
NICARAGUA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Nicaragua se encuentra ubicada en el centro del istmo centroamericano y tiene una superficie de 130.682 km². Por la conformación del relieve, el país se divide en tres regiones: la del Pacífico, la del Atlántico y la central. La población no está distribuida de manera homogénea, sino que se concentra en la región del Pacífico, que ocupa 15,3% del territorio nacional y alberga 61,5% de la población total (con rangos de pobreza de 5% al 24%), y 76,4% de la población urbana. En la región central, que abarca 33,9% del territorio nacional, habita 32,6% de la población total (con rangos de pobreza de 15% a 35%), en su mayor parte rural. La región del Atlántico, que ocupa 50,9% del territorio nacional, solo alberga 5,9% de la población total (con rangos de pobreza de 35% a 45%).

El Gobierno electo en 1990 recibió un país en estado de posguerra, con una sociedad dividida y polarizada, y tuvo que enfrentar tres grandes problemas que demandaban solución a corto plazo: terminar la guerra, eliminar la hiperinflación y sentar las bases para un crecimiento económico sostenible, y resolver el problema de la propiedad y promover la inversión del sector privado.

El eje central del programa de ajuste económico del Gobierno de Nicaragua lo constituyó, junto con la fijación del tipo de cambio y una política monetaria y crediticia restrictiva, la reducción del gasto global del sector público a un nivel que pudiera ser financiado por ingresos ordinarios, donaciones externas, préstamos bilaterales y créditos de instituciones multilaterales. Igualmente, el plan de ajuste se vinculó a la privatización de empresas estatales, la reducción del número de funcionarios públicos y la apertura comercial internacional.

En 1996 la economía nicaragüense continuó con su ritmo de crecimiento sostenido desde 1994, reflejo de los esfuerzos de la política gubernamental de consolidar los programas de estabilización con crecimiento económico. En este contexto, el

producto interno bruto (PIB) creció por tercer año consecutivo, esta vez 5,5%, la mayor tasa de crecimiento de los últimos 17 años; de esta forma el producto por habitante creció 2,3%.

Entre los factores que contribuyeron al crecimiento del PIB durante 1996 se pueden señalar la estabilidad macroeconómica, la apertura de la economía hacia el exterior y el dinamismo del proceso inversionista del sector privado. Los sectores de mayor crecimiento fueron los de agricultura, pesca, industria, construcción, comercio y servicios.

En 1996 el aumento de la población económicamente activa fue de 3,1%, similar al del año anterior. De igual manera, la población ocupada se incrementó 5,8%, mientras el desempleo abierto disminuyó 8,8%, acorde con el crecimiento del PIB. Esto fue posible gracias al programa de inversiones públicas, el auge de la zona franca industrial, los programas generadores de empleos temporales puestos en marcha por el Fondo de Inversión Social de Emergencia y la generación de empleos en el sector agrícola.

Durante el primer semestre de 1996 la tasa de inflación promedio mensual fue de 0,92%, mayor que la del mismo período del año precedente (0,77%). Este aumento comenzó a desacelerarse a partir de julio, y en el tercer trimestre llegó a un promedio de 0,13%; no obstante, en el mes de octubre la tasa de inflación fue de 2,6%, debido básicamente al incremento de los precios del frijol, el arroz y el gas butano. Al finalizar el año 1996, el costo de la canasta básica urbana de 53 productos en la ciudad de Managua era de \$C 1.225,60, es decir, 13,6% mayor que en 1995.

En 1996 la política salarial en el sector público continuó estando determinada por el proceso de ajuste estructural y reducción del gasto que se viene desarrollando desde 1991, y los sueldos se han mantenido congelados en el sector. El sector privado, por su parte, continuó con la política de libre determinación de salarios, salvo en lo que se refiere al salario mínimo legal. El salario nominal promedio a nivel nacional aumentó 9,1% con respecto al año anterior, en tanto que en el gobierno central aumentó solamente 2,8%. Por su parte, el sa-

lario de los asegurados por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) aumentó 7,6%, debido principalmente a los ajustes llevados a cabo en el sector privado. Las actividades en las que más aumentaron los salarios fueron las relacionadas con el transporte, la agricultura y la minería (23,4, 14,7 y 12,5%, respectivamente).

