las unidades de salud, incluyendo el equipamiento apropiado en función de su capacidad resolutoria, acorde con el Plan Nacional de Desarrollo.</p>	<p>El MINSA apoyará técnicamente el desarrollo y funcionamiento de la Comisión Nacional de Acreditación.</p> <p>Implementación de un programa nacional de inversiones en la infraestructura sanitaria, que priorice los servicios de atención a la mujer y la niñez.</p>

LINEAMIENTO No. 2 Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	
<p>Política Por Área de Intervención</p> <p>Promoción de la Salud Promoción de conocimientos, actitudes y prácticas de la población que fomenten el cambio de conducta con relación a la salud, pasando de una cultura curativa a una cultura preventiva, haciendo énfasis en los grupos con mayores limitaciones a fuentes de información y formación sanitaria.</p>	<p style="text-align: center;">Estrategia</p> <p>Implementación de una Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud, en la que participen las distintas instituciones y organizaciones del sector salud, para el desarrollo de una conciencia crítica en la población, la cual implica la apropiación de medios e instrumentos que le permitan ejercer, un mayor control sobre los determinantes de la salud y el ejercicio de sus derechos, mejorando así su estado de salud.</p> <p>Fomento de ambientes y entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria y la construcción de una cultura en salud preventiva,</p>
<p>Política Por Área de Intervención</p> <p>Promoción de la Salud</p>	<p style="text-align: center;">Estrategia</p> <p>Fomento de ambientes y entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria y la construcción de una cultura en salud preventiva.</p> <p>Coordinación con el sistema educativo, para formular e implementar programas obligatorios que fomenten prácticas saludables en los escolares, con énfasis en higiene personal, salud bucal, nutrición, salud sexual y reproductiva.</p> <p>Promoción de la actividad física, la práctica del deporte y la recreación, en toda la población con énfasis en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.</p> <p>Fomento de la bioseguridad entre el personal de salud, a través de capacitaciones en las unidades de salud.</p>

<p>LINEAMIENTO No. 2 Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud</p>	
<p>Política Por Area de Intervención Promoción de la Salud</p>	<p>Estrategia</p> <p>Coordinación entre el MINSA, MITRAB y el INSS para el fomento, creación y funcionamiento de las comisiones de higiene y condiciones de trabajo en las empresas para la prevención de accidentes laborales.</p> <p>Participación del MINSA en las campañas educativas de prevención de accidentes de tránsito.</p> <p>Participación del MINSA en las campañas educativas, para la erradicación de todas forma de violencia en general y la intrafamiliar en particular</p> <p>Desarrollo y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud que incluya, riesgos importantes como la violencia intrafamiliar, daños (trasmisibles y no trasmisibles) y discapacidades.</p> <p>Fortalecimiento de la planificación nacional, y local de las acciones dirigidas al control y prevención de la mortalidad materna e infantil y de evaluaciones periódicas de su ejecución.</p> <p>Prevención y control de daños trasmisibles y no trasmisibles, así como de las principales enfermedades reemergentes y las emergentes como el VIH/SIDA, con participación intra e intersectorialmente.</p>
<p>Prevención de la Salud</p> <p>Prevención de la aparición de daños de salud, complicaciones de los mismos, así como la discapacidad y muerte; así mismo el control de las principales endemias del país, especialmente los problemas emergentes o re-emergentes que impactan en la población en general y en especial a los pobres o en extrema pobreza; de acuerdo a perfil epidemiológico se dará atención preventiva a problemas no trasmisibles (diabetes mellitus, cardiovasculares, hipertensión, etc.).</p>	

<p>LINEAMIENTO No. 3, 4, 5 y 6</p> <p>Promoción de la Gobernabilidad en el sector salud</p> <p>Consolidación del Sistema Nacional de Salud</p> <p>Fortalecimiento de la capacidad gerencial</p> <p>Desarrollo de Recursos Humanos</p>	
<p>Política por Área de intervención</p>	<p>Estrategia</p>
<p>Intervención Estrategias</p> <p>Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en su vinculación con el resto de instituciones públicas y privadas del sector salud.</p>	<p>Desarrollo y consolidación de la función rectora del Ministerio de salud, como autoridad sanitaria nacional, haciendo énfasis en los procesos de regulación que garantizan la atención integral de la salud con mayor eficiencia y transparencia.</p> <p>Desarrollo del liderazgo en el personal en cargos directivos de las instituciones del sector salud a través de la capacitación en temas ligados a la conducción, capacidad de negociación, trabajo en equipo, etc.</p> <p>Consolidación de los mecanismos de vigilancia, control y rendición de cuentas en las instituciones del sector.</p> <p>Fortalecimiento de los mecanismos de comunicación social entre las instituciones y la población en general, haciendo que la comunicación sea de doble vía.</p>

<p>LINEAMIENTO No. 3, 4, 5 y 6</p> <p>Promoción de la Gobernabilidad en el sector salud Consolidación del Sistema Nacional de Salud Fortalecimiento de la capacidad gerencial</p>	
<p>Política por Área de intervención</p>	<p>Estrategia</p>
<p>Participación Social Fortalecimiento de la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos de salud en Nicaragua sobre la base de contar con el compromiso de los principales actores sociales e instituciones de los diferentes sectores que conforman el Estado sobre la implementación del Plan Nacional de Salud.</p>	<p>Implementación del Plan Nacional de Salud como agenda nacional, basada en un compromiso social, de tal forma que exista continuidad de la misma independiente de los gobiernos que se sucedan.</p> <p>Creación y fortalecimiento de instancias formales de coordinación Intersectorial para la implementación de acciones conjuntas de fomento a la salud</p>
<p>Fortalecimiento y desarrollo de las instancias de participación con equidad de género, en el ámbito nacional y local, de una manera consciente, corresponsable, activa e informada en los aspectos relacionados a la salud, para garantizar el empoderamiento de la sociedad civil de los mecanismos relaciona- dos con el control social para mejorar la calidad, eficiencia, transparencia y efectividad de las acciones de salud.</p>	<p>El MINSA facilita la actuación de los Consejos de Salud, tanto en el ámbito nacional, regional, departamental y municipal, así como su organización e institucionalización en las Unidades de Salud, que faciliten la participación social con equidad de género y la de los consejos de desarrollo municipal.</p> <p>Reordenamiento y reglamentación de todas las instancias de participación social en áreas específicas en salud de acuerdo a lo establecido en la ley 243.</p> <p>Capacitación de los miembros de las comisiones y consejos de salud nacional, regional, departamental y local sobre temas ligados al control social sobre las instituciones públicas.</p>

<p>Política por Área de intervención</p> <p>Regiones Autónomas</p> <p>Priorización de la población de la Costa Atlántica a través del fortalecimiento de los modelos de atención desarrollados en las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur, para asegurar una oferta de servicios básicos de salud, acordes con sus aspectos culturales, políticos, étnicos, y geográficos, tomando en consideración el desarrollo de su capital humano y de su infraestructura y tecnología, acordes con su realidad.</p>	<p>Estrategia</p> <p>Adecuación de la aplicación de las normas y programas de salud a las características culturales de las poblaciones de la RAAN y la RAAS.</p> <p>Consolidación del modelo de atención de la RAAN y desarrollo de la RAAS.</p> <p>Fortalecimiento del proceso de descentralización en regiones del Atlántico en el contexto de su autonomía.</p> <p>Formación de recursos humanos para las regiones autónomas del Atlántico, incorporando la cosmovisión de las comunidades a los servicios de salud en los diferentes niveles y modalidades de atención. Así como las prácticas de la medicina tradicional y otras prácticas alternativas y complementarias</p> <p>Aprovechamiento del caudal de experiencias de las instituciones y organizaciones que laboran en la Costa Atlántica para intercambiarlo con el resto del país.</p>
<p style="text-align: center;">LINEAMIENTO No. 7</p> <p>Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos</p> <p>Municipios Fronterizos</p> <p>Desarrollo de modelos de atención basados en el enfoque de salud internacional en los municipios fronterizos.</p> <p>Adecuación e implementación del modelo de atención nacional en los municipios fronterizos con los requerimientos de salud internacional.</p> <p>Establecimiento de convenios con países vecinos en apoyo al desarrollo de modelos de atención internacional.</p> <p>Vigilancia a la salud y de los problemas de salud ligados a la movilización de la población e intercambio de bienes y servicios.</p>	

I) Ampliación de Cobertura y Mejoramiento de la Calidad:

La ampliación de la cobertura está definida, como la focalización de la atención en salud en base a la territorialidad, es decir, que se debe brindar atención en salud a todos y todas, tomando en consideración las necesidades particulares de la población.

Desde esta perspectiva, es responsabilidad del Estado brindar las condiciones materiales necesarias para una adecuada atención en salud, esto conlleva la necesidad de asignar mayor financiamiento para la construcción y rehabilitación de la infraestructura sanitaria, con la finalidad de garantizar el acceso a la salud de las personas, independientemente de su ubicación geográfica.

Por otro lado, la cobertura está relacionada a los recursos humanos designados para atender la salud de la población. En este sentido la distribución de los recursos se debe corresponder a las necesidades y el perfil de salud de cada territorio.

De acuerdo al perfil de salud de cada territorio, se deben asignar los recursos materiales necesarios que permitan garantizar el acceso y la calidad de la atención en salud.

Las principales estrategias para lograr la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de la atención, están relacionadas al fortalecimiento y acondicionamiento de la infraestructura.

Actualmente, el MINSA cuenta con una red de 1080 unidades de salud a nivel nacional, de estas 1040 unidades atienden el nivel primario y las otras atienden el nivel secundario.

En las áreas del pacífico del país, la red territorial destinada a la atención primaria es bastante amplia, aunque conviene aclarar que se enfrentan serios problemas relacionados a la limitada disponibilidad de recursos materiales, tecnológicos y humanos.

Además, existe una enorme brecha en relación al acceso a la atención en salud entre las zonas rurales más alejadas del país y los centros urbanos no cuentan con las condiciones mínimas para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud a sus pobladores.

El MINSA destina los pocos recursos con los que cuenta principalmente, a las zonas urbanas, dejando a las poblaciones rurales, desprovistas de atención médica.

Estudios recientes señalan, que una de las debilidades más grandes del sistema de salud, está relacionada a la insuficiencia y poca especialización de sus recursos humanos, para el año 2002 el MINSA contaba con 2,067 médicos, para un promedio de 4.1 médicos por cada diez mil habitantes, para el 2004 el número de médicos

La Salud: Un Derecho Humano

aumentó a 2,121 médicos, sin embargo, debido al crecimiento poblacional el porcentaje de médicos por habitantes descendió a 3.8 por cada 10.000 habitantes.

El número de médicos por cada diez mil habitantes es insuficiente, para atender las necesidades de la población, además, como se ha señalado anteriormente se debe tomar en cuenta que la distribución del personal de salud no se corresponde con las necesidades reales de la población.

A los centros y puestos de salud generalmente, no se le asignan especialistas y cuando se hace, no se les provee de todos los recursos que estos necesitan para atender los problemas de salud de la población.

Respecto al nivel secundario de atención en salud, el 62.5% de los establecimientos hospitalarios y con ellos los recursos humanos disponibles en el sector, se concentran en la región del pacífico, esta concentración, en teoría se corresponde a la distribución espacial de la población.

Sin embargo, el MINSA ha descuidado la inversión en salud en las zonas rurales de difícil acceso, generalmente ubicadas en la región del caribe y municipios fronterizos del sur y norte de Nicaragua.

Otro aspecto relacionado a la cobertura, es la atención estandarizada que se brinda a la población, el MINSA aún continúa descuidando el cuidado, atención y recuperación de la salud, en todos los ámbitos y etapas del ciclo de vida.

La atención en salud de las mujeres en la práctica, está circunscrita a la “maternidad”, como si la salud de las mujeres sólo dependiera de su capacidad reproductiva, poco se ha hecho para atender otros aspectos relacionados a la salud de este grupo poblacional.

Una de las principales limitantes del acceso a la salud, es la falta de medicamentos, se han creado los centros y puestos de salud, en cierta medida se ha provisto a los recursos humanos necesarios, pero no se ha garantizado a la población, el acceso a los medicamentos necesarios, para recuperar su estado de salud.

Según datos oficiales, se calcula que el 50% de las y los nicaragüenses no tiene acceso a los medicamentos, contenidos en la Lista de Medicamentos Esenciales del MINSA. De manera que un alto porcentaje de la población, tiene que acudir a las farmacias comerciales, donde el costo de los medicamentos se constituye en una barrera para que las personas recuperen su salud.

El desabastecimiento de medicamentos en las unidades del sub-sector público ha ocasionado, que las personas pobres tengan que costearse los medicamentos que necesitan para conservar o recuperar su estado de salud; situación profundiza las condiciones de vulnerabilidad de sus integrantes, debido a que en la mayoría de los

casos, el gasto generado por la compra de medicamentos, incida negativamente en el ingreso familiar.

Con la finalidad de cumplir con este lineamiento, se ha pretendido aumentar la cobertura de la Seguridad Social hacia la población económicamente activa. Sin embargo, los esfuerzos han sido orientados a captar un segmento mínimo y no se ha diseñado una estrategia que esté encaminada, a incorporar a la población que trabaja en el sector informal.

Los principales esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en salud, se han enfocado a la capacitación de los recursos humanos, principalmente del personal destinado a atención primaria. No obstante, el alcance ha sido limitado, debido a que en los últimos 3 años, sólo se ha destinado menos del 1% del presupuesto al rubro de capacitación del personal.

Si bien, los esfuerzos por capacitar técnicamente al personal de salud son válidos, se debe señalar que se hace necesaria la capacitación en relaciones humanas a todo el personal de salud a fin de garantizar la calidez de la atención.

2) Lineamiento sobre el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud

En el marco de este lineamiento se deberán desarrollar acciones de promoción, prevención y protección de la salud en todos los niveles de atención.

Es importante señalar, que la Promoción de la Salud es un lineamiento estratégico contenido en la Política y el Plan Nacional de Salud, sin embargo, estos instrumentos no desarrollan ampliamente el contenido del mismo, lo que ha conllevado a profundizar el desbalance existente entre las acciones de promoción y atención en salud.

El MINSA ha focalizado todos sus esfuerzos por incrementar la atención en salud, y ha descuidado la realización de acciones orientadas a la promoción de la salud, esto ha generado que la población no asuma su responsabilidad en el cuidado de su salud. Los compromisos por el Estado respecto a estrategias de promoción de salud, son mínimos.

La promoción de la salud, debería estar orientada a reducir los índices de morbilidad y a promover una cultura de prevención en salud, que de igual manera contribuyen a la prevención de la salud.

La prevención en salud se ha limitado a la realización de campañas de comunicación social focalizadas principalmente a tres grandes aspectos:

- 1) Inmunizaciones a Niños, Niñas y Mujeres
- 2) Prevención de Malaria, Dengue y Diarrea
- 3) Prevención de ITS y VIH-SIDA

La Salud: Un Derecho Humano

Ha sido muy pocos los esfuerzos que el MINSA ha orientado a promover estilos de vida saludables, como una estrategia de prevención que además, contribuye a transformar las condiciones externas que son determinantes para el estado de salud de las personas (ambiente físico, ecológico y social saludable).

El papel del MINSA en relación a la promoción y prevención de la salud, ha sido más el de un facilitador que el de rector, en la práctica esta tarea ha sido asumida por diversas instancias del Estado, entre ellas el MECD, MIFAMILIA, MARENA y Policía Nacional, y Organismos de la Sociedad Civil.

Se hace necesario, que el MINSA además de asumir su papel rector en materia de promoción, prevención y protección de la salud, debe de impulsar, en conjunto con los organismos de la sociedad civil, Programas de Prevención y Protección a la salud.

3) Lineamiento sobre la Promoción de Gobernabilidad

La Ley General de Salud establece que al MINSA, le compete coordinar al sector salud, a fin de dirigir y organizar los programas, servicios y acciones orientadas a garantizar a los y las nicaragüenses el derecho a la salud.

La promoción de la gobernabilidad inicialmente, está referida al fortalecimiento del papel rector del MINSA en su vinculación con el resto de actores que integran el sector salud.

El MINSA, de acuerdo a la Política y el Plan Nacional de Salud, debe ejercer la rectoría del sector a través de la formulación, coordinación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas de atención en salud.

Es decir, que en todos los momentos esta instancia, debe desempeñar un rol beligerante que permita orientar y focalizar el accionar del Estado y la Sociedad Civil en torno a la salud.

No obstante, lo establecido en el marco jurídico vigente, en la práctica el MINSA no ha ejercido plenamente su papel rector; esta situación se logra evidenciar, de manera particular, en la construcción e implementación de la agenda nacional de salud, la cual es determinada por las agencias de cooperación internacional y no por medio de un amplio proceso de consulta con todos los actores involucrados.

De igual manera, la implementación de la agenda de salud, enfrenta un serio problema de dispersión y atomización de las acciones, debido a que los actores involucrados al no haber participado en un proceso de consenso, no se apropian de la misma.

Además, el MINSA no ha sido capaz de establecer mecanismos de articulación, entre los actores del sector salud, de modo que cada cual establece sus prioridades

de acuerdo a sus perspectivas de trabajo. El rol del MINSA, debería ser el de un coordinador y orientador y no el un participante más, como usualmente sucede.

Otra línea de intervención referida a la gobernabilidad, está relacionada con el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión y control de los recursos, es decir, crear y fortalecer los mecanismos institucionales, que permiten a la población participar e incidir en el proceso decisorio de las acciones de promoción, prevención y protección de la salud, así como monitorear su aplicación.

En este contexto se han creado Consejos Municipales de Salud como un espacio local de consulta, asesoría y control social de la gestión de salud a nivel de cada municipio, a fin de garantizar la atención integral en salud a la población. No obstante, su capacidad de incidencia ha sido bastante limitada.

4) Lineamiento sobre la Consolidación del Sistema Nacional de Salud

Las Reformas del Sector Salud están relacionadas a la realización de una serie de intervenciones, con la finalidad de generar cambios en la estructura y funcionamiento del sector salud, de tal forma que se logren superar las condiciones que limitan el acceso y la calidad en la atención en salud.

Es decir, que el proceso de reforma debe de estar orientado, a mejorar los niveles de eficiencia y eficacia del sector en torno a la atención en salud.

En el marco de este lineamiento, el MINSA se propone mejorar la gestión de los recursos, que el Estado y la sociedad civil destinan para la atención en salud, así como mejorar los niveles de calidad y pertinencia de los mismos.

Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), desempeñan un rol fundamental en la consolidación y articulación del Sistema de Salud, ya que desde él mismo se pretende generar los cambios necesarios en el sector salud, para satisfacer las necesidades y el ejercicio del derecho a la salud.

El proceso de descentralización, que se ha implementado hasta la fecha con la finalidad de, ha sido a través de la transferencia de recursos a las redes proveedoras de servicios de salud, lo cual ha contribuido a consolidar el sistema nacional de salud.