El monto de las exportaciones aumentó de un promedio anual de US\$ 282 millones en 1985–1989 a más de US\$ 500 millones en 1995; en 1995 el valor de las importaciones ascendió a US\$ 818 millones. La deuda per cápita (US\$ 2.600) supera el ingreso per cápita anual (US\$ 407).

Los cambios más importantes derivados de la política económica aplicada durante el período 1990–1996 incluyen la reducción de la deuda externa de US\$ 10.220 millones a US\$ 5.517 millones; la eliminación de la hiperinflación, que osciló entre 3,5% en 1992 y 11,1% en 1995; el crecimiento económico, que fue de 3,3% en 1994 y 4,2% en 1995; un régimen cambiario fijo con un sistema de deslizamiento mensual de 1,0%; la reducción del gasto corriente del sector público no financiero de 42,5% del PIB en 1990 a 21% del PIB en 1994; el crecimiento de la inversión pública, como porcentaje del PIB, de 2,5% en 1990 a 14,2% en 1994; la privatización del comercio exterior; la reducción del número de empleados públicos de hasta 60% en 1994; la simplificación del sistema tributario y la reducción de las tasas para estimular la inversión pública local e internacional; la conclusión de la privatización de las empresas del Estado en 1995; la apertura de bancos privados desde 1991, y el establecimiento de una bolsa de valores.

La política social está subordinada a la política económica de ajuste, y da prioridad a la búsqueda de mecanismos para optimizar el gasto social. Se establecieron fondos de emergencia social para compensar la caída de los ingresos de los grupos más pobres, se impulsaron acciones de autoayuda y los trabajos comunitarios cobraron relevancia como estrategia en la lucha contra la pobreza. El Gobierno diseñó varios programas para aliviar la pobreza, entre ellos el Fondo de Inversión Social, el Programa de Reconciliación y Rehabilitación Nacional, el Fondo de Acción para Sectores Oprimidos, el Fondo de Empleo Comunal y el Programa Solidario de la Producción.

Nicaragua está organizada en 16 departamentos, 2 regiones autónomas y 145 municipios de características rurales o semiurbanas. A partir de 1990, en el contexto de las reformas del Estado se inició un proceso de descentralización orientado a fortalecer a los municipios como gestores principales del desarrollo socioeconómico local y dispensadores de servicios básicos. Según el censo de 1995 la población era de 4.139.486 habitantes y las mujeres representaban 52% de la población nacional. En cuanto a la estructura por edad, 45,4% de la población pertenecía al grupo de 0 a 14 años, 51,8% al de 15 a 64 y 2,8% al de 65 años y más. Los resultados de la Encuesta de Medición del Nivel de vida realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 1993 indican

que 75% de los hogares nicaragüenses presentaban una o más necesidades básicas insatisfechas, que 44% vivían en condiciones de pobreza extrema, y que la pobreza extrema afectaba a 60% de los hogares rurales.

En 1996 la población económicamente activa ascendía a 1.534.100 habitantes (34% de la población total), de los cuales 58% eran hombres y 42%, mujeres. La población desempleada era de 245.600 habitantes (16,1%), de los cuales 45% eran hombres y 55%, mujeres.

La esperanza de vida al nacer aumentó de 48,5 años en el período 1960–1965 a 66,2 años en 1990–1995. En las zonas rurales la esperanza de vida es casi 10 años menor; para las mujeres es más elevada que para los hombres. La tasa de natalidad estimada para el período 1990–1995 es de 40,5 por 1.000, y la tasa de fecundidad, de 5,0 hijos por mujer.