A través del proceso de descentralización, las redes locales asumen la función de determinar los aspectos relacionados con la organización de los servicios, gestión financiera y de recursos humanos. Y por otro lado, supone la oportunidad de potenciar la capacidad de los actores sociales, en movilizar y gestionar el derecho a la salud.

En la práctica, el proceso de descentralización del sector salud, se encuentra en un estado incipiente y en consecuencia aún persisten aspectos conceptuales por definir.

La Salud: Un Derecho Humano

Por lo que es necesario, establecer claramente los procesos de toma de decisiones, la promoción de una cultura de planeación, la promoción de iniciativas locales que contribuyan al desarrollo y a la garantía del derecho a la salud.

En este contexto, se debe fortalecer la capacidad gerencial de los SILAIS de forma tal, que éstos puedan definir sus prioridades en la atención, focalizar recursos e impulsar las iniciativas de la población.

5) Lineamiento sobre el Fortalecimiento de la Capacidad Gerencial

El fortalecimiento de la capacidad gerencial, está referido a la implementación de mecanismos, que permitan una mayor eficiencia y eficacia en la asignación, uso y administración de los recursos materiales, financieros y humanos disponibles, para atender la salud de las personas.

Para lograr la optimización de los recursos, se debe mejorar la capacidad de planeación, implementación y monitoreo de las acciones en salud y en consecuencia, se hace necesaria la creación de las normas, mecanismos e instrumentos que le den consistencia a estos procesos.

En relación al proceso de Planificación, actualmente se enfrentan ciertas debilidades relacionadas a la disponibilidad de información confiable y actualizada. No se puede desarrollar un proceso de planeación y ajustes asertivos, si no se cuenta con información confiable.

La falta de información, se debe posiblemente a la poca cultura de sistematización y monitoreo de las acciones realizadas. Prueba de ello es, que a dos años de implementados los instrumentos rectores del sector salud, todavía no se ha presentado un informe de avances.

El Consejo Nacional de Salud es, según la Ley General de Salud, es el órgano encargado de monitorear las acciones de salud, sin embargo, debido a la limitada capacidad gerencial del MINSA, no ha cumplido con las funciones para el cual fue creado.

Para fortalecer la capacidad de gerencia del MINSA, se ha propuesto la implementación de un Sistema Integrado de Información Gerencial que permita contar con una base científica que facilite la toma de decisiones.

Pese a que, la necesidad de implementar este sistema, fue planteada desde más de dos años, aún continúa siendo un tema pendiente en la agenda del MINSA.

6) Lineamiento sobre el Desarrollo de Recursos Humanos

Los recursos humanos son determinantes en la atención en salud a la población, desde dos perspectivas básicas:

a. Capacidad Técnica

La capacidad técnica está referida, a que el personal de salud tenga los conocimientos científicos necesarios, para brindar una atención de calidad y pertinente.

Actualmente el MINSA, está desarrollando un programa de capacitación técnica y de actualización al personal de salud, principalmente a los del primer nivel de atención.

No obstante, es importante señalar que los programas de becas para maestrías y doctorados, que permiten la especialización del personal de salud, se encuentran limitados a un segmento minoritario. Por otra parte, las becas que se ofertan no se corresponden con las necesidades reales de atención en salud de la población.

Ante esta situación se hace necesario desarrollar mecanismos transparentes que faciliten el acceso a oportunidades de especialización profesional.

b. Capacidad Humana

La capacidad humana está relacionada con la calidez en la atención, es decir, que el personal de salud, además de contar con la capacidad técnica, tenga la habilidad de practicar la empatía.

Una de las principales críticas, que realiza la población al personal de salud, está referida a la falta de calidez humana en la atención, ya que en la mayoría de los casos la población recibe mal trato al momento de ser atendido.

El mal trato que la población recibe de parte del personal de salud, se debe a la poca conciencia que tienen de su rol como servidores públicos, su poca sensibilidad y a la falta de reconocimiento de que la salud, es un derecho humano.

Distribución del Personal de Salud

El siguiente cuadro, además de reflejar la distribución geográfica del personal de salud, nos permite identificar, que la distribución de los recursos existentes no es de forma equitativa.

En todos los casos, el personal administrativo es proporcionalmente, superior al personal operativo, esto significa que se asignan más recursos humanos a la administración que a la atención directa en salud.

Además existe, una desproporción entre el número de médicos especialistas, que atienden problemas de salud y la población que enfrenta situaciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, el número de odontólogos es mínimo en relación a la población demandante.

Silais	Admin	Aux de Enfermería	Enfermeras	Medicos Especialistas	Medicos Generales	Odontólogos	Tec. de Salud	Total
RIVAS	312	166	105	21	46	9	168	827
RIO SAN JUAN	130	118	34	-	14	5	62	363
R.A.A.S.	282	148	31	5	22	1	112	601
R.A.A.N.	360	276	82	4	28	4	156	910
NUEVA SEGOVIA	249	191	21	24	36	7	107	635
MATAGALPA	474	300	62	34	86	20	276	1,252
MASAYA	282	149	83	44	70	16	138	782
MADRIZ	143	112	46	14	33	7	72	427
LEON	691	382	162	79	118	42	421	1,895
JINOTEGA	296	186	35	16	51	7	149	740
GRANADA	286	141	80	47	48	8	175	785
ESTELI	364	190	63	58	72	13	175	935
CHONTALES	416	258	35	25	36	8	170	948
CHINANDEGA	539	355	153	88	114	27	358	1,634
CARAZO	341	159	70	39	53	8	158	828
BOACO	209	134	16	6	40	5	95	505
MANAGUA	3,047	1,058	461	403	271	56	1,550	6,846
TOTAL GENERAL	8,421	4,323	1,539	907	1,138	243	4,342	20,913

7) Estrategias Innovadoras en Salud en las Regiones Autónomas y Municipios Fronterizos

En el marco de este lineamiento, se está desarrollando un proceso de transición del modelo de atención en el que, la toma de decisiones se encontraba centralizada por las autoridades nacionales, a un modelo descentralizado que permite que las comunidades étnicas de la Costa Caribe, definan un modelo autonómico de salud, que se corresponde con su realidad histórica, social y cultural.

Con la adopción de este modelo de salud, se pretende conservar y promover sus costumbres y tradiciones, en relación al cuidado de la salud. En este contexto se ha establecido un convenio de cooperación entre el MINSAL y la URACCAN la formación de promotores en medicina no tradicional.

Pese a que el Modelo Autonómico de Atención en Salud, tiene muchos años de haber sido aprobado, su nivel de implementación ha sido limitado. Esto se debe en parte a la falta de voluntad política del Estado, en destinar los recursos necesarios para su implementación y por otro lado, a la poca beligerancia del MINSAL en establecer mecanismos coadyuvantes.

Actualmente, los indicadores de salud de la población costeña y municipios transfronterizos, continúan siendo los más alarmantes, como resultado de la poca o nula presencia del MINSA en el sector.

En las administraciones anteriores, se ha avanzado en la construcción de infraestructura sanitaria, sin embargo, las instalaciones están abandonadas por que nunca se asignó al personal de salud, encargado de operarlas o se encuentran subutilizadas, porque tampoco cuentan con el equipamiento necesario.

Un aspecto de gran relevancia a señalar, es la beligerancia de las comunidades étnicas que a través de sus diferentes formas de organización, han demandado el cumplimiento del derecho a la salud y la incorporación de la perspectiva intercultural a los diferentes planes y programas de salud.

Si bien es cierto, se ha realizado avances a partir de la implementación de la Política y el Plan Nacional de Salud, todavía persisten grandes vacíos. Por lo que se hace necesario focalizar los esfuerzos, a fin de que permitan garantizar el derecho a la salud de toda la población sin distinguirlo de raza, color, sexo y edad.

Es fundamental que se promuevan relaciones basadas en el respeto del personal de salud a la población, para asegurar la calidez en la atención.

f) Política Plan de Acción de la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia

La Política y el Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia contienen los principios, estrategias y recursos dirigidos, a garantizar el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia.

Entre los objetivos relacionadas a la salud de la niñez y la adolescencia que propone la Política y el Plan de Atención integral a la Niñez y la Adolescencia, esta el garantizar la cobertura y calidad del control pre-natal, atención al parto y puerperio, a fin de reducir la incidencia de muerte materna.

En relación a la salud de los adolescentes el Plan de Acción, propone garantizar servicios especiales de salud reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo.

Meta	Indicador de Cumplimiento
<p>Promover la apropiación del Código de la Niñez y la Adolescencia en los recursos humanos en formación y en el personal de salud para su efectiva apropiación.</p>	<p>100% personal de Salud conoce y aplica el CNA</p>
<p>Garantizar un mejor acceso a los servicios de atención obstétrica-perinatal e infantil.</p>	<p>Aumentar en 15% la cobertura de parto institucional. Aumentar en 15% la cobertura de control puerperal. Aumentar en 20% la cobertura del programa de VPCD. Reducir en un 15% la tasa de mortalidad perinatal. Reducir a 26X mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil para el 2011. Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 34 X mnv para el 2011 Aumentar en 20% el uso de la Terapia de Rehidratación Oral. Mantener la cobertura de inmunizaciones en menores de un año en 100%, y en mujeres en edad fértil en 90%. Eliminar el tétano neonatal como problema de salud pública. Erradicar el sarampión en el ámbito nacional. Mantener la erradicación de la poliomielitis.</p>

Meta	Indicador de Cumplimiento
<p>Reducir los índices de desnutrición infantil.</p>	<p>Reducir la desnutrición moderada-grave (global, crónica y aguda) en menores de 5 años en un 5% para el 2010.</p> <p>Eliminar enfermedades de deficiencia de yodo.</p> <p>Disminuir de 28.5% a 20% la tasa de prevalencia de anemia en Niños, niñas y adolescentes</p> <p>Disminuir de 26% a 20% la tasa de prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil.</p>
<p>Eliminación sostenible de los trastornos debidos a la deficiencia de vitamina A, yodo y hierro en niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>Mantener en menos de 10% la tasa de prevalencia de deficiencia de vitamina A en niños menores de años.</p>
<p>Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación hasta los dos años de vida.</p>	<p>Garantizar que el 100% de los SILAIS y hospitales cuenten con servicios de maternidad sean acreditados como amigos de la niñez y la madre.</p> <p>Aumentar de 27.7% a 35% la prevalencia de lactancia materna exclusiva.</p>
	<p>Garantizar que el 100% de las madres cero positivas (vih/ sida) captadas cuenten con información sobre ventajas y desventajas de la lactancia materna.</p> <p>Garantizar el 100% de la atención en salud a la niñez y la adolescencia.</p>

Meta	Indicador de Cumplimiento
<p>Garantizar el acceso a programas de Salud Sexual y Reproductiva a los y las Adolescentes.</p>	<p>Aumentar en 10% la cobertura del programa de planificación familiar.</p> <p>Garantizar que el 100% de los centros de Salud brinden información sobre Salud Sexual y Reproductiva.</p>
<p>Detectar tempranamente problemas de salud mental en Niños, Niñas y Adolescentes a través del mejoramiento de la atención primaria y especializada.</p>	<p>Garantizar que el 100% de los Centros de Salud brinden atención a ITS en adolescentes.</p> <p>Apertura y funcionamiento de un centro de atención psicosocial para el tratamiento y rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes.</p>
<p>Organizar a las comunidades en la intervención psicosocial de niños, niñas y adolescentes, frente a situaciones de desastres</p>	<p>Garantizar que el 100% de los centros de salud de las cabeceras departamentales brinden atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Garantizar que el 100% de los SILAIS estén preparados en la intervención psicosocial de los niños, niñas y adolescentes, frente a situaciones de desastres.</p>
<p>Promover le adecuado desarrollo sicomotor en niños y niñas con factores de riesgo.</p>	<p>Garantizar que el 100% de los centros de salud de las cabeceras departamentales cuenten con servicios de estimulación temprana a niños, niñas y adolescentes con factores de riesgo en su desarrollo psicomotor.</p>
<p>Disminuir la tasa de lesiones auto infringidas en la niñez y la adolescencia.</p>	<p>Disminuir la tasa de suicidio de adolescentes en un 2% anual.</p> <p>Garantizar que el 50% de los hospitales y centros de salud implementen el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones.</p>
	<p>Garantizar que el 100% de los SILAIS implementen un Plan Nacional de Promoción de la Vida.</p>

La salud de los niños y niñas se inscribe en el marco más amplio de la salud de la población en general. La salud de este grupo está determinada por un conjunto de factores relacionados a las condiciones en que se desarrolla la gestación y los primeros años de vida de los niños y las niñas.

La salud de la niñez reviste vital importancia, en tanto es determinante para la formación del “capital humano” necesario, para romper la transmisión generacional de la pobreza y poder alcanzar el desarrollo económico, social y cultural de la nación.

No obstante, existen grandes obstáculos en el campo de la salud de la niñez, los todavía altos índices de mortalidad y morbilidad infantil –frente a la tasa promedio de Latinoamérica- y las grandes inequidades entre el ámbito urbano y rural, son ciertamente preocupantes.

El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, ha mostrado un incremento en los últimos años, 8.2% en 2001, 8.9% en 2004, al igual que el porcentaje de nacimiento en madres adolescentes, de 24.7% en 2001 a 27.7% en 2004. Esto limita el desarrollo integral de las mismas adolescentes y de sus hijos e hijas.

La lactancia materna es un determinante de la salud de la niñez nicaragüense, en los últimos años se ha incrementado las tasas de prevalencia de iniciación de lactancia materna, sin embargo, aún queda un porcentaje significativo de madres que no amamantan a sus hijos e hijas.

Lactancia Materna	2003	2004
Prevalencia de iniciación de lactancia materna	94.8	96.5
<i>Tiempo de Iniciación de Lactancia Materna:</i>		
< 1 hora	60.1	59.6
> 24 hora	84.8	80.7

Fuente: Encuesta de Hogares SIVIN- Nicaragua 2002-2003

La tasa de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal, y en menores de 5 años, ha descendido significativamente en el transcurso del último decenio, sin embargo, nuestro promedio está por encima de la media latinoamericana.

Salud de la Niñez	2005
Tasa de Mortalidad Infantil (x 1000 n.v.)	35
Tasa de Mortalidad Neonatal (x 1000 n.v.)	17
Tasa de Mortalidad Postneonatal (x 1000 n.v.)	21
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años	---

Fuente: Encuesta de Hogares SIVIN- Nicaragua 2002-2003

La Salud: Un Derecho Humano

Otro factor determinante en la salud de los niños y las niñas es su estado nutricional, en 2001 el porcentaje de desnutrición crónica y la desnutrición crónica severa en menores de 5 años era de 20.2% y 6.3% en 2001 respectivamente. Las áreas rurales son las que presentan las tasas más altas de desnutrición.

La tasa de Prevalencia de Anemia y Deficiencia de Vitamina A en niños y niñas entre los 6 y 29 meses, ha disminuido en el último quinquenio, nuevamente las áreas rurales son las que presentan las más altas tasas.

Indicador	2000	2003	2004
	%	%	%
Prevalencia de Anemia en Niños y Niñas de 6-59 meses	33.5	25.9	17.0
Prevalencia de Deficiencia de Vitamina A en Niños y Niñas de 6-59 meses	8.6	0.2	3.1

Fuente: Encuesta de Hogares SIVIN- Nicaragua 2002-2003

Así mismo la tasa de cobertura de vacunación, ha mostrado un incremento en la última década, a pesar de los altos porcentajes de cobertura, sin embargo, éstos no son óptimos para lograr contener un brote epidémico, en el caso de que ingresara al territorio nacional, el agente causal de alguna de estas enfermedades inmunoprevenibles.

Cobertura de Vacunación	2005 %
% de cobertura de PENTAVALENTE en < 1 año	79.4
% de cobertura de MMR en niños y niñas de 1 año	84.3
% de cobertura de BCG en > 1 año	87.6
% de cobertura de OPV3 en > 1 año	79.8

Fuente: MINSA- Indicadores Básicos de Salud 2005

En relación a la meta de Promover la apropiación del Código de la Niñez y la Adolescencia, entre los recursos humanos en formación y en el personal de salud, es muy discreta al considerar cumplida esta promoción, con el mero hecho de conocerlo. Si se toma en consideración el hecho que todavía persisten en los profesionales de la Salud los mitos y tabúes, con relación Código de la Niñez y la Adolescencia.

Es importante resaltar, que estos indicadores de salud, están contenidos en otras Políticas Públicas, que han sido señalados anteriormente.

Con relación a las y los adolescentes, éstos representan un porcentaje significativo de la población nicaragüense. Uno de los principales problemas que incide en el estado de salud de este grupo, está determinado por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La alta tasa de fecundidad registrada en este grupo resulta preocupante, no sólo por los efectos que la misma tiene sobre la salud de la madre adolescente, sino por los efectos en la salud de los niños y niñas.

Se estima que el 46.6% de las adolescentes comprendidas entre los 15 y 19 años que tienen vida sexual activa, no utilizan métodos anticonceptivos, esta situación está referida a la insuficiente o nula información que este grupo tiene sobre métodos de planificación familiar.

La tasa de incidencia y prevalencia del VIH-SIDA en Nicaragua se ha incrementado en la última década, para el año 2002 se reportaron 887 nuevos casos, para el año 2003 la cifra aumentó a 1,232 casos, la principal vía de transmisión sigue siendo las relaciones sexuales inseguras, la mayoría de casos se registra entre jóvenes comprendidos entre los 20 y 30 años de edad del sexo femenino.

6.1 Valoraciones Conclusivas

En los diferentes documentos políticos, programáticos y estratégicos diseñados por el Estado nicaragüense en que se establecen las estrategias y lineamientos generales sobre la atención en salud a la población, se observa que el concepto de salud tiene diversas connotaciones.

Desde la perspectiva formal contenida en la Constitución Política y numerosos instrumentos internacionales la salud es un derecho humano fundamental reconocido a todas las personas. En su calidad de derecho humano tiene características de universalidad, interdependencia con otros derechos e irreversibilidad, y se rige por los principios de gratuidad, equidad, accesibilidad e igualdad.

No obstante, desde el Plan Nacional de Desarrollo, la Política y Plan Nacional de Salud y otros instrumentos programáticos, que son los que determinan la realidad material, la salud se concibe como un “servicio”. Desde este enfoque la salud para de ser un derecho a un bien sujeto a la dinámica del mercado, es decir, a las leyes que determina el binomio oferta-demanda.

Esta concepción se corresponde con la tendencia de privatizar la atención en salud lo que tiene como consecuencia inmediata la negación expresa de este derecho a las personas que no cuentan con los recursos económicos para pagar por “este servicio”.

De acuerdo al discurso oficial existe un servicio diferenciado en el que a las personas que enfrentan condiciones de pobreza y extrema pobreza se les atiende de forma gratuita en el área pública y a aquellas que pueden tener alguna posibilidad de pago se les atiende en el área privada.

La Salud: Un Derecho Humano

En la práctica, esta modalidad ha generado una brecha en cuanto al acceso a la atención en salud. Las áreas públicas de los centros de los establecimientos de salud no cuentan con los recursos materiales, humanos y tecnológicos necesarios para brindar una atención de calidad, y el Estado se ha mostrado desinteresado en la provisión de estos recursos. En cambio, en las áreas privadas, donde las personas pagan por ser atendidas, la atención es más pertinente.

El sustrato de fondo de esta situación es la negativa del Estado en reconocer que la salud es un derecho humano cuyo cumplimiento descansa principalmente en él, para justificar esta lógica ha implementado un modelo estructural que, bajo la apariencia de la equidad, limita y en muchos casos anula la posibilidad real de que las personas puedan acceder a este derecho.

Los niveles de implementación de las políticas públicas en materia de salud son, hasta la fecha bastante limitados y en muchos casos, nulos. Uno de los principales obstáculos para lograr cumplir con las metas en los diferentes instrumentos es la falta de voluntad política.

El Estado ha centrado su interés en el desarrollo económico y para ello ha destinado el mayor porcentaje del ingreso nacional al fortalecimiento de los programas económicos que están orientados a consolidar una macroeconomía estable y ha descuidado la inversión en las políticas sociales necesarias para garantizar un desarrollo humano sostenible.

Esta práctica ocasiona un deterioro social irreversible pues al descuidar la salud de la población se impide la formación del capital humano necesario para alcanzar el desarrollo económico sostenible.

Para poder superar esta situación que afecta a la población nicaragüense, principalmente la que se encuentra en situación de extrema pobreza, se debe redefinir la política macroeconómica a fin de establecer los mecanismos que permitan una inversión significativa en las políticas sociales.

De esta forma se garantizaría los recursos financieros para aplicabilidad plena y efectiva de las metas establecidas en relación al derecho a la salud. Pero además resulta imprescindible que desde el Estado se conceptualice la salud como un derecho humano.

Esta reconceptualización permitirá posicionar el desarrollo humano sostenible en el centro de la agenda política y social del país y de esta forma garantizar los recursos humanos necesarios para el desarrollo económico.

VII Avances, Dificultades y Propuestas sobre el Derecho a la Salud de los y las Nicaragüenses

Los principales avances que el Estado Nicaragüense ha logrado en materia del derecho a la salud son de tipo “normativo”, desde hace más de una década, se han aprobado un conjunto de leyes que directa o indirectamente, reconocen y/o amplían en marco regulatorio del Estado, en materia del cuidado y la atención a la salud de las personas.

No obstante, los avances en materia normativa aún persisten grandes obstáculos, que superar para traducir esas normas en un impacto directo en el estado de salud de los y las nicaragüenses.

A continuación, se presenta un esquema de los principales avances, obstáculos y propuestas en materia de salud que los diferentes representantes del Estado, las organizaciones de la sociedad civil y la población han identificado:

La ciudadanía tiene derecho a organizarse para demandar el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de salud.



AVANCES	DIFICULTADES	PROPUESTAS
<p>Amplia normativización del derecho a la Salud como un derecho humano.</p> <p>Se ha suscrito casi todos los tratados internacionales y plataformas que reconocen el derecho a la salud como un derecho humano que tiene como contrapartida la responsabilidad estatal de garantizar su cumplimiento.</p>	<p>Nivel de aplicabilidad de los instrumentos internacionales ratificados es nula o incipiente.</p> <p>No se han creado las condiciones necesarias para cumplir con los compromisos adquiridos a nivel internacional.</p> <p>Poco o nulo conocimiento de los tratados, convenios y plataforma internacionales en materia del derecho a la salud.</p>	<p>Garantizar el cumplimiento de los compromisos contenidos en los instrumentos internacionales en materia del derecho a la salud</p> <p>Masificar el conocimiento de los tratados, convenios y plataformas internacionales suscritos por Nicaragua.</p> <p>Demandar el cumplimiento pleno y efectivo del derecho a la salud desde la sociedad civil organizada y no organizada.</p> <p>Establecer todas las condiciones básicas para la promoción, prevención, rehabilitación y su recuperación de la salud de la población.</p>
<p>Se ha traducido en leyes y políticas públicas nacionales, los compromisos adquiridos al firmar convenios y tratados internacionales en materia de salud.</p>	<p>No se han terminado de crear las condiciones necesarias para la implementación de las leyes nacionales y políticas públicas relativas al derecho a la salud.</p> <p>Poco conocimiento de Leyes y Políticas en materia de salud, por parte de las instituciones, funcionarios y de la población en general.</p> <p>Bajos niveles de implementación, seguimiento, monitoreo, evaluación de las leyes políticas, planes y programas en salud.</p> <p>Insuficiente reglamentación de las leyes en materia de salud.</p> <p>Insuficiente presupuesto para el sector salud, esto dificulta la implementación de las Políticas de Salud, Planes, Programas</p>	<p>Masificar el conocimiento de Políticas y leyes nacionales que incluyen el derecho a la salud.</p> <p>Crear los mecanismos institucionales .necesarios para implementar las leyes nacionales y las políticas públicas.</p> <p>Diseñar un sistema de seguimiento, monitoreo e implementación de las políticas públicas en materia de salud.</p> <p>Implementar un proceso de capacitación sobre leyes y políticas públicas que incluyen el derecho a la salud, dirigido al personal de salud en los diferentes niveles</p>

AVANCES	DIFICULTADES	PROPUESTAS
<p>Se han creado algunos instrumentos que operativizan las Políticas Públicas (Planes de Acción, Programas, Protocolos de Actuación, etc.)</p>	<p>Poco nivel de apropiación del personal encargado de operativizar el contenido de los Protocolos de Actuación e instrumentos que operativizan su contenido.</p> <p>La implementación del marco jurídico, políticas públicas, no ha sido adecuadamente presupuestado, la inversión pública es insuficiente.</p> <p>Desconocimiento por parte de la población sobre la existencia de los Protocolos de Actuación.</p>	<p>Incluir en el presupuesto de la República fondos suficientes para garantizar el derecho a la salud.</p> <p>Capacitar al personal de salud de los diferentes niveles, sobre programas, instrumentos y protocolos de actuación, que permita garantizar que la población reciba calidad y calidez en la atención.</p> <p>Dar a conocer a la población la existencia de los protocolos de actuación, para que puedan demandar calidad y calidez en la atención.</p>
<p>Se han elaborado las leyes nacionales y las Políticas Públicas desde las perspectivas jurídicas, filosóficas y de derechos humanos.</p>	<p>Los niveles de aplicación de las perspectivas de derechos humanos en la prevención, atención y promoción del cuidado de la salud por parte de funcionarios, son bastante incipientes y en muchos casos, nulos.</p> <p>Falta incorporar mecanismos de aplicación que contribuyan al respeto del derecho a salud con un enfoque intercultural.</p>	<p>Operacionalizar desde lo cotidiano, en los programas y servicios de salud los marcos jurídicos y políticos en materia de salud.</p>
<p>Se han elaborado algunos protocolos que orientan la prestación de servicios. (Atención en VIF y sexual, etc.)</p> <p>Se han creado instancias de coordinación. (Comités, Consejos de Salud, Nacionales, Regionales, Temáticos, etc.)</p>	<p>Deficiente aplicación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los protocolos.</p> <p>Estas instancias no son verdaderas tomadoras de decisión, no funcionan efectivamente.</p> <p>Falta de voluntad política de los funcionarios de turno.</p> <p>Influencia ideológica (política – religiosa) en las decisiones sobre políticas, planes y programas de salud.</p>	<p>Promover el conocimiento sobre los nuevos protocolos en todo el personal de salud.</p> <p>Favorecer estrategias que motiven a todos y todas las actoras y actores involucrados en el sector salud.</p> <p>Despartidarizar espacios nacionales y municipales.</p> <p>Trabajar la salud desde los espacios de desarrollo local.</p>

AVANCES	DIFICULTADES	PROPUESTAS
<p>Se han superado algunos elementos estructurales a fin de mejorar el acceso a la salud.</p> <p>Se ha avanzado en el reconocimiento de que la salud no es la simple ausencia de enfermedades, sino un completo estado de bienestar físico, mental y social.</p> <p>Se ha erradicado enfermedades endémicas que cobraban las vidas de niñas, niños y adolescentes tales como la polio.</p> <p>Se ha impulsado jornadas nacionales de vacunación lo que es muy importante dentro la parte la salud preventiva.</p>	<p>Aún persisten grandes vacíos</p> <p>En el personal de salud existe una visión “medicalizada” de la salud, no se toma en consideración la salud social y mental.</p> <p>Visión conservadora y restrictiva (biologicista, medicalista) de la salud en las y los funcionarios en los distintos niveles de atención.</p> <p>No hay una coherencia entre la inversión pública - infraestructura y la preparación de los recursos humanos.</p> <p>La privatización de los servicios de los servicios de salud.</p>	<p>Profundizar el proceso de cambios estructurales para mejorar el acceso a la atención integral en salud</p> <p>Incorporar una visión holística de la salud, en donde se incluyan elementos económicos, sociales, culturales, ambientales. Relacionar el derecho a la salud con el conjunto de derechos económicos, sociales y culturales.</p> <p>Promover la reorganización de los servicios de salud.</p> <p>Promover que las universidades formadoras de recursos humanos del área de la salud incluyan el estudio de la salud con visión de desarrollo y principios éticos.</p> <p>Establecer coordinaciones interinstitucionales con la finalidad de contribuir al abordaje de la problemática de salud.</p>
<p>Se ha promovido la Cultura de Planeación Formal</p>	<p>Persistencia de la visión coyunturalista y de emergencia en las decisiones y acciones de corto plazo, lo que impiden la operativización real de las Políticas Públicas.</p> <p>La agenda pública de salud no es determinada totalmente por el MINSA, sino por las agencias de cooperación internacional.</p>	<p>Conservar como ‘horizonte’ las Políticas de Estado en la conformación de los Planes y Programas y Proyectos en salud.</p> <p>Impulsar una Agenda de Salud Pública desde la realidad nacional y con la participación concertada de organismos gubernamentales, no gubernamentales, sociales, comunitarios.</p> <p>Incorporar en la agenda de salud los temas de salud planteados por el movimiento de mujeres</p>

AVANCES	DIFICULTADES	PROPUESTAS
<p>Se ha mejorado el acceso a la atención en salud en las poblaciones urbanas del país.</p>	<p>Poca cobertura y la calidad de la atención en salud en las zonas rurales más alejadas.</p> <p>Falta de iniciativa por parte de las autoridades de los diferentes de atención en salud para gestionar recursos financieros y materiales.</p> <p>Persistencia de inequidades y desequilibrios de los recursos, éstos históricamente han sido dirigidos hacia el Pacífico, centros urbanos, y población mestiza.</p>	<p>Eliminar las causas estructurales de la pobreza.</p> <p>Fortalecer el Modelo Autonómico de Salud en la Costa Caribe, teniendo en cuenta las comunidades y pueblos indígenas y afrodescendientes.</p> <p>Promover la atención en salud desde la perspectiva del desarrollo humano sostenible.</p> <p>Garantizar que la salud llegue a los grupos humanos que viven en condiciones de vulnerabilidad.</p> <p>Incrementar los niveles de inversión pública en salud para las zonas rurales, las mujeres, niñez, personas con capacidades diferentes, PVVS, entre otros</p>
<p>Se ha promovido la especialización del personal de salud.</p>	<p>Alta rotación de personal de salud.</p> <p>Recursos menos calificados ubicados en zonas de mayor necesidad.</p>	<p>invertir en el fortalecimiento de las capacidades humanas en las comunidades, para que éstas participen activamente en la promoción y construcción de la salud.</p> <p>Promover el respeto a la ley de servicio civil y carrera administrativa para garantizar la continuidad y sostenibilidad de los recursos humanos en salud.</p> <p>Invertir en la profesionalización y especialización del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud.</p> <p>Formar recursos según las necesidades del país (psicología, sociología , etc.)</p>

AVANCES	DIFICULTADES	PROPUESTAS
<p>Se ha fortalecido la atención primaria en salud.</p> <p>Se ha incorporado en gran parte de los documentos oficiales del MINSA la perspectiva de género y generacional en la atención en salud.</p>	<p>Visión restrictiva de la salud en las unidades de salud, se limita a la donación de medicamentos.</p> <p>Los que tienen mayores problemas en el acceso a los servicios públicos de salud son las niñas, niños, adolescentes, mujeres e indígenas y más aún cuando son pobres.</p> <p>Falta de sensibilidad y maltrato por parte del personal médico y enfermeras a la población.</p> <p>No hay una atención humana hacia la persona que llega a solicitar una consulta.</p> <p>Los actores del sistema de salud, no se han apropiado de la perspectiva de género y generacional en la atención en salud.</p> <p>No se está brindado la atención necesaria a las mujeres, éstas se están muriendo, porque efectivamente el sistema no tiene la capacidad de darles la atención que necesitan en el momento que lo necesitan.</p> <p>No existen servicios de salud especializados para niñas, niños, adolescentes y jóvenes</p>	<p>Promover desde la ciudadanía la prevención primaria y secundaria, ubicar y reconocer a la población como sujetos sociales y de desarrollo y no personas usuarias – objetos pasivos.</p> <p>Proveer de instrumentos a las alcaldías para que participen activamente en la gestión de salud.</p> <p>Capacitar al personal de Salud a fin de que incorporen la perspectiva de género y generacional en su práctica cotidiana.</p> <p>Incorporar de manera efectiva las perspectivas de género, generacional e intercultural en la formulación y aplicación de políticas públicas en salud.</p> <p>Considerar en la aplicación de Políticas Públicas las necesidades de las mujeres en cada ciclo de vida.</p> <p>Promover servicios de salud especializados para niñas, niños, adolescentes y jóvenes.</p>

Avances	Dificultades	Propuestas
<p>Existencia de actores con amplias capacidades y estructuras organizativas.</p> <p>Se han creado una amplia gama de centros alternativos de mujeres, que prestan servicios de salud diversos y de calidad</p> <p>Se ha realizado acciones de promoción, atención, rehabilitación y recuperación en salud a través de las organizaciones de la sociedad civil.</p>	<p>Coordinación no efectiva entre los actores del sector salud</p> <p>Los niveles de coordinación entre los diferentes actores del sector salud son insuficientes.</p> <p>MINSA no toma en cuenta la capacidad de la Sociedad Civil, tiene visión utilitaria de ésta.</p> <p>MINSA no asume con eficiencia su papel de rector de las políticas públicas y regulador y controlador del sub-sector privado que brinda servicios de salud.</p> <p>El MINSA, es una estructura muy centralizada, lo que no permite que funcionarias y funcionarios promuevan iniciativas con autonomía.</p> <p>Atomización, dispersión, duplicidad de las acciones, dentro del gobierno, dentro del sistema de Naciones Unidas y dentro de la sociedad civil.</p>	<p>Hacer funcionar de manera efectiva los espacios de coordinación interinstitucional (Consejo Nacional de Salud, CONISIDA, entre otros).</p> <p>Fortalecer las redes, consorcios y espacios de concertación por la salud a nivel nacional, regional (Costa Caribe), municipal y comunitario.</p> <p>Fortalecer las alianzas Estado – Sociedad Civil en el campo de la salud.</p> <p>Fortalecer los mecanismos de coordinación y comunicación en el seno del sistema de naciones unidas.</p> <p>Promover una participación más efectiva de la ciudadanía, en la demanda del derecho a la salud.</p> <p>Promover que las Políticas Públicas tengan una interlocución más horizontal.</p> <p>Asumir con determinación y eficiencia el rol rector, gestor, regulador que tiene el MINSA, en las políticas, planes, proyectos y servicios en salud.</p> <p>Favorecer la actitud de apertura hacia alianzas entre los actores.</p> <p>Mejorar espacios de coordinación y comunicación a lo interno y a lo externo</p>

Avances	Dificultades	Propuestas
<p>Amplia cooperación internacional</p> <p>Se han fortalecido las alianzas con las agencias internacionales, lo que ha permitido contribuir al acceso de la salud de la población.</p>	<p>Poca incidencia real para romper la dependencia</p> <p>Las agencias de Naciones Unidas con liderazgo en el tema de la Salud, paulatinamente lo han venido cediendo a organismos financieros multilaterales.</p> <p>Tendencia al Pacto entre agencias de Naciones Unidas y sector Privado Transnacional.</p>	<p>Fortalecer las alianzas internacionales de redes pro derechos humanos en el campo de la salud.</p> <p>Hacer uso de los mecanismos internacionales de protección de los derechos humanos. Comités de Naciones Unidas, La Relatoría Especial de la Salud, entre otros.</p>

Avances	Dificultades	Propuestas
	<p>Politización del tema del aborto terapéutico. En el mundo sólo 4 países no lo tienen legalizado.</p> <p>Modelo económico neoliberal favorece ver la salud como un servicio y no como un derecho.</p> <p>Este modelo ubica la salud como una mercancía que hay que comprar y vender.</p> <p>Aceptación de transgénicos en la ayuda alimentaria.</p>	<p>Abordar el tema del aborto como un asunto de Salud Pública.</p> <p>Trabajar en la búsqueda de un Modelo Económico más justo que rompa las brechas, desigualdades e inequidades para que todas las personas tengan acceso y calidad de salud y óptimos niveles de vida.</p> <p>Vincular el derecho a la salud al concierto de los Derechos Humanos</p> <p>Masificar el conocimiento del carácter violatorio de Derechos Humanos que tiene implícito la propagación de alimentos transgénicos.</p>

7.1 Otras Propuestas para el Estado a fin de Garantizar el Derecho a la Salud

A continuación se presenta un conjunto de propuestas sobre acciones específicas que el Estado debería realizar para garantizar el derecho a la salud.

a) Estado

- Aumentar la inversión financiera en el sector salud, a fin de garantizar los recursos económicos, financieros y humanos necesarios para brindar atención en salud de forma gratuita y de calidad a la población en general.
- Incrementar significativamente el porcentaje del PIB que se destina para el cuidado y la atención primaria en salud a la población, particularmente a las poblaciones rurales.
- Concebir en los Planes y Programas de Desarrollo a la salud como una inversión social que garantiza el “capital humano” que el país necesita para su desarrollo y no como un “gasto social”.
- Realizar las coordinaciones interinstitucionales necesarias para mejorar las condiciones de vida de los hogares nicaragüenses, ya que la condición de pobreza en que enfrenta la mayoría de la población es un factor determinante en el estado de salud de la población.
- Realizar las coordinaciones interinstitucionales necesarias para contribuir a la seguridad alimentaria de las familias que viven en condiciones de vulnerabilidad y de esta forma prevenir enfermedades asociadas a una alimentación inadecuada.
- Promover a través de las diferentes instancias del Estado la conciencia de ser servidores públicos.
- Establecer coherencia entre las políticas públicas, el derecho a la salud y la cosmovisión, creencias y tradiciones de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

b) Ministerio de Salud

- Redefinir la lógica económica con la que la Política Nacional y el Plan de Salud conciben la salud; se debe visualizar la salud como un derecho humano que tiene como contrapartida una obligación estatal y no como un “servicio” sujeto a condicionalidades de tipo económico del que solicita atención médica.
- Reorientar los recursos, hacer una readecuación del destino de los recursos, poder asegurar mas gastos de inversión que gastos de operación, los gastos de

operación son grandes y no pueden ser mayores a los gastos realmente de inversión.