Hasta el decenio de 1940 la población creció a un ritmo moderado. A partir de entonces el país entró en un proceso de transición demográfica, caracterizado por un sostenido descenso de la mortalidad general, que se redujo de 22,7 por 1.000 en 1950–1955 a 6,8 por 1.000 en 1990–1995, y por un descenso considerablemente más tardío de la fecundidad, que pasó de 7,3 hijos por mujer en 1950–1955 a 5,0 hijos en 1990–1995. Como consecuencia de estos cambios, el crecimiento natural de la población se aceleró y se mantuvo en torno a una tasa promedio anual de 3% hasta finales de la década de los ochenta. Así, el tamaño de la población nacional se triplicó entre 1950 y 1990, pasando de 1,1 millones de personas en 1950 a 3,6 millones en 1990 y a 4,1 millones en 1995.

Entre 1940 y 1995 el porcentaje de población que vivía en asentamientos urbanos se elevó gradualmente de 30% a 57%, como resultado de una sostenida migración del campo a la ciudad, convirtiendo a Nicaragua en un país con características predominantemente urbanas, aspecto que se refleja en la concentración de población de origen rural en la ciudad capital.

Las migraciones internas se orientan mayoritariamente hacia las zonas urbanas. El departamento de Managua suma casi 40% de los migrantes internos, pero su peso en la atracción global de migrantes ha descendido en comparación con el de 20 años atrás. La migración interna rural se dirige hacia la nueva frontera agrícola; según el INEC, 80% de esta migración carece de todo tipo de servicios médicos públicos. Se estima que en el período 1985–1995 se han desplazado más de 350.000 personas.

Entre los migrantes hacia las zonas urbanas predominan las mujeres (60% del total de migrantes y 67% en el rango de 15 a 29 años de edad, según el censo de 1995). En 1995, 59% del total de las mujeres migrantes trabajaban en el sector de comercio y servicios, y 27% se encontraban desempleadas. A partir de 1990 la contracción económica del país, en particular la de la agricultura de exportación, determinó que las migraciones hacia Costa Rica desplacen a las migraciones inter-

nas estacionales; se estima que en ese país hay unos 350.000 migrantes nicaragüenses ilegales, y que el flujo anual es de 20.000 a 30.000 personas. Los departamentos de Chontales, Boaco, Matagalpa, Estelí, León y Granada generan más de 65% de la emigración total, ya sea interna o internacional.

Mortalidad

De las variables de crecimiento poblacional, la reducción de la mortalidad es el componente demográfico que ha tenido más impacto sobre el tamaño y la composición por edad de la población. Se estima que en 1995 el subregistro de la mortalidad ascendía a 56%. Sobre la base de la Encuesta Sociodemográfica de 1985 (ESDENIC-85), la tasa de mortalidad general se estimó en 10,1 por 1.000 habitantes. Las principales causas de mortalidad en el período 1990–1995 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades infecciosas intestinales y las afecciones originadas en el período perinatal. El número de defunciones registradas por el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI) muestra una disminución desde 1985, lo que parecería indicar un aumento del subregistro. Sin embargo, se observa que en los grupos de edad de menores de 1 año, 1 a 4 años y mayores de 45 años las cifras se han mantenido más o menos estables. Para el período 1990–1995 se estima una tasa bruta anual de mortalidad de 6,8 por 1.000 habitantes y un número anual promedio de defunciones de 28.000. El porcentaje de defunciones certificadas por un médico es de 50%, y el porcentaje de defunciones por “síntomas y estados morbosos mal definidos”, de 5%.

En 1984 las cifras oficiales de mortalidad materna indicaban una tasa de 47 por 100.000 nacidos vivos, cifras que expresaban un subregistro muy importante. En 1988, evaluaciones indirectas calculaban una tasa de 87 por 100.000, y en 1990 se estimaba una tasa de alrededor de 100 por 100.000 nacidos vivos. De los anuarios y series cronológicas del Ministerio de Salud, únicamente se conocen tasas de defunciones hospitalarias, que oscilaron desde 95 defunciones maternas hospitalarias por 100.000 nacidos vivos en 1983 hasta 73 en 1987, con un máximo de 106 en 1985. A partir de 1988 las tasas que se notifican incluyen las defunciones que ocurren en instituciones y en el hogar.