- Dar cumplimiento, monitoreo a las políticas y leyes ya existentes en el país en relación a la salud.
- Fortalecer el rol de MINSA como ente regulador del sector salud, particularmente del sub-sector privado.
- Promover que el proceso de Modernización del Ministerio de Salud se desarrolle con enfoque de derechos humanos y no como un modelo de privatización del derecho a la salud.
- Impulsar modelos de atención en salud que conlleven a la detección de riesgos.
- Impulsar un modelo de salud autónomo, con la finalidad de garantizar la perspectiva intercultural en el derecho a la salud de las comunidades étnicas.
- Garantizar los recursos humanos, financieros y técnicos para la aplicación plena e integral de la Política y el Plan Nacional de Salud.
- Impulsar políticas, planes, programas y proyectos orientados a crear las condiciones que permitan a las familias posicionarse como agentes claves en el cuidado de su salud.
- Establecer mecanismos de articulación entre la Ley y el Plan Nacional de Salud con las otras leyes, planes y políticas existentes.
- Incorporar en los planes y programas de salud las iniciativas locales, propuestas por la población, particularmente las iniciativas en la Costa Caribe, a fin de dar respuesta a los problemas reales que enfrenta las comunidades en el ámbito de salud, así mismo permitirá tener un enfoque más sostenible y efectivo en la atención.
- Diseñar y ejecutar un programa nacional de prevención en salud a fin de promover hábitos saludables de higiene, alimentación, a fin de contribuir a mejorar el nivel de salud de las personas.
- Incorporar en la práctica de la atención en salud los enfoques de género, generacional y multicultural.
- Garantizar el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, a fin de que este sea la instancia de concertación y articulación entre las diferentes instituciones del Estado y la sociedad Civil.

- Establecer coordinaciones con los diferentes Consejos o Comisiones, Mesas de trabajo existentes, con la finalidad de construir alianzas estratégicas que contribuyan a garantizar el derecho a la salud de la población.
- Promover en conjunto con el MECD la ejecución de programas Socio educativos dirigidos a niños, niñas y adolescentes en edad escolar a fin de modificar los patrones conductuales que afectan negativamente la salud.
- Promover el fortalecimiento de la atención primaria en salud a fin de garantizar a la población nicaragüense una atención en salud oportuna y de calidad.
- Garantizar el abastecimiento de medicinas y el equipamiento adecuado en los puestos, centros de salud y hospitales a fin de evitar que las familias deban cargar con los gastos que genera la recuperación de la salud.
- Impulsar procesos que promuevan una cultura de salud preventiva en la población.
- Fortalecer las coordinaciones con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema de la salud, a fin de intercambiar experiencias, aunar esfuerzos y coordinar acciones para el acceso de la salud a la población.
- Apoyar las iniciativas de las organizaciones de las mujeres para que en una consulta especializada se definan todas las normas ya existentes, implementarlas y darles seguimiento.

b.1) Promoción, Prevención y Rehabilitación de la Salud de la Niñez

Niñez en General

- Mejorar el acceso, gratuidad, calidad, eficiencia, diversidad, especialidad y pertinencia de la atención a la niñez y en todas las unidades de salud.
- Garantizar que todos los niños, niñas nacidas, particularmente los de las áreas rurales tengan acceso a control post-natal.
- Aumentar la cobertura de inmunizaciones en niños y niñas menores de un año en las zonas rurales y de difícil acceso.
- Promover en conjunto con las municipalidades la realización de un diagnóstico situacional de de la salud de la niñez y adolescencia de cada municipio a fin de contar con datos confiables para la toma de decisiones estratégicas en la búsqueda de garantizar a los mismos el más alto nivel de salud posible.

Niñez de la Costa Caribe

- Garantizar acceso al cuidado y atención en salud de forma gratuita y de calidad a los niños, niñas y adolescentes de la Costa Caribe de Nicaragua
- Diseñar programas de salud, para las niñas, niños y adolescentes de la Costa Caribe de Nicaragua, en los que se respete el derecho a su identidad étnica y cultural.

Niñez Trabajadora

- Establecer coordinaciones Interinstitucionales con el Ministerio del Trabajo para desarrollar acciones que contribuyan a la promoción de la salud de la niñez y adolescencia trabajadora con la finalidad de garantizar la atención en salud de este grupo poblacional.
- Establecer con el Ministerio del Trabajo las coordinaciones interinstitucionales a fin de garantizar que los y las adolescentes trabajadores no realicen trabajos que expongan su salud física, psicológica y moral.
- Diseñar y ejecutar un proyecto piloto orientado a brindar de atención en salud de forma gratuita y de calidad a la niñez y adolescencia que trabaja en labores agrícolas y comerciales en el campo y la ciudad.
- Fortalecer el rol de las Inspectorías del Trabajo a fin de garantizar que los y las adolescentes trabajadoras realicen sus funciones en condiciones saludables e higiénicas.

Niñez Víctima de Violencia Física y Sicológica

- Impulsar programas de atención psicológica a niños, niñas y adolescentes que son víctimas de maltrato físico y / o psicológico a fin de restituir su estado emocional.
- Impulsar una campaña de comunicación social de prevención de la violencia física y sicológica en contra de los niños y las niñas.

b.2) Promoción de la Salud de las Mujeres

Salud Materna

- Promover la salud integral de las mujeres embarazadas, parturientas ó púérperas, a fin de reducir la probabilidad de complicaciones en la salud relacionadas a esos estadíos de su vida.

- Mejorar la cobertura y calidad de la atención prenatal, post-natal, parto y puerperio a fin de disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil.
- Mejorar las condiciones de eficiencia y cobertura de los servicios de atención obstétrica en los establecimientos de salud.
- Fortalecer el Programa de capacitación a las parteras empíricas de las zonas rurales y de difícil acceso.
- Fortalecer la campaña de promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continua hasta los dos años de edad de niñas y niños.
- Fortalecer el Programa de Atención de Adolescentes embarazadas, a fin de desarrollar acciones que contribuyan a la prevención y atención de embarazos en adolescentes.
- Fortalecer las Unidades de Cuidados Obstétricos de Emergencia del MINSA en las unidades primarias y secundarias de atención a fin de garantizar que estas unidades cuenten con los recursos humanos calificados, equipos e insumos necesarios para brindar los cuidados obstétricos durante el embarazo.
- Formular un programa de Prevención del Embarazo no deseado y de alto riesgo en adolescentes y mujeres mayores de treinta años de edad cumplidos.
- Diseñar un programa de detención y tratamiento temprano de los factores de riesgo durante en control prenatal.

Salud Sexual y Reproductiva

- Diseñar e implementar un programa de promoción de la planificación familiar y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con el objetivo de promover una maternidad sin riesgos y una sexualidad responsable.
- Implementar acciones orientadas a disminuir los embarazos en adolescentes y en mujeres externas al período reproductivo.
- Diseñar e implementar programa piloto de promoción de la planificación familiar, principalmente en las zonas rurales y de difícil acceso.
- Realizar acciones que promuevan el acceso a la planificación familiar y el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos.

La Salud: Un Derecho Humano

- Atender las necesidades de las y los adolescentes en materia de educación, información y promoción, de tal forma que puedan desarrollar su sexualidad de manera positiva y segura.
- Promover una profunda reforma curricular en todo el sistema educativo que permita la inclusión de la enseñanza de educación sexual y reproductiva, y otros contenidos que fomenten el cuidado de la salud.
- Garantizar la provisión de tratamiento y atención médica adecuada y especializada a los y las adolescentes afectados con Infecciones de Transmisión Sexual.
- Establecer coordinaciones con organismos no gubernamentales que trabajan el tema de explotación sexual comercial, a fin de impulsar acciones en conjunto que contribuyan a la atención en salud a las víctimas de la Violencia Física y Sexual.
- Diseñar en conjunto con el MIFAMILIA y el MECD un programa conjunto orientado a atender las necesidades de las y los adolescentes y jóvenes en materia de educación, información y promoción, de tal forma que puedan desarrollar su sexualidad de manera positiva y segura.

b.3) Promoción en Salud de las personas de las personas adultas mayores.

- Realizar las coordinaciones interinstitucionales necesarias para garantizar a las personas de la tercera edad alimentación, agua, vivienda, vestimenta adecuadas como medida de prevención en salud.
- Promover la atención de salud especializada a las personas de la tercera edad que con criterios de calidad, calidez humana, equidad, gratuidad que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
- Promover y contribuir en la creación y ampliación de políticas sociales contributivas a la mejoría de la calidad de vida de la población adulta mayor jubilada y no jubilada por medio de centros comunitarios vocacionales, recreativos, culturales, productivos, deportivos.
- Formular e implementar un programa de atención integral en salud a las personas adultas mayores con el objetivo de que esta institución pueda crear los servicios, instancias y programas nacionales y locales de salud con criterios de calidad, calidez humana, equidad, gratuidad a las personas adultas mayores.

b.4) Personas con Capacidades Diferentes

- Garantizar la atención integral y especializada en salud de las personas con capacidades diferentes.
- Formular e implementar un Programa Nacional de Prevención de la Discapacidad.
- Coordinar la elaboración de una Política Pública sobre rehabilitación física, mental, psíquica y social para las Personas con Capacidades Diferentes, tendiente a mejorar su calidad de vida y asegurar su plena integración a la familia y a la sociedad.

b.5) Salud Mental

- Promover en coordinación con los gobiernos municipales, organizaciones de la sociedad civil Planes, Programas y Proyectos orientados a la Prevención del consumo, uso y abuso de bebidas alcohólicas y drogas.
- Establecer coordinaciones con el Instituto contra el Alcoholismo y la Drogadicción para brindar servicios de rehabilitación a las personas que presentan adicción a sustancias psicotrópicas, inhalantes, alcoholismo.
- Promover programas de salud mental dirigidos a los diferentes grupos poblacionales: niñez, adolescencia, mujeres, personas adultas mayores, personas con capacidades diferentes, PVVS, entre otros.

c) Incidencia por la Salud

- Promover desde el Ministerio de Salud el cumplimiento de las responsabilidades que el Estado debe asumir, a fin de garantizar el cumplimiento del derecho humano a la atención integral en salud.
- Incorporar a las organizaciones de la sociedad civil en los procesos de formulación, aprobación, ejecución, monitoreo, evaluación y seguimiento de las políticas públicas en materia de salud.
- Promover acciones de cabildeo con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con la finalidad de incrementar la inversión económica en el sector salud, que permita garantizar los recursos económicos y financieros necesarios para garantizar salud y de esta forma contribuir a la formación de capital humano necesario para el desarrollo económico y social.
- Creación de alianzas estratégicas con instituciones nacionales, gubernamentales, no gubernamentales y los organismos de cooperación internacional para

formular, coejecutar políticas, programas y proyectos orientados a garantizar el derecho a la salud de la población.

- Implementación de alianzas con Gobiernos Municipales y Regionales, actores locales para aportar en la municipalización y regionalización de las políticas, programas, proyectos y servicios sociales orientados a la promoción de la salud.
- Articulación de alianzas con los medios de comunicación para concienciar, sensibilizar a las familias, comunidades, actores sociales, privados e institucionales para lograr una gran movilización social a favor del derecho a la salud.
- Establecer alianzas estratégicas con alianzas estratégicas con actores sociales de la Costa Caribe con la finalidad de formular una agenda para la incidencia en la promoción de la salud.

d) Sociedad Civil

- Promover la creación de espacios permanentes de continuo monitoreo del derecho a la salud y de evaluación periódica de los principales instrumentos jurídicos que aseguran el respaldo legal de este derecho en Nicaragua.
- Fortalecer el rol de la Sociedad Civil como un mecanismo propositivo en la búsqueda de soluciones a los obstáculos que enfrenta el MINSA en relación a la atención en salud a las y los nicaragüenses.
- Promover el protagonismo de los líderes comunitarios, con la finalidad de que éstos sean promotores y gestores en búsqueda de solución a los problemas de salud que enfrentan su comunidad, y no actúen como simples receptores de problemas.
- Consolidar los espacios de coordinación entre la Sociedad Civil Organizada y la población no organizada a fin de promover y demandar el cumplimiento del derecho humano a la salud.
- Fortalecer las redes de defensoría social para que las familias, comunidades, municipios, organizaciones, y las personas en general sean protagonistas en la defensa y aplicación de sus derechos.
- Promover la participación de los movimientos sociales de promoción y defensa del derecho a la salud en los procesos de formulación, aplicación, seguimiento y evaluación de todas las leyes y políticas, planes, programas y proyectos nacionales, regionales y municipales orientados a garantizar este derecho.
- Apoyar y promover la formulación de un programa nacional de prevención y atención del VIH y SIDA.

- Promover desde la comunidad, una cultura de responsabilidad individual sobre la importancia de cuidar a la salud, a través de acciones en salud preventiva.
- Impulsar proyectos que conlleven al desarrollo humano sostenible, con la finalidad de que la población a quién va dirigido, se apropien de las acciones realizadas y contribuyan a su sostenibilidad.
- Fortalecer los comités municipales como plataforma para trabajar salud y desarrollo.



Las y los trabajadores tienen derecho a una higiene ocupacional.

Siglas Utilizadas

CDN	Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña
CNA	Código de la Niñez y la Adolescencia
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
ERCEYRP	Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IDH	Índice de Desarrollo Humano
MINSA	Ministerio de Salud
MECD	Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
VIF	Violencia Intrafamiliar
VIH-SIDA	Virus Inmunodeficiencia Humana- Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida

Bibliografía Consultada

a) Libros y Leyes

Asamblea Nacional de la República de Nicaragua

Constitución Política de la República de Nicaragua.- Managua, 2004

Ley de Organización, Competencias y Procedimientos del Poder Ejecutivo.- Managua.- Managua, 1998

Ley General de Salud.- Managua, 2002

Código del Trabajo de la República de Nicaragua.- Managua, 1996

Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.- Managua, 1995

Reglamento a la Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.- Managua, 1997

Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos frente al SIDA.- Managua, 1996

Reglamento a la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos frente al SIDA.- 1996

Ley de Seguridad Transfusional.- Managua, 2000

Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar.- Managua, 1996

Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud.- Managua, 2001

Reglamento de la Ley No. 392, Ley de promoción del Desarrollo Integral de la Juventud.- Managua, 2002

Ley de Municipios.- Managua, 1998

Centro de Análisis e Investigación

VIH/SIDA y derechos humanos: el presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua.- México, 2004

VIH/SIDA y derechos humanos: el presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua/ Informe de Nicaragua, Managua, 2004

Centro Nicaragüense de Derechos Humanos

Derechos Humanos en Nicaragua 2003.- Managua 2004

Derechos Humanos en Nicaragua 2004- 2005.- Managua 2006

Fondo de Población de Naciones Unidas

Ortega Hegg (et al); Masculinidad y Factores Asociados a la Paternidad: estudio en cuatro países de Centroamérica.- Managua, 2005

Castillo, Marcelina- Centeno, Rebeca; Masculinidad y Factores Asociados a la Paternidad: estudio en Nicaragua, Managua, 2005

Sexualidad y Salud en la Adolescencia.- Uruguay, 1999

Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas Nacionales de Nicaragua, Escenarios de Inversión Social al 2015 para alcanzar los objetivos en educación, salud, agua y saneamiento.- Managua, 2004

Metas de Desarrollo: seguimiento a la cumbre del milenio.- Managua, 2003

Gobierno de la República de Nicaragua

Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza.- Managua, 1998

Indicadores para el seguimiento al Plan de Acción Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2001-2011.- Managua, 2003

Manual de Indicadores de Detención Policial.- Managua, 2002

Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo.- Managua, 2002

Plan Nacional de Salud 2004-2015.- Managua, 2004

Política Nacional de Salud.- Managua

Política de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia.- Managua 2001

Plan de Acción Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2002- 2011.- Managua, 2001

Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y Protección de Adolescentes Trabajadores 2001- 2005.- Managua, 2000

Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes.- Managua, 2001

Plan Nacional contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes 2003- 2008.- Managua, 2003

Plan Nacional de Educación 2001-2015.- Managua, 2001

Política de Prevención de la Policía Nacional.- Managua, 2001

Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense.- Managua, 2001

Plan de Acción de la Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia 2005- 2015.- Managua, 2004

Hernández, Maritza (et al); Derechos Humanos de la Niñez, la tarea pendiente.- El Salvador, 1998

Ministerio de Salud

Análisis de situación del sector salud (documento sin editar).- Managua. 2004

Encuesta de Establecimientos de Salud.- Managua, 2001

La Discapacidad en Nicaragua: Situación actual y perspectivas.- Managua, 2005

Plan Nacional de Salud; Resumen de la Política Nacional de Salud 2004-2015.- Managua, 2004

Movimiento Autónomo de Mujeres

Agenda de Salud Integral de las Mujeres.- Managua, 2005

Organización Internacional del Trabajo

Compendio de normas internacionales relacionadas con la prevención y eliminación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.- San José, 2003

Olguín, Gabriela; Educación para el trabajo, empleo y derechos de los pueblos indígenas.- 2006

Organización Panamericana de la Salud

Investigaciones sobre servicios de salud, una antología.- Washington, 2005

Organización de Naciones Unidas

Declaración Universal de los Derechos Humanos.- New York, 1948

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.- 1996

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.- 1966

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña.- 1989

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.- 1981

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.- 1969

Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.- 1993

Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas.- 1992

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.- 1993

Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición.- 1973

Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social.- 1969

Declaración sobre el derecho al desarrollo.- 1986

Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo.- 1994

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo + 5.- 1999

Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.- 1995

Declaración de Beijing.- 1995

Plataforma de Acción.- 1995

Organización Internacional del Trabajo

Convenio sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo.- 1976

Convenio sobre las peores formas de Trabajo Infantil.- 1999

Organización de Estados Americanos

Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.- 1948

Convención Interamericana sobre Derechos Humanos.-

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.-

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.-

Vásquez, Enrique; ¿Los niños... primero? Volumen II, Cuánto invirtió el Estado Peruano en los niños, niñas y adolescentes, 2001- 2003.- Lima, 2004

b) Revistas y Folletos:

Acción Médica Cristiana

Nuestra Misión en Nicaragua.- Managua, 2005

Muñoz, Gerardo Gutiérrez; Salud sexual y reproductiva en las mujeres miskitas de Alamikamba.- Managua, 2004

Plan estratégico de desarrollo del municipio de Prinzapolka, RAAN, Nicaragua 2006- 2015.- Prinzapolka, 2005