En 1991 el Plan Maestro de Salud estimaba que la mortalidad materna era de alrededor de 150 por 100.000 nacidos vivos. Esta cifra se obtuvo a partir de los datos del SINEVI, después de hacer correcciones para el subregistro y ajustes para las tasas de mortalidad general estimadas por el INEC. Un análisis del año 1995 que toma el período 1991–1995 indica que la mortalidad pasó de 93 a 155 por 100.000 nacidos vivos, lo que, por un lado, demuestra el esfuerzo por mejorar la captación de información desde los niveles locales y, por otro, indica que todavía queda mucho por hacer en esta área.

Las causas de la mortalidad materna son las asociadas con la última mitad del embarazo, incluida la hemorragia, la enfermedad hipertensiva del embarazo y la sepsis, aunque el aborto se registra como una causa importante. El principal factor condicionante de este problema es el alto riesgo reproductivo de las mujeres nicaragüenses, que se manifiesta en un elevado número de hijos por mujer y en una alta tasa de fecundidad específica en las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años. Los embarazos en adolescentes constituyen cerca de 28% del total de los embarazos.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La ESDENIC-85 estimó la tasa de mortalidad infantil en 71,8 por 1.000 nacidos vivos; para 1996 se estimó en 58 por 1.000 nacidos vivos. Los departamentos de Matagalpa, Jinotega, León y Chinandega tienen tasas de mortalidad infantil que superan la media nacional; los departamentos de Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Masaya, Rivas, Chontales y Boaco tienen tasas moderadamente altas, alrededor de la media nacional, y el departamento de Managua tiene tasas inferiores a la media nacional.

Las defunciones de menores de 1 año constituyeron 28,7% y 30,8% del total de las defunciones en los años 1988 y 1990, respectivamente, y 24,1% en 1991. La tendencia continuó decreciendo, y se calcula que en 1996 el porcentaje se redujo a cerca de 21%. Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 año son las enfermedades infecciosas intestinales, las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades respiratorias agudas, las anomalías congénitas y la desnutrición.

En 1995 el porcentaje de defunciones de menores de 5 años representó 5% del total. En 1995, la población de 5 a 14 años contribuía con cerca de 30% de la población total; en cambio, su mortalidad representaba 3,5% del total de las defunciones registradas. Persisten como causa de muerte algunas enfermedades transmisibles (31,3%) ligadas a las necesidades básicas insatisfechas y a la pobreza, y se observa un aumento de los accidentes y la violencia (30,2%) y de las enfermedades degenerativas (10%).

La salud del adolescente

La población adolescente comprendida en el grupo de 10 a 19 años representa 25,6% del total de la población. Se estima que 38,8% de los adolescentes de 15 a 19 años son trabajado-

res, y la tasa de fecundidad específica para el grupo de adolescentes se considera la más alta de Centroamérica. La principal causa de egresos hospitalarios para los adolescentes del sexo femenino es el parto normal, mientras que para los del sexo masculino son la apendicitis y las fracturas por accidentes. Las principales causas de mortalidad para ambos sexos fueron los accidentes, las lesiones por ahogamiento y el suicidio, y las lesiones autoinfligidas.

La salud de los trabajadores

El número de trabajadores registrados en la Dirección de Riesgos Profesionales del INSS pasó de 214.675 en 1992 a 203.489 en 1995, y se registraron 3.430 y 3.275 accidentes de trabajo respectivamente en esos años. El número de muertes consignadas en el Registro de Accidentes Laborales del Ministerio de Trabajo pasó de 27 en 1992 a 11 en 1996.

La atención de la salud ha sido asignada por el Ministerio de Trabajo al Ministerio de Salud, que tiene un programa de salud ocupacional adscrito al Departamento de Higiene, pero este carece de un plan operativo. A partir del censo de 1995 se consideran parte de la población económicamente activa (PEA) a los mayores de 10 años. Esto obedece a las características económicas del país, donde predomina la producción agropecuaria, con un gran empleo de mano de obra infantil; alrededor de 24.000 niños de 10 a 14 años trabajan en el sector informal y 6.000 en el sector formal.

El 80% de los químicos empleados en el país son plaguicidas. En 1996 se registró una tasa de intoxicaciones agudas de 58 por 100.000 habitantes con un subregistro de hasta 9,6%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Los casos de malaria, que habían disminuido de 35.785 en 1990 a 27.653 en 1991 y a 26.866 en 1992, aumentaron a 47.798 en 1993 y llegaron a una cifra récord en la historia del país en 1995, cuando se registraron 70.235 casos. Los casos de malaria por *Plasmodium falciparum* también aumentaron ese año (2.926 casos), con 16 defunciones. La fórmula parasitaria en 1995 fue 4,41% por *P. falciparum* y 95,6% por *P. vivax*. En la ciudad de Managua se presenta uno de cada cuatro casos de malaria del país. La transmisión está favorecida por factores como la migración del campo a la ciudad, el surgimiento de asentamientos espontáneos en zonas insalubres, el incremento de la precipitación pluvial en los últimos años, con la consecuente formación de inmensos pantanos en zonas costeras de Managua, la alta rotación del personal que labora en las actividades

de control de vectores, la escasez de medios, entre ellos de transporte e insumos, y la falta de coordinación intra e interinstitucional.

Desde 1985 el dengue es endémico en Nicaragua, y se presentan brotes de la enfermedad en diferentes zonas del país. A partir del 15 de octubre de 1994 se centralizaron las medidas de control del vector y se intensificaron las tareas de reducción de criaderos en la ciudad de Managua, con el objetivo de reducir la transmisión de la enfermedad. En los años 1992–1993 se introdujo el serotipo 4 y en 1994 el serotipo 3, provocando una epidemia con 20.469 casos registrados, 1.511 hospitalizados y 6 defunciones; los departamentos de León y Managua fueron los más afectados. En 1995 se registraron 19.260 casos de dengue, y 2.792 en 1996 (una reducción de 82%). Solo cuentan con diagnóstico de laboratorio entre 10% y 15% de los casos de dengue registrados, por lo que uno de los componentes de la vigilancia epidemiológica que debe mejorarse es la confirmación en el laboratorio a través de un sistema de muestreo.

El 19 de octubre de 1995 el sistema de vigilancia epidemiológica de León notificó la muerte de seis personas residentes del municipio de Achuapa, todas con un cuadro febril agudo que evolucionó rápidamente a una enfermedad grave con afectación respiratoria. El 6 de noviembre el Ministro de Salud, con apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos de América, identificó al agente causal e informó que la enfermedad se trataba de leptospirosis. Durante los meses de octubre y noviembre, en los municipios de Achuapa y El Sauce se brindaron 17.847 consultas médicas y se detectaron 1.904 pacientes sospechosos de leptospirosis. Entre octubre y noviembre el total de muertes probables por leptospirosis ascendió a 48 en todo el país; las edades de los casos mortales oscilaron de 4 a 60 años, con un promedio de 18, y la razón hombre/mujer fue de 1,4:1. Está en marcha un amplio estudio en la población animal; resultados preliminares indican que 90% de las ratas capturadas en Achuapa y estudiadas por anatomía patológica tienen leptospiras en el tejido renal. Además, estudios serológicos en perros mostraron altos títulos de anticuerpos para la serovariedad canicola.

Entre 1994 y 1996 se notificaron 2.723 casos de leishmaniasis: 2.605 de leishmaniasis cutánea, 76 de la forma mucocutánea y 42 casos de leishmaniasis visceral. Cabe destacar que desde 1988 hasta 1996, el laboratorio de parasitología del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia diagnosticó 44 casos de leishmaniasis visceral en el país. Se pudo demostrar la magnitud del subregistro de la información. La organización no gubernamental Médicos del Mundo-España, en coordinación con el Sistema Local de Atención Integral a la Salud (SILAIS) de Río San Juan, realizó durante tres meses una búsqueda activa de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea en solo tres municipios de Río San Juan y encontró 1.140

casos, cifra superior a los 946 casos registrados por el sistema de notificación a nivel nacional en el año 1996. Además, en 1996 se detectaron por primera vez en el país casos de leishmaniasis cutánea atípica, variante clínica de la leishmaniasis cutánea.