Instituto de Salud Comunitaria.- Managua, 2005

Un compromiso por amor, 1984-1999.- Managua, 2002

Centro de Análisis e Investigaciones

Índice Latinoamericano de transparencia presupuestaria.- Managua, 2005

Centro para la Educación y Prevención del SIDA

Compartiendo el desafío de la lucha contra el SIDA, Sistema Género- Sexo

La Salud: Un Derecho Humano

Compartiendo el desafío de la lucha contra el SIDA, Educación Sexual

Compartiendo el desafío de la lucha contra el SIDA, Autoestima

Compartiendo el desafío de la lucha contra el SIDA, De la violencia a la Convivencia

Compartiendo el desafío de la lucha contra el SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual

Consejo Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia; Edición No. 2, Revista Informativa Mayo- Agosto 2004.- Managua, 2004

Fondo de Población de Naciones Unidas

La Casita Rosada, Evaluación del “Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón”.- Managua, 1998

Sistematización del programa “Apoyo al cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia en Nicaragua, lucha contra la pobreza”.- Managua, 2006

Huellas e Hitos: Población y cambio del medio ambiente: estado mundial de la población.- New York, 2001

Fundación Xochiquetzal;

Aprendiendo sobre nuestro cuerpo y nuestra salud Sexual.- Managua, 2006

Hablemos del VIH, el SIDA y la Prevención.- Managua, 2006

Revista No. 45 “Fuera del Closet”.- Managua, 2006

Gobierno de la República de Nicaragua, Ministerio de Salud

Indicadores Básicos de Salud.- Managua, 2000

Indicadores Básicos de Salud.- Managua, 2001

Indicadores Básicos de Salud.- Managua, 2002

Indicadores Básicos de Salud.- Managua, 2003

Indicadores Básicos de Salud.- Managua, 2004

Indicadores Básicos de Salud.- Managua, 2005

Revista “Salud para el Desarrollo” Ed. No. 8 Septiembre- Noviembre.- Managua, 2004

Gobierno de España

Población, Desarrollo y Salud Reproductiva: responsabilidades de España.- Madrid, 2000

Hamlin Zúñiga, María; Donde comienza la vida, comienza la atención primaria en salud.- Managua, 2003

IPAS, Centroamérica

La Visión de IPAS, proteger la salud de la mujer, defender y promover los derechos reproductivos de la mujer.- Carolina del Norte, 2002

McNaughton, Heathe- Padilla, Karen; El acceso al aborto terapéutico en Nicaragua.- Managua 2003

Padilla, Karen- McNaughton, Heathe; Un diagnóstico nacional de la atención post-aborto.- Managua 2003

Sin opción a decidir, reflejos de la inequidad social.- Managua, 2004

Vigil, María López; ¿Interrumpir el embarazo es pecado? ¿Cómo decidir ante Dios y en conciencia?- Managua, 2006

Movimiento Autónomo de Mujeres

Programa para la construcción democrática en Nicaragua.- Managua, 2006

Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud

Igualdad de Género en Salud en las Américas, Washington, 2004

Legislación en Salud.- Washington, 2002

Padilla, Karen- McNaughton, Heathe

La mortalidad Materna en Nicaragua: una mirada rápida a los años 2000-2002.- Managua 2003

La Salud: Un Derecho Humano

Programa Centroamericano de la Federación Luterana Mundial

Centroamérica 2004-2005 desde una perspectiva de derechos humanos.- El Salvador, 2006

Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos

Derechos sexuales y reproductivos, un enfoque para adolescentes.- Managua, 2001

Red de Mujeres contra la Violencia

Índice de compromisos cumplidos 1995- 2003.- Managua, 2005

Save the Children- Noruega

Trabajo Informal: Desafío para la Inspección Laboral.- Managua 2006

Women's Link Worldwide

Despenalización del aborto, no es legalización del aborto.- Bogotá, 2005

Anexos

Anexo No. I

Instrumentos Internacionales sobre el Derecho a la Salud

I Instrumentos Internacionales

A continuación se presenta una breve descripción de los principales instrumentos nacionales e internacionales en materia de promoción y defensa del derecho a la salud.

I.1 Instrumentos del Sistema de Naciones Unidas

a) Declaración Universal de los Derechos Humanos

Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217A (III) de 10 de diciembre de 1948.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos constituye el fundamento angular del sistema de promoción y defensa de los derechos humanos en el mundo, a pesar de no ser un instrumento vinculante, constituye una afirmación de objetivos y una norma moral y políticamente obligatoria para los Estados miembros de la Organización de Naciones Unidas.

En relación al derecho a la Salud la Declaración Universal señala expresamente en su arto. 25 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial ... la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”

La declaración hace referencia a la atención médica que se debe a las mujeres en estado de gestación y a la niñez, “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.” (Arto. 25)

b) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 23 de marzo de 1976.

El Pacto de Derechos Civiles y Políticos es uno de los principales instrumentos de carácter vinculante adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas con el objetivo de ratificar, ampliar y modernizar el catálogo de derechos originarios reconocidos en la Declaración Universal. En este Pacto se desarrolla el catálogo de derechos civiles y políticos.

A través del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos se reconoce, entre otros derechos civiles, el derecho a reunión pacífica, a asociarse libremente, a la

libertad de pensamiento, conciencia, y el ejercicio de estos derechos en público o privado.

Estos derechos constituyen el fundamento jurídico para la movilización y la participación de la ciudadanía en la promoción y cuidado de la salud, y también en la demanda de que se garantice el cumplimiento de los mismos.

c) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 3 de enero de 1976.

El pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales reconoce una serie de derechos que están íntimamente relacionados con la salud individual y colectiva.

A través del artículo 12 se “reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

A fin de garantizar este derecho se establecen un conjunto de medidas que los Estados deberán adoptar en relación al cumplimiento del derecho a la salud, a saber:

- 1) Reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- 2) Mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- 3) Prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- 4) Creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

A casi 30 años de la entrada en vigor del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se han alcanzado logros significativos en casi todos los aspectos planteados, sin embargo, aún persisten grandes inequidades entre el nivel de aplicación alcanzado en ciertas regiones del mundo y otras, y aún entre diferentes zonas geográficas de un mismo país.

d) La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña

Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25 de 20 de noviembre de 1989 y en vigor desde el 2 de septiembre de 1990.

La CDN en su arto. 24 reconoce el derecho de todo niño y niña al “más alto nivel de salud posible”. En virtud de este artículo, se establece la obligación estatal de

La Salud: Un Derecho Humano

adoptar medidas específicas orientadas a garantizar este derecho a los niños y niñas del mundo.

Entre las metas que la Convención de los Derechos del Niño y la Niña establece que se deben alcanzar para garantizar la salud de este grupo poblacional, se encuentran las siguientes::

- Reducir la mortalidad infantil
- Asegurar la atención primaria en salud a la niñez
- Combatir las enfermedades y malnutrición
- Garantizar atención sanitaria perinatal y postnatal a las madres
- Asegurar la participación de todos los sectores, incluyendo a los padres de familia en la prevención, atención, orientación y planificación en salud.

En relación a la atención secundaria y cuidado de la salud de la niñez el artículo 25 CDN establece el derecho del niño a ser “internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental...”.

e) Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979 y en vigor desde el 3 de septiembre de 1981.

LA CEDAW (por sus siglas en inglés) establece entre otras acciones relacionadas al derecho a la salud de las mujeres, que se deberán adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refiere a la planificación de la familia.

Además reconoce que se debe garantizar a la mujer servicios apropiados en relación al embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando los servicios gratuitos cuando fueren necesarios, y que se debe asegurar a las mujeres una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

f) Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial

Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965 y en vigor desde el 4 de Enero de 1969.

Esta Convención establece que los Estados se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar los Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, en particular el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

g) Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad

Resolución Aprobada por la Asamblea General, Cuadragésimo octavo periodo de sesiones, de 20 de diciembre de 1993.

En relación a los servicios de atención médica para las personas con capacidades diferentes las Normas Uniformes establecen la obligación de los Estados de esforzarse en proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la “detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias”

Además se establece que los Estados deben velar porque las personas con discapacidad, en particular lactantes y niños, reciban atención médica de igual calidad y dentro del mismo sistema que los demás miembros de la sociedad.

En relación a los servicios de rehabilitación para las personas con capacidades diferentes se establece que se debe asegurar la prestación de estos cuidados a las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad. En este sentido se deben formular “programas nacionales de rehabilitación para todos los grupos de personas con discapacidad”

h) Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas

Aprobada por la Asamblea General en su resolución 47/135 del 18 de diciembre de 1992.

Esta Declaración establece que los Estados adoptarán las medidas necesarias para garantizar que las personas pertenecientes a minorías nacionales, étnicas, religiosas o lingüísticas que puedan ejercer plena y eficazmente todos sus derechos humanos y libertades fundamentales sin discriminación alguna y en plena igualdad ante la ley.

Entre los derechos humanos que se deben garantizar a estos grupos se encuentra el derecho a la salud, es decir, que el Estado tiene la obligación de procurar para ellos el más alto nivel posible de salud.

i) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer

Aprobada por la Asamblea General en su resolución de la Asamblea General 48/104 de 20 de diciembre de 1993.

La Salud: Un Derecho Humano

Esta Declaración establece que la mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole.

Entre estos derechos figura el derecho a tener el mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar.

Asimismo, en el marco de esta declaración los Estados se comprometen a:

“Esforzarse por garantizar, en la mayor medida posible a la luz de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional, que las mujeres objeto de violencia y, cuando corresponda, sus hijos, dispongan de asistencia especializada, como servicios de rehabilitación, ayuda para el cuidado y manutención de los niños, tratamiento, asesoramiento, servicios, instalaciones y programas sociales y de salud, así como estructuras de apoyo y, asimismo, adoptar todas las demás medidas adecuadas para fomentar su seguridad y rehabilitación física y psicológica”

j) Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición.

Aprobada el 16 de noviembre de 1974 por la Conferencia Mundial de la Alimentación, convocada por la Asamblea General en su resolución 3180 (XXVIII) de 17 de diciembre de 1973.

Esta declaración señala que el bienestar de todos los “pueblos del mundo depende en buena parte de la producción y distribución adecuadas de los alimentos” y en consecuencia proclama que “todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales”

Un aspecto importante a considerar en esta declaración es el reconocimiento expreso de que “los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de colaborar entre sí para conseguir una mayor producción alimentaria y una distribución más equitativa y eficaz de alimentos entre los países y dentro de ellos”

k) Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social

Proclamada por la Asamblea General en su resolución 2542 (XXIV), de 11 de diciembre de 1969.

Esta declaración señala que todos los pueblos y todos los seres humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, nacionalidad, origen étnico, situación familiar o social o convicciones políticas o de otra índole, tienen derecho a vivir con dignidad y a gozar libremente de los frutos del progreso social y, por su parte, deben contribuir a él.

Además señala que el progreso y el desarrollo en lo social deben encaminarse a la continua elevación del nivel de vida tanto material como espiritual de todos los miembros de la sociedad.

En este contexto se debe garantizar el logro de los más altos niveles de salud y la prestación de servicios de protección sanitaria para toda la población, de ser posible en forma gratuita.

La Declaración reafirma que el progreso y el progreso y el desarrollo en lo social deben encaminarse igualmente al logro de, entre otros, los siguientes objetivos:

- a) La provisión de sistemas amplios de seguridad social y los servicios de asistencia social y el establecimiento y la mejora de sistemas de servicios y seguros sociales para todas aquellas personas que por enfermedad, invalidez o vejez no puedan ganarse la vida, temporal o permanentemente, teniendo en cuenta la necesidad de garantizar el debido nivel de vida a estas personas, a sus familias y a quienes estén a su cargo;
- b) La protección de los derechos de madres y niños; la preocupación por la educación y la salud de los niños; la aplicación de medidas destinadas a proteger la salud y el bienestar de las mujeres, especialmente de las mujeres embarazadas que trabajan y madres de niños de corta edad, así como de las madres cuyos salarios constituyen la única fuente de ingresos para atender a las necesidades de la familia; la concesión a la mujer de permisos y de subsidios por embarazo y maternidad, con derecho a conservar el trabajo y el salario;
- c) La protección de los derechos y la garantía del bienestar de los niños, ancianos e impedidos; la protección de las personas física o mentalmente desfavorecidas;

I) Declaración sobre el derecho al desarrollo

Adoptada por la Asamblea General en su resolución 41/128, de 4 de diciembre de 1986

La declaración sobre el derecho al desarrollo expresa taxativamente que “el derecho al desarrollo es un derecho humano inalienable en virtud del cual todo ser humano”

Desde esta perspectiva “ los Estados tienen el derecho y el deber de formular políticas de desarrollo nacional adecuadas con el fin de mejorar constantemente el bienestar de la población entera y de todos los individuos sobre la base de su participación activa, libre y significativa en el desarrollo y en la equitativa distribución de los beneficios resultantes de éste”

m) Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo

Adoptada en El Cairo, Egipto, del 5 al 13 de septiembre de 1994. - bajo el auspicio de la Organización de Naciones Unidas.

El capítulo VII del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo establece aspectos relacionados a los derechos sexuales y reproductivos, y a tal efecto señala que:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”

Asimismo el Plan de Acción señala que “mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva este al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a mas tardar para el año 2015”

Entre otras acciones que el Plan de Acción señala que se deben adoptar para garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos se encuentran:

- Asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia;
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad;
- Interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias;
- Tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva;
- Información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable.

En el Capítulo VII se desarrolla lo relacionado a la Salud, Morbilidad y Mortalidad, al respecto se señala que se debe “Aumentar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de atención de la salud para todas las personas”

A fin de garantizar el derecho a la salud los Estados deberían “establecer el acceso a la atención primaria de salud y la promoción de la salud como estrategias centrales para reducir la mortalidad” y además destinar los recursos financieros necesarios para garantizar esta atención.

Entre otros aspectos relacionados a la salud de las personas también se establece un conjunto de linimientos específicos relativos a la salud de los niños y niñas (reducción de la tasa de mortalidad neonatal e infantil, reducción de la desnutrición infantil, etc.); la salud de las mujeres (reducción de la tasa de mortalidad materna, morbilidad materna, maternidad sin riesgos, etc.);VIH-SIDA (reducción de tasa de prevalencia, atención médica a personas que conviven con el virus, etc.)

n) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Cairo+5

Celebrada en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, del 30 de junio al 2 de Julio de 1999.

A través de esta conferencia se identificaron una serie de medidas y acciones claves “para acelerar” la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo adoptado en 1994.

Entre las acciones necesarias para alcanzar las metas propuestas se señalan las siguientes:

- a) Seguir promoviendo el descenso de las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de 5 años mediante el fortalecimiento de programas de salud que hagan hincapié en el mejoramiento de la atención prenatal y la nutrición, incluida la lactancia materna, a menos que esté contraindicada por razones de salud, en la vacunación universal, en las terapias de rehidratación oral, en las fuentes de agua potable, en la prevención de las enfermedades infecciosas, en el control de la exposición a las sustancias tóxicas y en un mejor saneamiento de los hogares; y mediante el fortalecimiento de los servicios de salud para las madres, los servicios de calidad de planificación de la familia que ayuden a las parejas a planificar y espaciar los nacimientos, y las actividades de prevención de la transmisión del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;
- b) Fortalecer los sistemas de atención de la salud para que puedan satisfacer las necesidades prioritarias, teniendo en cuenta la realidad financiera de los países y la necesidad de lograr que los recursos se centren en las necesidades de salud de las personas que viven en la pobreza;
- c) Determinar las causas del estancamiento o el aumento de la tasa de mortalidad entre las poblaciones de adultos y formular políticas y programas especiales sobre promoción de la salud en los casos en que se observe dicho fenómeno, en particular entre las mujeres en edad de procrear y los hombres en edad de trabajar;

Además se establece que “se deben adoptar medidas para reforzar las políticas y programas en materia de alimentación, nutrición...”

ñ) Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer

Adoptada del 4 al 15 de septiembre de 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de las Naciones Unidas, celebrada en Beijing, China.

A través de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer se aprobaron dos instrumentos de gran trascendencia, a saber: a) La Declaración de Beijing; b) Plataforma de Acción.

ñ.1) Declaración de Beijing

La Declaración de Beijing reconoce la imperiosa necesidad de promover un desarrollo sostenible centrado en la persona, incluido “la atención primaria de la salud para niñas y mujeres”.

En relación a la Violencia Intrafamiliar se establece que se debe “Prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas”.

Particularmente, en relación al derecho a la salud la Declaración reconoce que se debe “garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación”

ñ.2) Plataforma de Acción Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer

La Plataforma de Acción, fue aprobada por unanimidad en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Este instrumento se define como “un programa encaminado a crear condiciones necesarias para la potenciación del papel de la mujer en la sociedad”.

En este sentido constituye un conjunto “de objetivos estratégicos” que se deben alcanzar para eliminar todos los obstáculos que impiden el desarrollo integral de la mujer.

En relación a la salud de las mujeres el Plan de Acción reconoce que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Y que “el disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada”

Siguiendo la línea planteada por la OPS-OMS se reconoce que “la salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social”

En este sentido se establece que para garantizar el derecho a la salud los Estados deben, entre otras acciones, las siguientes:

- a) Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niña,
- c) Concebir y ejecutar, en colaboración con mujeres y organizaciones locales, programas de salud con orientación de género
- d) Posibilitar el acceso de la mujer a los sistemas de seguridad social en condiciones de igualdad con el hombre durante toda su vida;
- e) Proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesible, económica y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva.
- f) Reformular los sistemas de información, los servicios y la capacitación en materia de salud destinados a los trabajadores de la salud, de manera que respondan a las necesidades en materia de género.
- h) Adoptar todas las medidas necesarias para acabar con las intervenciones médicas perjudiciales para la salud.
- i) Fortalecer y reorientar los servicios de salud, en particular la atención primaria de salud, con el fin de dar acceso universal a servicios de salud de calidad para niñas y mujeres y de reducir las enfermedades y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015.

o) Declaración de Alma - Ata

La Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata, Kasajistán, reunió en 1978 a 134 países y 67 organismos internacionales, en esta conferencia se definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria en Salud (APS), como una estrategia para alcanzar la meta de “Salud para Todos” en 2000, según indica la Declaración con la que se concluyó la conferencia.

La declaración de Alma - Ata declara que la salud “es un derecho humano fundamental” y que el logro del “grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante”.

Además se señala que para alcanzar este objetivo se requiere la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. También establece que los gobiernos “tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”

Si bien se reconoce que los gobiernos tienen la responsabilidad de cuidar la salud de la población también es admite que “el pueblo tiene el derecho y el deber de

La Salud: Un Derecho Humano

participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”

La Declaración define que la atención primaria de salud “se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas”

Uno de los aspectos más relevantes de la Declaración de Alma-Ata es la declaración de que” es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares”

La Declaración concluye con el llamamiento a los gobiernos a realizar de forma urgente y eficaz acciones nacionales e internacionales a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional.

p) Declaración de UNGASS

Adoptada en Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en junio del 2001 en la ciudad de Nueva York, para tratar el tema de la pandemia de VIH-SIDA...