Desde 1992 hasta 1996 el Centro Nacional de Sangre de la Cruz Roja Nicaragüense detectó 358 donantes seropositivos para *Trypanosoma cruzi*, de los cuales 249 no pudieron ser confirmados en el exterior por falta de presupuesto.

Rabia y otras zoonosis. La rabia humana urbana ha provocado un promedio de dos casos por año en la década de los setenta, tres casos por año en la de los ochenta y uno por año en el período 1990–1996. La incidencia de la rabia canina fue de 150 casos por año en la década de los setenta, 83 casos por año en la de los ochenta y 39 casos por año en el período 1990–1996. La mayor incidencia de rabia se presenta en los departamentos de Managua, León, Masaya, Granada y Chinandega.

Enfermedades inmunoprevenibles. La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación (poliomielitis, sarampión, tos ferina, difteria y tétanos) muestra una tendencia al descenso en los últimos años como resultado del incremento de la cobertura de vacunación, que en 1996 en los menores de 1 año alcanzó 94% con la vacuna antipoliomielítica, 83% con DPT, 83% con antisarampionosa y 100% con BCG. El último caso de poliomielitis se registró en 1982, y en 1994 se certificó su erradicación.

La última epidemia de sarampión ocurrió en 1990, con 18.225 casos (37% en mayores de 10 años) y 772 defunciones. El sarampión representó 6% del total de las defunciones por todas las causas a nivel nacional. En los últimos años la incidencia ha disminuido como consecuencia de las estrategias de eliminación, y hace más de tres años que no se confirma un caso en el laboratorio. En 1994 se notificaron 587 casos sospechosos, 195 en 1995 y 302 en 1996, y todos se descartaron.

El último caso de difteria se notificó en 1987. La tos ferina continúa siendo endémica, pero el número de casos comunicados disminuyó de 242 en 1990 a 14 en 1996.

El número de casos de tétanos neonatal notificados ha disminuido de 90 en 1980 a 17 en 1990 y 1 en 1996. Desde 1990 se llevan a cabo actividades para incrementar la cobertura de vacunación con dos dosis de toxoide tetánico a las mujeres en edad fértil en todo el país, especialmente en las áreas identificadas como de alto riesgo.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. De acuerdo con el SINEVI, en 1990 se registraron 2.166 defunciones por diarrea, 75,6% en menores de 1 año. En 1991 la

campaña de lucha contra el cólera conllevó una reducción de 45% de las defunciones en los diferentes grupos de edad en relación con 1990; en los menores de 1 año la reducción fue de 48%. En 1993 y 1994 el sistema de vigilancia registró 255.000 y 264.366 casos de diarrea respectivamente. Hasta 1990 las defunciones superaban a 2.000 anuales; en el período 1991–1996 el número de muertes se redujo a un promedio de 1.000 anuales. En el período 1993–1995 se registró un promedio de 7.677 casos de cólera y 172 defunciones anuales. En 1996 se registraron 2.979 casos y 82 defunciones (una reducción de 61% en relación con el promedio de casos del período 1993–1995 y una reducción de 52% en relación con el promedio de defunciones del mismo período).

Enfermedades crónicas transmisibles. En el período 1990–1995 se registró un promedio de 2.836 casos de tuberculosis y 230 defunciones anuales. El porcentaje de curación mejoró hasta 81%, y el de abandono se redujo a 7%. En 1995 el número de defunciones se redujo a 185 en relación con el promedio del período 1990–1995, con una tasa de mortalidad de 4,5 por 100.000 y una tasa de incidencia de 69 por 100.000. Hasta la fecha no se cuenta con un estudio representativo sobre la prevalencia de la infección por VIH y sida entre los pacientes con tuberculosis.

Hasta 1995 se había notificado una prevalencia de 0,997 de casos de lepra por 10.000 habitantes, que representa 413 casos distribuidos en 11 SILAIS, de los cuales 45% estaban en Managua, 27% en Chinandega y 10% en León.

Infecciones respiratorias agudas. En el período 1993–1995 se registró un promedio de 1 millón de casos anuales de infecciones respiratorias agudas, y el número promedio de defunciones durante ese mismo período fue de 1.200.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Entre 1987 y el primer semestre de 1995 había 96 personas infectadas por el VIH y 114 con sida. De estas últimas, fallecieron 71; 91% de los afectados eran menores de 44 años. Del total de casos, 86% eran hombres y 14% mujeres, con una razón hombre/mujer de 6:1. La transmisión sexual fue la causa en 94% de los casos, y de ellos 54% eran heterosexuales, 25% homosexuales y 15% bisexuales. Con respecto a la distribución geográfica de los casos, 54% se presentaron en el departamento de Managua, 6% en el de Chinandega, León y Rivas, respectivamente, 5,2% en el de Nueva Segovia, y menos de 3% en el resto del país.

En 1995 se notificaron 9 casos de sífilis congénita y 490 casos de sífilis adquirida, con una tasa de incidencia de 0,2 por 100.000 nacidos vivos y 11,8 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Entre 1992 y 1995 la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumentó de 64,0 a 71,0 por 100.000 habitantes; la de tumores malignos, de 26,6 a 28,5; la de hipertensión arterial, de 3,1 a 10,8, y la de diabetes mellitus, de 8,9 a 9,6 por 100.000 habitantes.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Deficiencia de Micronutrientes realizada en Nicaragua en 1993, la ingesta calórica de los niños nicaragüenses solo cubre 88,9% del aporte diario recomendado. La Encuesta concluye que prácticamente uno de cada tres niños tiene deficiencia franca de vitamina A y sufre de anemia por deficiencia de hierro, dos de cada tres niños preescolares tienen deficiencia de vitamina A o están en riesgo de tenerla, una de cada tres mujeres adultas padece de anemia causada principalmente por deficiencia de hierro, la deficiencia de consumo de calorías, hierro y vitamina A podría atribuirse a insuficiente disponibilidad y accesibilidad geográfica y económica, y posiblemente a patrones culturales que limitan el consumo de vegetales disponibles, y la alta frecuencia de morbilidad, especialmente por enfermedades infecciosas (diarreas e infecciones respiratorias agudas), es uno de los factores que contribuyen a agravar las deficiencias de micronutrientes en los niños.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La misión del Ministerio de Salud es asegurar a las personas el acceso a un servicio de salud que responda a sus necesidades reales y sentidas, y que enfatice la promoción y prevención de la salud con un enfoque integral y humanizado. Los grandes desafíos que enfrenta el Ministerio de Salud para cumplir con su misión y avanzar en la reforma institucional son incorporar nuevas modalidades de organización y gestión, adoptar nuevas alternativas de financiamiento, modernizar los hospitales, promover la protección de las inversiones en infraestructura y equipamiento, definir y proveer un paquete básico de servicios esenciales, priorizar territorios y grupos de riesgo, promover la salud y prevenir las enfermedades, alcanzar la eficiencia en la utilización de los recursos, y mejorar los sistemas de control de gestión. Se trabaja en un modelo de atención para abordar los problemas de salud mediante una estrategia preventiva, integral, interprogramática y participativa para intervenir sobre los factores de riesgos. El perfil de salud de Nicaragua indica que se debe continuar dando prioridad a las mujeres y a los niños e incorporar a los

adolescentes y a los ancianos. El énfasis de la atención de la salud de las mujeres se pone en la etapa de vida reproductiva mediante la planificación del embarazo, la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de mama. En los niños, se controlan el crecimiento y desarrollo, la situación alimentaria y nutricional, y las circunstancias difíciles. En los adolescentes, se hace hincapié en la prevención de adicciones y del embarazo precoz y no deseado. Para los ancianos, se destaca el autocuidado, la prevención y el tratamiento oportuno de las complicaciones, y se promueve la solidaridad y la responsabilidad de la sociedad para con los ancianos.

La Constitución Política de la República, la Ley Creadora del Sistema Nacional Único de Salud y las disposiciones contenidas en los acuerdos o instrumentos internacionales conforman el marco jurídico y conceptual de mayor fuerza en materia de salud. Las disposiciones y leyes han quedado desactualizadas debido al desarrollo del sector salud, el respeto al medio ambiente, la necesidad del control sanitario de medicamentos y alimentos y el avance de los derechos de los pacientes.