A través de esta Declaración los Estados,Agencias de Cooperación y la sociedad civil, se establecieron objetivos comunes orientados a disminuir la progresión de la epidemia del VIH- SIDA.

Los objetivos planteados se encuentran enmarcados en la definición de 5 prioridades:

- Prevención
- Evitar la transmisión vertical
- Proporcionar tratamiento
- Procurar una vacuna, y
- Suministrar atención de calidad y cuidado a las personas que viven con elVIH-SIDA.

A través de esta Declaración los gobiernos se comprometieron en el Plano Nacional a:

- I. Realizar exámenes periódicos, con la participación de la sociedad civil, personas que viven con el VIH/SIDA, grupos vulnerables y personas que cuidan de otros, de los avances alcanzados en el cumplimiento de los objetivos en la presente Declaración y dar amplia difusión a los resultados (párrafo 94).

2. Establecer mecanismos de supervisión y evaluación de los avances, con datos epidemiológicos suficientes (párrafo 95).
3. Establecer, para el 2003 sistemas de supervisión para la protección de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA (párrafo 96).

1.2 Convenios de la Organización Internacional del Trabajo.

En este capítulo se ofrecen los convenios de la OIT que guardan estrecha relación con el derecho a la salud de las personas:

a) Convenio sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo

El Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo, fue adoptado en Ginebra el 26 de junio de 1973 y entro en vigor desde Junio de 1976.

Este convenio está estrechamente ligado al fenómeno del trabajo Infantil, que de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es “toda actividad que implica la participación de niños y niñas en la producción y comercialización de bienes, en la prestación de servicios a personas naturales o jurídicas, que les impidan el acceso, rendimiento y permanencia en la educación o bien actividades laborales remuneradas o no que se realicen en ambientes peligrosos, produzcan efectos negativos inmediatos o futuros, o se lleven a cabo en condiciones que afecten el desarrollo psicológico, físico, moral o social de niños y niñas”.

A través de este instrumento se establece que los Estados en su legislación nacional podrán permitir el empleo o el trabajo de personas de trece a quince años de edad en trabajos ligeros, a condición de que éstos “no sean susceptibles de perjudicar su salud o desarrollo”

b) Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999

Convenio sobre la Prohibición de las peores formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación.

El Convenio 182 conmina a los Estados a adoptar medidas inmediatas y eficaces para conseguir la prohibición y la eliminación de las peores formas de trabajo infantil con carácter de urgencia.

Por la expresión “las peores formas de trabajo infantil” se entiende:

- a) Todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud.
- b) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;
- c) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas.

La Salud: Un Derecho Humano

- d) El trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

Asimismo establece la obligación de los Estados de elaborar y poner en práctica programas de acción para eliminar, como medida prioritaria, las peores formas de trabajo infantil.

c) **Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales**

Adoptado por la IOT el 27 de Junio de 1989 y vigente desde el 5 de Septiembre de 1991.

El Convenio establece que “Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad”

En su artículo 25 se establece que los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Entre estas acciones se debe promover la plena efectividad de los “derechos sociales, económicos y culturales” de los pueblos, “respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones”

Este convenio establece que se deben realizar esfuerzos para el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con la participación y cooperación de los mismos pueblos.

d) **Convenio 121, relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales**

Este Convenio contiene disposiciones que deben garantizar los Estados a fin de garantizar las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a los y las trabajadoras.

El Convenio 121 establece que la legislación nacional sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales debe proteger a todos los asalariados, incluidos los aprendices, de los sectores público y privado, comprendidos aquellos de las cooperativas, y, en caso de fallecimiento del sostén de familia, a categorías prescritas de beneficiarios.

e) Convenio 130, relativo a la asistencia médica y a las prestaciones monetarias de enfermedad

El artículo 8 de este Convenio establece que todo Estado Miembro, garantiza a los y las asalariadas la asistencia médica curativa, y, en las condiciones prescritas, de asistencia médica preventiva.

f) Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos

Este convenio parte del hecho de que es oportuno establecer normas internacionales sobre la protección contra las sustancias o agentes cancerígenos y en consecuencia establece que todo estado parte deberá determinar periódicamente las sustancias y agentes cancerígenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, o sujeta a autorización o control.

En este sentido se establece que los Estados deben prescribir las medidas que deban tomarse para proteger a los trabajadores contra los riesgos de exposición a las sustancias o agentes cancerígenos y además deberán adoptar medidas para asegurar que se proporcionen a los trabajadores los exámenes médicos o los exámenes o investigaciones de orden biológico o de otro tipo, durante el empleo o después del mismo, que sean necesarios para evaluar la exposición o el estado de su salud en relación con los riesgos profesionales.

g) Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo.

A través de este Convenio se establece que todo Estado parte deberá formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo.

Esta política tendrá por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo

h) Convenio 183 sobre la protección de la maternidad

A través de este Convenio se establece que los Estados deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar que no se obligue a las mujeres embarazadas o lactantes a desempeñar un trabajo que haya sido determinado por la autoridad competente como perjudicial para su salud o la de su hijo, o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo significativo para la salud de la madre o del hijo.

1.3 Instrumentos de la Organización de Estados Americanos

a) **La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)**

La Declaración Americana en su artículo 11 reconoce el derecho a la preservación de la salud y al bienestar al declarar que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la investigación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica...”

Asimismo en su artículo 7 reconoce el derecho a la protección de la maternidad y la niñez, “toda mujer en estado de gravidez, o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a la protección, cuidados y ayudas especiales”

b) **Convención Interamericana sobre Derechos Humanos.**

La Convención Interamericana sobre Derechos Humanos hace referencia a la inversión económica que los Estados deben realizar para hacer realidad los derechos sociales, dentro de los cuales se encuentra el derecho a la salud.

En este sentido el arto. 26 se señala que “los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre salud...”.

c) **El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales integra y desarrolla los conceptos sobre el derecho a la salud que anteriormente habían sido reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y reconoce que el derecho a la salud es entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

En este sentido se establece que para hacer efectivo el derecho a la salud los estados deben garantizar:

- a. La atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del estado.

- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- d. La Prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

d) Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad

La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad tiene como objetivo “la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”

Para alcanzar su objetivo la Convención establece que los Estados parte se comprometen particularmente a trabajar en las siguientes áreas:

- a) La prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles;
- b) La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; y

Anexo No. 2

Marco Jurídico sobre el derecho humano a la salud en Nicaragua.

1.1 Leyes Nacionales

Los instrumentos jurídicos que a continuación se detallan son aquellas aprobadas por la Asamblea Nacional que reconocen directa o indirectamente aspectos relacionados al derecho a la salud de los y las nicaragüenses.

a) Constitución Política de Nicaragua

La Constitución Política reconoce el derecho que por igual tienen los y las nicaragüenses a la salud. “Los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud...” (Arto. 59: k.o.)

Desde la perspectiva Constitucional la salud se concibe como un derecho de la población y es el Estado a través del Ministerio de Salud (MINSa) y otras instituciones, el encargado de proporcionársela como un deber ineludible.

Del reconocimiento del derecho a la salud como un derecho humano en el marco constitucional nicaragüense se desprende que es deber ineludible del Estado “establecer las condiciones básicas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas” (Arto. 59^a: k.o.)

Este artículo constituye la base jurídica que fundamenta la obligación estatal de garantizar el cumplimiento y aplicabilidad del derecho a la salud, no obstante, se reconoce que la participación de la sociedad civil es imprescindible en ese sentido.

Sin embargo, la corresponsabilidad de las organizaciones de la sociedad civil en la labor de promoción y defensa del derecho a la salud se debe dejar claro que la responsabilidad de garantizar ese derecho le corresponde al Estado el cual debe dirigir el financiamiento público necesario y garantizar la participación social.

Desde esta perspectiva formal el sistema de salud debe prestar servicios preventivos, de promoción, curativos y de rehabilitación a todas las personas.

Además del reconocimiento del derecho a la salud la Constitución Política reconoce otros derechos que guardan relación con el estado de salud de los y las nicaragüenses. Por ejemplo, el artículo 61 establece que el “Estado garantiza a los nicaragüenses el derecho a la seguridad social para su protección integral frente a las contingencias sociales de la vida y el trabajo en la forma y condiciones que determine la ley”

En relación al derecho a la alimentación el artículo establece el “derecho de los nicaragüenses estar protegidos contra el hambre. El Estado promoverá programas que aseguren una adecuada disponibilidad de alimentos y una distribución equitativa de los mismos”.

b) Ley de Organización, Competencias y Procedimientos del Poder Ejecutivo

La Ley 290 tiene como objeto determinar la organización, competencia y procedimientos del Poder Ejecutivo. En su artículo 12 la Ley No. 290 crea al Ministerio de Salud y en su arto. 26 le establece sus funciones.

Las funciones del MINSA están referidas a la formulación e implementación de políticas y servicios en materia de salud, a saber:

- a) Proponer planes y programas de salud, coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de esas labores;
- b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;
- c) Promover campañas de saneamiento ambiental y de divulgación de los hábitos higiénicos entre la población. Formular normas, supervisar y controlar la ejecución de las disposiciones sanitarias en materia alimentaria, de higiene y salud ambiental;
- d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma;
- e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud;
- f) Formular y proponer las reglas y normas para controlar la calidad de la producción y supervisión de importación de medicamentos, cosméticos, instrumental, dispositivos de uso médico y equipo de salud de uso humano. Controlar la sanidad de la producción de alimentos y su comercialización, incluyendo el control sanitario de aguas gaseosas y agua para el consumo humano; administrar y controlar el régimen de permisos, licencias, certificaciones y registros sanitarios para el mercado interno de Nicaragua, en el ámbito de sus atribuciones, conforme las disposiciones de la legislación vigente y administrar el registro de éstos;
- g) Administrar el registro de profesionales y técnicos de la salud, en el ámbito de sus atribuciones, conforme las disposiciones de la legislación vigente, y supervisar su ejercicio profesional;

La Salud: Un Derecho Humano

- h) Promover la investigación y divulgación científica, la capacitación, educación continua y profesionalización del personal de salud;
- i) Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública;
- h) Proponer y supervisar programas de construcción de unidades de salud pública;
- k) Formular políticas, planificar acciones, regular, dictar normas y supervisar la producción, importación, exportación, siembra, industrialización, tráfico, almacenamiento de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y las sustancias precursoras.

La Ley de Organización, Competencias y Procedimientos del Poder Ejecutivo configura al MINSA como la instancia encargada de desarrollar y garantizar acciones de promoción, prevención, servicios de recuperación y rehabilitación a los y las nicaragüenses.

c) Ley General de Salud

La Ley No. 423 fue aprobada el 14 de Marzo del 2002 y publicada en la Gaceta No. 91 del 17 de Mayo del 2002 y tiene por objeto tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales.

La Ley General de Salud regula los siguientes aspectos:

- Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud;
- Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud;
- El saneamiento del medio ambiente;
- El control sanitario que se ejercerá sobre los productos y servicios destinados a la salud;
- Las medidas administrativas, de seguridad y de emergencias que aplicara el Ministerio de Salud; y
- La definición de las infracciones y su correspondiente sanción.

Esta Ley para garantizar la participación ciudadana crea en su arto. 10 “un Consejo Nacional de Salud, adscrito al despacho del Ministro con carácter permanente y constituido por representantes del sector público y privado con representación e interacción multisectorial y pluralista de la sociedad civil...”

La Ley establece que son principios básicos del Sistema de Salud en Nicaragua:

- Gratuidad
- Universalidad

- Solidaridad
- Integralidad
- Participación Social
- Eficiencia
- Calidad
- Equidad
- Sostenibilidad
- Responsabilidad de los Ciudadanos

De conformidad con esta Ley el Estado tiene la obligación de formular, crear e implementar políticas, programas y servicios de calidad, gratuitos, especializados y diferenciados que permitan la atención y el acceso a los mismos a las Personas con Capacidades Diferentes que habitan en todo el territorio nacional.

d) Código del Trabajo

La Ley 185 fue aprobada el 5 de Septiembre de 1996 y publicada en la Gaceta No. 205 del 30 de Octubre del mismo año.

El Título VIII del Código del Trabajo contempla algunas condiciones especiales de trabajo y específicamente en el Capítulo XII se establecen una serie de disposiciones relativas al “Trabajo de los Discapacitados”.

Al respecto el artículo 198 establece que las personas con discapacidad “tienen el derecho a obtener una colocación que les proporcione una subsistencia digna y decorosa y les permita desempeñar una función útil para ellos mismos y la sociedad”.

e) Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad

La Ley No. 202 fue aprobada de 23 de Agosto de 1995 y publicada en La Gaceta 180 del 27 de Septiembre de 1995 y a través de la misma se establece un sistema de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, tendiente a mejorar su calidad de vida y asegurar su plena integración a la sociedad.

Además se establece que “la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, se hará efectiva con la intervención del Estado, las personas con discapacidad, la familia y la sociedad en su conjunto”

Esta Ley reconoce que la existencia de la discapacidad es un problema social; las personas con discapacidad ven reducidas sus oportunidades de trabajo y de mejorar su calidad de vida. Por ello, es responsabilidad del Estado y la sociedad civil establecer sistema de:

La Salud: Un Derecho Humano

- a) Vigilancia epidemiológica sobre las discapacidades que permita desarrollar acciones y programas de prevención en todos los niveles.
- b) Rehabilitación física, mental y social que permita la incorporación plena de la persona discapacitada a la vida de la sociedad.
- c) Acciones legales y morales tendientes a presentarle al discapacitado igualdad de oportunidades en su integración laboral, recreativa y social, que le aseguren el pleno ejercicio de sus derechos humanos y ciudadanos.
- f) Reglamento a la Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**

El Decreto No. 50-97 fue aprobado el 25 de agosto de 1997 y publicada en La Gaceta No. 161 de 25 de agosto de 1997 y por medio de esta normativa establece que el Ministerio de Salud, como coordinador institucional de la aplicación de esta Ley, nombrará las Comisiones Departamentales y Regionales de la Costa Atlántica encargadas de evaluar y certificar qué personas padecen de Discapacidad.

Asimismo, queda establecido que toda persona con alguna discapacidad tiene derecho a recibir de parte del Estado, los servicios de rehabilitación y recomendaciones educativas y laborales.

- g) Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos frente al SIDA.**

La Ley No. 238 tiene como objeto “garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos, en la prevención de la infección por el virus la inmunodeficiencia humana (VIH) y en el tratamiento del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”

Respecto a la educación dirigida al personal de salud en general, y en particular a los que atiende a personas que conviven con el VIH- SIDA la ley establece en su artículo 14 que “La educación sanitaria dirigida al personal de hospitales, bancos de sangre, laboratorios clínicos, centros o consultorios médicos públicos o privados incluirá información científica, normas éticas y humanas a observar con las personas a partir del momento en que éstas soliciten la prueba de anticuerpos al VIH.”

Asimismo la ley 238, crea la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONSIDA), que es está integrada por un conjunto de actores que trabajan en la prevención y atención del VIH- SIDA.

La ley le asigna a la Comisión Nicaragüense del SIDA las siguientes funciones a) Establecer acciones que tiendan a la prevención del VIH/SIDA; b) Velar por la aplicación de la presente Ley, su reglamento y su normativa interna; c) Dictaminar

sobre el diseño de estrategias y políticas de prevención, apoyo, atención y control del VIH/SIDA y; d) d) Impulsar y facilitar la coordinación interinstitucional, no gubernamental e internacional.

El CONSIDA es una instancia colegiada integrado por los siguientes actores:

- a) Un delegado del Ministerio de Salud, quien la presidirá.
- b) Un delegado del Ministerio de Educación.
- c) Un delegado del Ministerio del Trabajo
- d) Un delegado del Ministerio del Gobernación.
- e) Un delegado por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.
- f) Dos delegados por los Organismos no Gubernamentales que promueven la prevención y atención del SIDA.
- g) Un delegado de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional.
- h) Tres delegados (uno por cada una de las comisiones de Derechos Humanos)
- i) Un delegado de la organización más representativa de los trabajadores de la salud.
- h) Reglamento a la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos frente al SIDA.**

El decreto No. 2378, aprobado el 20 de Octubre de 1999, tiene por objeto, establecer las normas de aplicación e interpretación de la Ley No.238.

El Reglamento establece que los laboratorios clínicos o epidemiológicos que practiquen exámenes de detección delVIH/SIDA, deberán obligatoriamente brindar consejería a la persona interesada antes de la prueba y posteriormente a la hora de comunicar sus resultados.

Del decreto No. 2378 se desprende dos obligaciones específicas del MINSa en relación a la prevención y atención del VIH- SIDA, a saber:

1. Dictar las normas el servicio de Consejería a las personas que soliciten la prueba del VIH-SIDA.
2. Entregar trimestralmente a las asociaciones y colegios profesionales, información científica, ética y normas de bio-seguridad con relación al VIH/ SIDA.

l) Ley de Seguridad Transfusional

La ley No. 369, aprobada el 28 de Noviembre del 2000 y publicada en la Gaceta Diario Oficial No. 23 del 1o. de Febrero del 2001 es la norma jurídica que establece el conjunto de medidas que se deben tomar para garantizar la calidad y reducir los riesgos de efectos adversos consecuencia de la transfusión de sangre, hemocomponentes y hemoderivados.

Asimismo la Ley 369 deja establecida la práctica de trasfusiones de sangre a niñas, niños y adolescentes que lo requieran y así garantizar el derecho a su salud y a la vida, independientemente de las posiciones y prácticas ideológicas de sus padres y madres.

Esta ley crea la Comisión Nacional de Sangre que es un organismo de coordinación Inter-institucional, adscrita al Ministerio de Salud –quien también la preside-. La Comisión Nacional de Sangre tiene los siguientes objetivos:

- a) Elaborar las normas técnicas para su posterior aprobación por el Ministerio de Salud.
- b) Elaborar e impulsar planes de desarrollo científico-técnico en el área de la Medicina Transfusional.
- c) Promover la donación de sangre voluntaria, altruista, no remunerada y a repetición.
- d) Conocer y autorizar los dictámenes técnicos de los Bancos de Sangre para su posterior ejecución por parte del Ministerio de Salud.
- e) Organizar comisiones departamentales y/o locales, para garantizar su mejor funcionamiento.
- f) Promover y establecer relaciones de comunicación y colaboración con otros órganos o entidades homólogas internacionales.
- g) Otras funciones que lleven implícito el cumplimiento y espíritu de la presente Ley.

j) Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar

Ley 230 (1996) reconoce que todas las formas de violencia cometidas en el ámbito familiar son constitutivas de delitos, ubica la violencia intrafamiliar como un delito de orden público y no privado, así también establece las medidas de protección especial o medidas cautelares a favor de las víctimas de violencia física y psicológica.

k) Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud (Ley No. 392)

Aprobada el 19 de Junio de 2001 por la Asamblea Nacional, y entró en vigencia ese mismo año. La ley 392 “promover el desarrollo humano de hombres y mujeres

jóvenes; garantizar el ejercicio de sus derechos y obligaciones; establecer políticas institucionales y movilizar recursos del Estado y de la Sociedad Civil para la Juventud”

A través de la Ley 392 se establece el derecho de los y las jóvenes a “recibir una educación sexual, científica en los centros educativos como una materia más del pensum académico desde quinto grado de educación primaria y ejercer los derechos reproductivos y sexuales con responsabilidad, para vivir una sexualidad sana, placentera y prepararlos para una maternidad y paternidad responsable” (Arto. 5, Inc. 4)

En relación al derecho a la salud de los y las jóvenes el artículo 18 establece que “Las instituciones de salud deben de asegurar a las y los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de jóvenes con enfermedades inmuno prevenibles, de transmisión sexual y mortalidad materna por embarazos precoces”

Para cumplir con lo establecido el artículo 18 se debe:

1. Brindar información a las y los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, en particular el embarazo de las adolescentes, los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y el VIH/SIDA.
2. Prestar servicios apropiados con énfasis en prevención, tratamiento, orientación y asesoramiento apropiado a este grupo de edad en enfermedades inmuno prevenibles, en materia de planificación familiar, embarazos de adolescentes, los que deben de incluir información sobre el ciudadano y apoyo por parte de la familia para con ellas, de las conductas sexuales responsables, el ejercicio de maternidad y paternidad responsable, las relaciones familiares basadas en el respeto, cuidado y desarrollo de todos sus miembros en la igualdad de trato y libre violencia.
3. Los servicios de salud deben de atender a las mujeres que sufren violencia sexual y familiar en condiciones que garanticen al respecto a su intimidad, de confidencialidad, el respeto a sus valores y creencias.
4. Formular e implementar campañas de difusión, información y educación para los jóvenes sobre el daño causado a la salud de las mujeres debido a las conductas que generan el uso de violencia física, psíquica o sexual. Igualmente prevenir, con información y educación, el daño que causa a los jóvenes el uso indebido de drogas y estupefacientes.
5. Promover programas de rehabilitación y recuperación de jóvenes en situación de riesgo por alcoholismo, drogadicción, prostitución y que integran pandillas, que incluyan la promoción de actividades laborales, culturales y sanitarias. Para lo anterior, la institución de salud se apoyará en organizaciones que se dediquen a este tipo de actividades.
6. Coordinar con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, para capacitar a los jóvenes sobre salud sexual científica y reproductiva en los centros educativos.
7. Cumplir con las políticas de salud dirigida a las y los jóvenes para el año 2004.

La Salud: Un Derecho Humano

l) Reglamento de la Ley No. 392, Ley de promoción del Desarrollo Integral de la Juventud (Decreto No. 25-2000)

Aprobado el veinte y siete de Febrero de 2002 por el Poder Ejecutivo, es el instrumento que tiene por objeto establecer las reglas de carácter específico para el desarrollo y aplicación de la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud.

En relación al derecho a la salud el Reglamento de la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud establece que “El Ministerio de Salud (MINSA) en coordinación con la Secretaría de la Juventud, otras entidades estatales, asociaciones juveniles y demás organizaciones de la sociedad civil se encargará de elaborar un Programa de Atención en Salud a la Juventud” (Arto. 31)

Respecto a la salud sexual y reproductiva se establece que “El MINSA, en coordinación con la Secretaría de la Juventud brindará información a las y los jóvenes sobre la Salud Sexual y Reproductiva por los medios de difusión apropiados, promoviendo comportamientos sexuales saludables, incorporando en los servicios de salud el enfoque integrado de Salud Sexual y Reproductiva, basado en los derechos humanos y la equidad de género, de tal manera que aumente su demanda y su utilización y respondan a las necesidades de la población joven nicaragüense” (Arto. 32)

En relación al cuidado de la salud de los y las nicaragüenses se señala que “El MINSA deberá garantizar la prestación de servicios especializados para los y las jóvenes, con énfasis en prevención, tratamiento, orientación y asesoramiento de enfermedades inmuno prevenibles y en materia de planificación familiar y embarazos”

m) Ley de Municipios (Ley No. 40)

La Ley No. 40 fue aprobada el 2 de Julio de 1988 y publicada en La Gaceta No. 155 de 17 de Agosto de 1988 y reformada por la Ley No. 261 publicada en La Gaceta No. 162 de 26 de agosto de 1997.

A través de la reforma de 1997 se establece la obligación de las municipalidades de “Promover la salud y la higiene comunal” (Arto. 7), en este sentido las municipalidades tienen la obligación de:

- a) Realizar la limpieza pública por medio de la recolección, tratamiento y disposición de los desechos sólidos;
- b) Responsabilizarse de la higiene comunal, realizando el drenaje pluvial y la eliminación de charcas;

- c) Coordinar con los organismos correspondientes la construcción y mantenimiento de puestos y centros de salud urbanos y rurales;
- d) Promover y participar en las campañas de higiene y de salud preventiva en coordinación con los organismos correspondientes.

I.2 Disposiciones Administrativas

Las disposiciones administrativas son aquellas normas aprobadas por el Poder Ejecutivo a través de sus distintas expresiones (Ministerios e Instancias).

Estas disposiciones administrativas tienen carácter vinculante, a continuación presentamos las principales disposiciones administrativas:

a) Acuerdo Ministerial 67- 96 (1996)

Por medio de este Decreto del MINSA se reconoce que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública y orienta a que el Estado, debe emprender acciones para su atención.

b) Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

El Decreto No. 40–2000, Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, fue aprobado el 5 de Mayo del 2000 y publicado en La Gaceta No. 92 del 17 de mayo del 2000

La Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional es “una instancia permanente adscrita al Ministerio de Salud, sin fines de lucro, de carácter intersectorial, multidisciplinaria e interinstitucional” que tiene como finalidad “finalidad priorizar, planificar, coordinar, monitorear y evaluar las políticas, estrategias y acciones que en alimentación y nutrición se desarrollen en Nicaragua”

Esta Comisión tiene asignada entre sus principales funciones, las siguientes:

- 1) Analizar, interpretar y orientar las líneas de acción en relación a la información existente sobre la situación alimentaria y nutricional del país;
- 2) Promover y coordinar la elaboración de la Política Nacional de Seguridad Nutricional y su Plan de Acción, enmarcado dentro de los compromisos nacionales e internacionales suscritos en materia de alimentación y nutrición;
- 3) Vigilar la situación alimentaria y nutricional del país y proponer alternativas de solución de forma eficaz y oportuna ante situaciones de emergencia o que pongan en riesgo la seguridad alimentaria y nutricional de los nicaragüenses;
- 4) Gestionar directamente o mediante las Instituciones de Gobierno correspondientes, la movilización y obtención de recursos técnicos y financieros

necesarios para el desarrollo de proyectos, programas y acciones contempladas en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional;

- 5) Mantener estrecha relación intersectorial con la planificación, programación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de desarrollo económico – social, sus Programas y Proyectos específicos;

c) Decreto de Creación de la Comisión de Lactancia Materna

El Decreto No. 44-95, Decreto de Creación de la Comisión de Lactancia Materna fue aprobado el 22 de Junio de 1995 y publicado en La Gaceta No. 121 del 29 de Junio de 1995.

Esta comisión tiene como finalidad “contribuir al incremento de la práctica de la lactancia materna mediante actividades de investigación, educación, divulgación, promoción, protección, mantenimiento y fomento de la misma, en los diferentes sectores de la sociedad nicaragüense”

Las funciones que tiene establecida esta comisión están enunciadas en el artículo 6 del decreto 44-95, a saber:

- 1) Promover la práctica de la lactancia materna a través de un trabajo educativo, coherente y sistemático de carácter intersectorial e interdisciplinario.
- 2) Reforzar la cultura del amamantamiento y la confianza de la mujer en su capacidad de amamantar, propiciando un ambiente general de apoyo a la lactancia materna mediante la divulgación y propagandización sistemática y continua de su práctica.
- 3) Impulsar un proceso que genere información sobre la situación de la lactancia materna y las acciones que se desarrollan alrededor de la misma en todos los niveles.
- 4) Formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar las actividades relacionadas con la promoción, y el mantenimiento de la lactancia natural.
- 5) Proponer proyectos de reglamentos y reformas a las leyes existentes relacionadas con la promoción y mantenimiento de la lactancia materna, así como promover nueva legislación relacionada con la comercialización, propaganda y distribución de los productos considerados sucedáneos o suplementos de la leche natural.

Anexo No. 3

Políticas Públicas de Nicaragua

Las Políticas Públicas son instrumentos que permiten orientar la acción del Estado en torno a temas específicos. El Estado Nicaragüense en el transcurso de la última década ha aprobado un conjunto de políticas públicas de alcance nacional, sectorial o específico.

En materia del derecho a la salud se han aprobado dos políticas específicas, la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud, no obstante, las políticas nacionales y sectoriales también recogen elementos relacionados a la salud de la población.

A continuación se presenta una breve sinopsis del contenido de las principales políticas públicas que el Estado Nicaragüense ha adoptado con la finalidad de operativizar el marco jurídico nacional e internacional que en materia del derecho a la salud se han aprobado.

I.1 Políticas Globales

a) Declaración del Milenio

La Declaración del Milenio, aprobada en septiembre del 2000 por los Estados Miembros de las Naciones Unidas, establece un conjunto de objetivos y metas de desarrollo para avanzar en la construcción de un mundo más igualitario; y sitúa la igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres como objetivo específico de la agenda global y condición indispensable para el logro de los demás objetivos.

Esta Declaración, suscrita en septiembre del 2000 por los 189 Jefes de Estado y de Gobierno asistentes a la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, proporciona una visión compartida de un mundo mejor para el 2015. Reconoce que “la tarea fundamental a que nos enfrentamos hoy es conseguir que la mundialización se convierta en una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo, ya que, si bien ofrece grandes posibilidades, en la actualidad sus beneficios se distribuyen de forma muy desigual al igual que sus costos”

Las principales metas planteadas en la Declaración del Milenio que están referidas a la salud de las personas son las siguientes:

Objetivo I

Eradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1: Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día para el año 2015

Meta 2: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre

La Salud: Un Derecho Humano

Objetivo 4 **Reducir la mortalidad infantil**

Meta 5: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

Objetivo 5 **Mejorar la salud materna**

Meta 6: Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015

Objetivo 6 **Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**

Meta 7: Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015.

Meta 8: Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves en 2015

Objetivo 7 **Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**

Meta 9: Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; revertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Meta 10: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable para el año 2015.

Meta 11: Mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020

Objetivo 8 **Fomentar una asociación mundial para el desarrollo**

Meta 17: En cooperación con las compañías farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a precios asequibles en los países en desarrollo.

Estos objetivos si bien no constituyen instrumentos vinculantes para los Estados son una declaración que desde la perspectiva ética y política ni debe ser despreciada.

b) Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo surge “como el medio consensual para lograr acuerdos estables y duraderos, entre los diferentes actores públicos y privados y sectores sociales y económicos, que nos permitan avanzar hacia el desarrollo integral como nación” (PND: 2002)

El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento que ordena las prioridades nacionales para alcanzar resultados estratégicos que fomenten el desarrollo, a través de acciones a corto, mediano y largo plazo. Es decir, que se constituye en el instrumento que ordenará la acción estatal.

El Plan Nacional de Desarrollo reconoce que la salud de la población es un factor necesario para el empleo, la inversión y la productividad en el trabajo, y en consecuencia, debe ocupar la atención del Estado y la Sociedad Civil quienes deberán concertar acciones estratégicas orientadas a promover la salud de los y las nicaragüenses.

Los lineamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo en materia de promoción de la salud son:

4. Aumento de la cobertura y calidad de “los servicios” de salud
5. Promover cambios en la conducta de los hogares para promover la cultura de la prevención y cuidado de la salud.
6. Profundizar las reformas vitales para que el Ministerio de la Salud pueda realizar efectivamente ejercer su función rectora del sector salud.

c) Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza

La estrategia reforzada de crecimiento económico y reducción de la (ERCERP) expresa las reformas económicas, sociales e institucionales que debe impulsar el Estado Nicaragüense, como un compromiso ante los donantes, una vez dispensada la deuda externa.

Uno de los pilares de la ERCERP es la inversión en los sectores poblacionales que se encuentran en situación de vulnerabilidad, a fin de mejorar la cobertura, calidad e integración de los servicios de educación pública, salud, nutrición y población, principalmente en las áreas rurales.

La Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza descansa sobre el principio de que se debe invertir recursos significativos en los sectores que viven en la pobreza y la extrema pobreza a fin de que estos puedan superar los enormes obstáculos que enfrentan para alcanzar su desarrollo, además se este modo se garantiza el “capital humano necesario” para el desarrollo del país.

La Salud: Un Derecho Humano

Las principales metas relacionadas a la salud que se expresan en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza están relacionadas a la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil, salud, materna, planificación familias, acceso al agua y al saneamiento, etc.

1.2 Políticas de Salud

a) La Política Nacional de Salud 2004 – 2015.

La Política Nacional de Salud 2004-2015 contiene el conjunto de lineamientos o directrices que guiarán las acciones de prevención, promoción, atención y recuperación de la salud de los y las nicaragüenses.

La Política Nacional de Salud parte del reconocimiento de 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”

Un aspecto importante a señalar es que la Política Nacional de Salud 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 as acciones, servicios y productos brindados a la población desde las distintas instituciones y organizaciones que integran el sector salud”. De este reconocimiento se desprende el papel determinante que desempeña la sociedad civil en los temas relacionados a la salud.

La Política está constituida por siete lineamientos estratégicos, a saber:

1) Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; 2) Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud; 3) Promoción de la Gobernabilidad en el sector salud; 4) Consolidación del Sistema Nacional de Salud; 5) Fortalecimiento de la capacidad gerencial; 6) Desarrollo de Recursos Humanos y; 7) Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos

Cada uno estos linimientos estratégicos tienen a su vez Políticas por áreas de intervención de las que se desprenden estrategias por áreas específicas. Todos estos elementos se analizarán en el siguiente capítulo.

b) Plan Nacional de Salud 2004 – 2015

El Plan Nacional de Salud lo constituye el conjunto de propósitos, objetivos, actividades, metas y recursos sectoriales organizados para satisfacer las necesidades de cuidados de salud de la población con el fin de contribuir al desarrollo humano sostenible de los nicaragüenses.

*“Son los lineamientos de largo plazo que orientan la actuación de las instituciones y organizaciones integrantes del sector, así como de la participación social, para el cumplimiento de la visión y el desarrollo institucional en materia de salud”
(MINSA)*

Todos los objetivos del Plan Nacional de Salud están relacionados directamente con la salud de las personas y el papel que el MINSA y los actores del sector salud desempeñan en la misma, a saber:

1. Incrementar la calidad y el acceso a los servicios y acciones de salud, de acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud.
2. Fortalecer las acciones intersectoriales para la promoción, prevención y protección de la salud de las personas, las familias, comunidades y medio ambiente, a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, especialmente la niñez, las mujeres en edad fértil, adolescentes, jóvenes, personas adultas, y personas con discapacidad.
3. Mejorar la gobernabilidad del sector salud fortaleciendo la rectoría del MINSA, la participación institucional y ciudadana, enfatizando en la participación de las comunidades étnicas y los pueblos indígenas, con equidad de género y generacional.
4. Profundizar los procesos de reforma en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de mejorar su eficacia, eficiencia efectividad.
5. Implementar estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe nicaragüense.

El Plan Nacional de Salud fomenta la Participación Social de la ciudadanía en la promoción, atención y recuperación de la salud, el Plan define la participación social como “la relación entre la población y las instituciones de salud que debe darse en los espacios de derechos reconocidos, así como en las responsabilidades ciudadanas compartidas”

Habida cuenta que más del 10% de la población nicaragüense es de naturaleza multiétnica y pluricultural el Plan Nacional de Salud reconoce la necesidad de que “los servicios de salud deben ser culturalmente accesibles a poblaciones multiculturales”, esto significa que el MINSA y las instituciones que integran el sector salud deben garantizar la salud de los pueblos indígenas, respetando su cosmovisión cultural y espiritual.

El Plan Nacional de Salud tiene una estructura integrada por Objetivos Generales, los que se desagregan en objetivos específicos, éstos a su vez contienen las estrategias particulares que generan intervenciones específicas.

La Salud: Un Derecho Humano

Los objetivos generales que se plantea el Plan Nacional de Salud son los siguientes:

- a) Incrementar la calidad y el acceso a los servicios y acciones de salud, de acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud;
- b) Fortalecer las acciones intersectoriales para la promoción, prevención y protección de la salud de las personas, las familias, comunidades y medio ambiente, a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, especialmente la niñez, las mujeres en edad fértil, adolescentes, jóvenes, personas adultas, y personas con discapacidad;
- c) Mejorar la gobernabilidad del sector salud fortaleciendo la rectoría del MINSA, la participación institucional y ciudadana, enfatizando en la participación de las comunidades étnicas y los pueblos indígenas, con equidad de género y generacional.
- d) Profundizar los procesos de reforma en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de mejorar su eficacia, eficiencia y efectividad:
- e) Implementar estrategias innovadoras en salud, en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe nicaragüense.

En un capítulo posterior se analizará el nivel de cumplimiento de cada uno de estos objetivos.

I.3 Otras Políticas Públicas que regulan aspectos relacionados a la salud

A continuación se presenta las políticas públicas que regulan aspectos relacionados a la salud de los y las nicaragüenses.

a) Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense

Se entiende por jóvenes las personas comprendidas entre los 18 años cumplidos y los 30 años no cumplidos, este grupo poblacional constituye el 23.48% de la población total del país.

La Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense la constituyen el conjunto de directrices, estrategias y programas que tienen carácter público y que buscan a corto, mediano y largo plazo, mejorar las condiciones de vida de la población joven a través de la gestión gubernamental, no gubernamental y de la sociedad civil, destinando recursos que permitan su incorporación al desarrollo económico del país

En términos generales la Política tiene como objetivo “Crear las oportunidades y condiciones requeridas para los hombres y las mujeres jóvenes de Nicaragua para integrarlas como sujeto de derechos y activos participantes en la vida económica, social, cultural y política de la sociedad.

En relación a la salud de los y las personas jóvenes la Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense, se plantea los siguientes objetivos:

- a) Diseñar un Programa incorporando acciones dirigidas a la prevención de accidentes, tratamiento de enfermedades psicológicas, enfermedades respiratorias y violencia intrafamiliar, entre otras;
- b) Promover comportamientos sexuales saludables en los y las jóvenes, incorporando en los servicios de salud el enfoque integrado de Salud Sexual y Reproductiva, basado en los derechos humanos y la equidad de género, de tal manera que aumente su demanda y su utilización y respondan a las necesidades de la población joven nicaragüense.
- c) Ampliar la cobertura del seguro social para los y las jóvenes., haciendo especial énfasis en el área rural.
- d) Como parte de este esfuerzo de ampliación del servicio de seguridad social se fortalecerá el Seguro Facultativo y se brindarán facilidades a los y las jóvenes para acceder al mismo
- e) Garantizar una comunicación fluida con las organizaciones de la sociedad civil que trabajen en el área de la salud en programas y proyectos dirigidos hacia la juventud.

La Política de Juventud tiene un marcado enfoque en la “Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes”, esto se debe a que las principales causas de morbilidad en este grupo están asociadas a esta temática.

b) Política Nacional de Población

La Política Nacional de Población está definida como “el conjunto de medidas dirigidas a influir en el comportamiento reproductivo, educación, formación y salud sexual reproductiva de la población nicaragüense, así como en su distribución espacial en el territorio promoviendo los valores de la sociedad nicaragüense: el derecho a la vida desde su concepción en el seno materno, el acceso a la educación y salud básica, el papel central e insustituible de la familia, y la supervivencia social y cultural de las etnias”

Las metas que en materia de salud se plantea la Política de Población son las siguientes:

La Salud: Un Derecho Humano

- a) Dotar a la población en su capacidad de decidir en cuanto a su comportamiento reproductivo la procreación irresponsable y precoz;
- b) Reducir los índices de morbi-mortalidad de la población y elevar la esperanza de vida;
- c) Reducir la incidencia de embarazos tempranos, tardíos, muy seguidos y en múltiparas por los riesgos que implican para la salud materna e infantil;
- d) Procurar reducir significativamente la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años;
- e) Procurar reducir significativamente la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años;
- f) Reducir la mortalidad general, materna e infantil, y elevar la esperanza de vida;
- g) Impartir la educación sexual integral, en el marco de la cultura, de los valores morales y el ejercicio de la sexualidad con autocontrol, autocuidado, autoestima, fidelidad y responsabilidad.

c) Plan de Acción de la Política Nacional de Población (2001-2005)

Este Plan de Acción es el instrumento que operativiza la Política Nacional de Población, su objetivo es transformar los lineamientos, objetivos y estrategias que aquella plantea en acciones concretas.

El Plan de Acción de la Política Nacional de Población está estructurado en tres subprogramas los cuales están interrelacionados y vinculados entre si y son: 1) Educación en Población y de la Sexualidad; 2) Salud Sexual y Reproductiva y; 3) Distribución Espacial de la Población.

Por medio del Sub Programa de Educación en Población y de la Sexualidad, se plantea la necesidad de que a través del sistema educativo y de salud, se promueva en la población en general y de la niñez, adolescencia y juventud la educación sexual y reproductiva.

d) Política Nacional de Participación Ciudadana

La Política Nacional de Participación Ciudadana, está definida como “un instrumento base para el desarrollo de mecanismos que permita el involucramiento de la ciudadanía en forma individual y colectiva en la gestión pública, con la finalidad de incidir en la toma de decisiones en las diferentes etapas del proceso de desarrollo en todos los niveles territoriales e institucionales para lograr el desarrollo humano sostenible, en corresponsabilidad con el Estado.”

El principal objetivo de esta política es “promover el ejercicio pleno de la ciudadanía en los ámbitos político, social, económico y cultural, mediante la creación y operación de mecanismos institucionales que permitan una fluida interacción entre el Estado y la ciudadanía”

Esta política operativiza el enunciado constitucional de que los y la ciudadanas pueden y deben participar en la gestión de los asuntos públicos y establece los lineamientos generales a través de los cuales la población pueda participar activamente en la promoción de sus derechos fundamentales.

e) Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2001-2006)

La seguridad alimentaria se entiende “como el estado en el cual todas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo humano”

Como sabemos, la inseguridad alimentaria tiene consecuencias negativas en la salud de las personas y además violenta el derecho constitucional de que “los nicaragüenses tienen derecho a estar protegidos contar el hambre”

La Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional es considerada como el instrumento que regula y orienta el quehacer de las diferentes instituciones involucradas en el tema a fin de que puedan contribuir a crear las condiciones necesarias para el desarrollo físico y mental de los y las nicaragüenses.

Esta política se basa en los cuatro principios de la cadena alimentaria nutricional, es decir, disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos.

Los objetivos de la Política de Seguridad Alimentaria son los siguientes:

- a) Contribuir a mejorar las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional del pueblo nicaragüense, a través de los esfuerzos coordinados de las instituciones del Estado y Sociedad Civil en las acciones (en ejecución y por ejecutarse) que demanda la política con relación a la seguridad alimentaria y nutricional, para fortalecer el desarrollo económico social del país.
- b) Facilitar la seguridad alimentaria y nutricional que permita el desarrollo físico y mental de las personas para que puedan integrarse de manera activa y creativa al desarrollo sostenible del país.

f) Plan de Acción de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2001-2006)

Este Plan tiene como finalidad hacer efectiva la Política a través de estrategias y líneas de acción de los componentes de disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos.

El objetivo general del Plan está orientado a fortalecer las coordinaciones interinstitucionales, intersectoriales y con la sociedad civil, a fin de ejecutar acciones en el corto, mediano y largo plazo, que contribuyan al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población nicaragüense.

g) Política de Atención y Protección Integral a La Niñez y la Adolescencia

La Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia es definida como “el conjunto de principios, estrategias y recursos dirigidos a garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de los niños, niñas y adolescentes reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña y el Código de la Niñez y la Adolescencia”

Asimismo se entiende por atención integral “el conjunto de programas y acciones que se deben derivar de esta Política, dirigidos a favorecer a los niños, niñas y adolescentes en todos los órdenes de su vida.

La política plantea que una de las estrategias más importantes para promover el desarrollo de la niñez y la adolescencia es promover el acceso a la educación, nutrición, servicios de salud física, mental.

Entre los objetivos relacionados a la salud de la niñez y la adolescencia que propone la Política de Atención integral a la Niñez y la Adolescencia se encuentran las siguientes:

- a) Promover la formación de hábitos de higiene ambiental, personal y de alimentos, a fin de contribuir en la prevención de enfermedades
- b) Fortalecer el Sistema de Vigilancia epidemiológica para la prevención, monitoreo y control de enfermedades infecciosas.
- c) Garantizar la cobertura y calidad del control pre-natal, atención al parto y puerperio a fin de reducir la incidencia de muerte materna.
- d) Garantizar servicios especiales de salud reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo.

- e) Crear y fortalecer programas de seguridad alimentaria y nutricional para prevenir la malnutrición.
- f) Garantizar la cobertura y calidad de los servicios de agua potable, alcantarillado sanitario, letrificación y eliminación de desechos.
- g) Capacitación a parteras empíricas en técnicas para el parto limpio y seguro a fin de lograr un mayor impacto en los índices de mortalidad materna.
- h) Fortalecimiento de Atención Primaria en Salud, con énfasis en la atención a la mujer y la Niñez.
- i) Fortalecimiento de Programas destinados a la producción y fortificación de alimentos a fin de buscar alternativas alimentarias para la niñez.
- j) Garantizar el fortalecimiento del programa de vigilancia del crecimiento y desarrollo de la niñez.
- k) Creación de programas integrales de salud para dar respuesta a los principales aspectos de la salud reproductiva y prevención de enfermedades de transmisión sexual
- l) Promover acciones para la prevención y tratamiento de las principales causas de morbi-mortalidad en la niñez y la adolescencia

h) Plan de Acción Nacional para la Niñez y la Adolescencia

El Plan de Acción de la Política de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia es el instrumento que operativiza las cuatro Políticas que constituyen la Política Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia.

Este Plan, contiene una serie de acciones, tendientes a institucionalizar y municipalizar los Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia y marca las pautas a seguir y el compromiso que habrán de asumir durante el decenio, todas las instituciones del Estado y la Sociedad Civil, involucradas para traducir en hechos reales, los Derechos Humanos de las niñas, niños y adolescentes de este País.

Las metas que están relacionadas a la salud de los niños, niñas y adolescentes, se encuentran las siguientes:

- a) Promover la apropiación del Código de la Niñez y la Adolescencia en los recursos humanos en formación y en el personal de salud para su efectiva apropiación.
- b) Garantizar un mejor acceso a los servicios de atención obstétrica- perinatal e infantil.

La Salud: Un Derecho Humano

- c) Reducir los índices de desnutrición infantil.
- d) Eliminación sostenible de los trastornos debidos a la deficiencia de vitamina A, yodo y hierro en niños, niñas y adolescentes.
- e) Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación hasta los dos años de vida.
- f) Garantizar el acceso a programas de Salud Sexual y Reproductiva a los y las Adolescentes.
- g) Detectar tempranamente problemas de salud mental en Niños, Niñas y Adolescentes a través del mejoramiento de la atención primaria y especializada.
- h) Organizar a las comunidades en la intervención psicosocial de niños, niñas y adolescentes, frente a situaciones de desastres
- i) Promover le adecuado desarrollo sicomotor en niños y niñas con factores de riesgo.
- j) Disminuir la tasa de lesiones auto infringidas en la niñez y la adolescencia.
- i) Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes.**

La Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial de niños, niñas y adolescentes se concibe como el “marco de referencia para las acciones que las Instituciones del Estado y la sociedad civil realizarán para abordar el fenómeno de la explotación sexual comercial y diseñar estrategias para su eliminación”

Esta Política tiene como objetivo general, dotar a la sociedad nicaragüense de un conjunto de fundamentos conceptuales, objetivos, estrategias y prioridades que vertebren un dispositivo de acciones coordinadas del Estado y la Sociedad civil, a fin que favorezcan la implementación de las mismas y en consecuencia contribuir a la erradicación de la violencia y la Explotación Sexual Comercial de niños, niñas y adolescentes en Nicaragua.

En materia de salud la Política establece que se debe:

- a) Asegurar a los niños, niñas y adolescentes al acceso a servicios de calidad en educación sexual y reproductiva.
- b) Capacitar al personal médico, psicólogos y otros agentes involucrados para contribuir a la recuperación de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual, de manera que puedan tener una inserción social sin estigmatización

j) Plan de Acción de la Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes.

El Plan de Acción Nacional contra la Explotación Sexual Comercial, es un instrumento que operativiza la Política Pública contra la Explotación Sexual Comercial, contiene todas las acciones a implementarse por las distintas instituciones públicas a nivel nacional y local que conlleve a detectar, prevenir, atender y sancionar la Explotación Sexual Comercial.

En relación a la salud de la niñez la Política establece los siguientes objetivos específicos:

- a) Garantizar que el 50% de los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo de explotación sexual comercial el acceso a los servicios básicos (salud)
- b) Implementar programas, planes y proyectos específicos que propicien el acceso de las niñas, niños y adolescentes en riesgo de explotación sexual comercial a los servicios de salud...
- c) Sensibilizar al 100% de los funcionarios del MINSA sobre los contenidos del Plan Nacional contra la Explotación Sexual Comercial
- d) Fortalecimiento de instituciones para responder integralmente el fenómeno de la explotación sexual comercial
- f) Proporcionar atención médica gratuita y de calidad a los niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial.

k) Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual (2001-2006.)

Como sabemos, la violencia, física o psicológica, afecta negativamente la salud de las personas, particularmente la salud de los niños y las niñas. Diversos estudios nacionales dan cuenta de lo extendido que se encuentra este fenómeno que violenta los derechos humanos de las mujeres y la niñez en nuestra sociedad.

Tomando en cuenta esta realidad y considerando que es necesario combatir este problema social el Estado Nicaragüense aprobó el Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y sexual 2001-2006 que es el instrumento que orienta las acciones que realicen las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para abordar la violencia intrafamiliar y sexual cometida en contra de las mujeres, niños, niñas y adolescentes en Nicaragua.

La Salud: Un Derecho Humano

l) Política de Prevención de la Policía Nacional para la Niñez y la Adolescencia

La finalidad de la Política de Prevención de la Policía Nacional es a) Proteger del delito a todos los niños, niñas y adolescentes, y principalmente a los que se encuentren en situación de riesgo social; b) Prevenir la comisión de delitos parte de los y las adolescentes y; 3) Contribuir a la aplicación de los derechos y garantías fundamentales.

Esta Política se plantea metodologías diferenciadas según las situaciones en que se encuentren los niños, niñas y adolescentes, a saber:

- Con niñas, niños y adolescentes en general
- Con niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo personal
- Con adolescentes de quienes se presume comisión de delito
- Con niñas, niños y adolescentes víctimas del delito

En relación a los derechos de los niños, niñas y adolescentes sujetos de esta política se establecen los siguientes metas:

- a) Brindar tratamiento especializado en la atención a la niñez y la adolescencia víctima de Violencia Intrafamiliar y Explotación Sexual Comercial.
- b) Detectar situaciones de riesgo social (VIF y ESC) a fin de remitirlos a la institución correspondiente.
- c) Levantar información sobre instituciones, ONG que trabajan en la promoción y defensa de los derechos de los niños y niñas víctimas de explotación sexual comercial.

m) Plan Nacional de Educación (2001-2015)

Este Plan Nacional, fue aprobado en el 2001 y se concibe como un Plan de Estado-Nación que persigue garantizar la permanencia, gobernabilidad y legitimidad de las políticas educativas para los próximos quince años y enmarcar la asignación de los recursos internos y la ayuda internacional dentro del mismo.

El Propósito de este Plan consiste fundamentalmente en “dotar al país de un marco de referencia para guiar los cambios en el sistema educativo, enfrentar los retos de la superación de la pobreza y fortalecer la modernización del Estado, a fin de contribuir al logro del desarrollo sostenible del país con mayor equidad.

Anexo No. 4

Participantes en el Proceso de Investigación

I Grupo Focal
Realizado el 31 de Agosto de 2006

No	Nombre y Apellido	Organismo
1	Alejandra Narváez	MINSA
2	Wilber Martínez Castillo	Consejo de la Juventud de Nicaragua
3	María Isabel Arguello	Centro de Estudios y Formación Social
4	Yadira Medrano	Facultad de Medicina UNAN, Managua
5	Maritza Cuan	MINSA
6	María Angélica Gómez	OPS-OMS
7	Carlos Emilio López Hurtado	Consultor
8	Gabriel Rivera Rocha	Equipo de Investigación
9	Yamilethe Rocha	Equipo de Investigación
10	Luis Carballo Palma	Equipo de Investigación

I Taller Participativo

No	Nombre y Apellido	Organismo
1	Jamilethe Palma	Acción Médica Cristiana
2	Olga Rocha Ulloa	Fundación Puntos de Encuentro
3	María Isabel Arguello	Centro de Estudios y Promoción Social
4	María Hamlin Zúñiga	CISAS
5	Aura Lila Molina	Fundación Pro ayuda a Enfermos Crónicos
6	Olga Flores	Consejo Nacional de Salud
7	Martha María Blandón	IPAS
8	Juan Baustista Arrién	UNESCO
9	Norwin Soriano	CENIDH
10	Claudia Moreno	ENACAL
11	Adela Pérez Portocarrero	MECD
12	Rosa María Mendoza	Red de Mujeres contra la Violencia
13	María Angélica Gómez	OPS-OMS
14	Carlos Emilio López Hurtado	Consultor
15	Gabriel Rivera Rocha	Equipo de Investigación
16	Yamilethe Rocha	Equipo de Investigación
17	Luis Carballo Palma	Equipo de Investigación

La Salud: Un Derecho Humano

II Taller Participativo
Realizado el 02 de Noviembre de 2006

No.	Nombre y Apellido	Organismo
1	Francisco Menéndez	CARA
2	Oscar Flores	SONIGOB- CNS
3	Yadira Medrano	UNAN, Managua
4	María Isabel Arguello	PCI, Nicaragua
5	María Hamlin Zúniga	CISAS
6	Enrique Beteta	SEJUVE
7	Olga Rocha Ulloa	Fundación Puntos de Encuentro
8	Reyna Cordero	Acción Médica Cristiana
9	María Elena Domínguez	ISNIM
10	Marvin Marengo	MCN
11	David Narváez	Movimiento Comunal Nicaragüense
12	Martha Isabel Montenegro	MCN
13	Roberto Cisneros	NICASALUD
14	Adela Pérez Portocarrero	MECD
15	Carlos Emilio López Hurtado	Consultor
16	Gabriel Rivera	Equipo de Investigación
17	Karla Hernández Roa	Equipo de Investigación
18	Yamilethe Rocha	Equipo de Investigación
19	Luis Carballo Palma	Equipo de Investigación

III Taller Participativo
Realizado el 11 de Diciembre de 2006

No	Nombre y Apellido	Organismo
1	Oscar Flores	SONIGOB- CNS
2	Nora Isabel Narváez	MCN
3	Reynaldo Aguilar	OPS
4	Hector Collado	MINSA
5	Carlos Gómez	MCN
6	Isabel Jarquín Sánchez	MCN
7	Alba Mercedes Montes	MCM
8	Guillermo Guevara	OPS-OMS
9	Silvia Narváez	OPS-OMS
10	María Angélica Gómez	OPS-OMS
11	Rosario Rivas	MCN
12	Enrique Picado	MCN
13	Carlos Emilio López Hurtado	Consultor
14	Gabriel Rivera	Equipo de Investigación
15	Karla Hernández Roa	Equipo de Investigación
16	Yamilethe Rocha	Equipo de Investigación
17	Luis Carballo Palma	Equipo de Investigación

Las siguientes frases y expresiones fueron presentadas en el proceso de construcción de esta obra

“El cumplimiento del derecho humano a la salud comprende la atención integral a las personas...”

Dra. Maritza Cuan

Ministra de Salud

“El Ministerio de Salud, ha avanzado en la formulación de planes estratégicos y políticas públicas, pero en lo relacionado a la calidad y calidez de la atención hay un serio problema...”

Dr. Francisco Gutiérrez

Director Ejecutivo de Acción Médica Cristiana

“Nicaragua enfrenta un proceso de privatización del área social y eso es muy peligroso, porque entonces la salud no se concibe como un derecho fundamental, sino como una mercancía...”

Licda. María Nela Hamlin

Directora Interina de CISAS

“Hemos avanzado en la elaboración de normativas modernas e integrales que contemplan una filosofía pertinente sobre lo que debe ser el papel del Estado en garantizar el derecho a la salud... Sin embargo, falta la materialización de estas políticas.”

Licda. María Martha Blandón

Directora Ejecutiva de IPAS

“La principal responsabilidad de garantizar el derecho a la salud es del Estado y éste no puede delegarla en los organismos de la sociedad civil o en la empresa privada...”

Lic. Norwin Solano

Equipo Jurídico del CENIDH

“El derecho a la salud se debe promover y defender desde la comunidad...”

Lic. Enrique Picado

Dirigente del Movimiento Comunal Nicaraguense