Organización del sector salud

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de los servicios de salud. Se estima que el seguro social atiende a 5% de la población y el sector privado a 4%. El Ministerio de Salud dispone de 873 unidades en el primer nivel de atención con una cobertura potencial de aproximadamente 3 millones de habitantes. A pesar de los avances realizados en la organización de la red pública aún persisten problemas, entre los cuales cabe destacar el desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, la infraestructura deficiente y falta de equipamiento, el crecimiento inorgánico de las unidades, la falta de normativa técnico-administrativa, la demanda insatisfecha de algunos servicios, la saturación de la capacidad de atención de los hospitales, y la baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos.

En la década de los ochenta, la infraestructura del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y sus recursos sanitarios pasaron a ser propiedad del Estado bajo el control y administración del Ministerio de Salud.

Desde 1992 el Modelo de Atención Previsional compra servicios de salud para los asegurados y sus dependientes, con fondos procedentes de las cotizaciones (del trabajador, el empleador y el Estado), a agentes prestadores de servicios organizados. Este modelo ha permitido una participación mayor del sector privado en el mercado de la prestación de servicios médicos. El INSS continúa con su tradicional función de recaudador de cotizaciones, transfiere las actividades de atención a las 32 Empresas Médicas Previsionales (EMP), y ejerce

funciones de facilitador y supervisor de las acciones sanitarias para asegurar un mínimo de calidad en el otorgamiento de los servicios. El establecimiento del modelo de Empresas Médicas Previsionales permitió la extensión de la cobertura a nivel nacional a 110.269 asegurados activos. En relación con el universo total de asegurados cotizantes en el régimen integral, el INSS ha logrado una cobertura de 71,3%. El INSS da protección sanitaria a 290.000 derechohabientes en todo el país.

Si bien se desconoce con exactitud la dimensión del subsistema privado, se estima que cubre aproximadamente 4% de la población total y que su infraestructura está compuesta por 7 hospitales con 200 camas, 200 clínicas de atención ambulatoria y un número no identificado de laboratorios y farmacias.

A la par de las reformas del Estado, las principales instituciones que conforman el sector salud (el Ministerio de Salud, el INSS, el sector privado con y sin fines de lucro, el Servicio Médico Militar y las entidades formadoras) han replanteado sus estrategias en búsqueda de soluciones a los problemas de salud de la población. El Ministerio de Salud impulsó cambios fundamentados y la descentralización hacia sus estructuras intermedias, los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), cambios que requieren ser profundizados para alcanzar la equidad, la eficiencia y la eficacia. La seguridad social se ha orientado a financiar y regular a las Empresas Médicas Previsionales, a las que compra un paquete básico para sus asegurados. El Ministerio de Salud completa la atención de los asegurados en sus unidades mediante la atención gratuita a enfermedades no cubiertas por dicho paquete. Hasta el momento, el Modelo de Salud Previsional no presta servicios a pensionados y jubilados, los que siguen siendo atendidos por el Ministerio de Salud.

La medicina privada sufre las repercusiones de la crisis económica del país, de la competencia de centros alternativos sin fines de lucro y del desarrollo de los servicios privados en los hospitales públicos. Esta situación se agrava por la falta de alternativas de organización de la atención privada, tales como cooperativas, seguros médicos, prepagos u otros. En los últimos años aumentó el número de organizaciones no gubernamentales que prestan servicios alternativos, principalmente en los campos de la salud reproductiva de la mujer y de educación para la salud, y que coordinan sus actividades con los sistemas locales pero sin que exista un mecanismo oficial de coordinación. Tanto el Ministerio de Salud como el INSS financian servicios para los asegurados, y ambas instituciones regulan el funcionamiento de establecimientos de salud.

En la actualidad los hospitales se ven afectados principalmente por dos tipos de problemas: las deficiencias en el abastecimiento de productos básicos (medicamentos, material de reposición periódica y ropa) asociadas al deterioro de la infraestructura física, y la falta de motivación de los médicos generada por un nivel salarial muy bajo.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Servicios de agua potable y alcantarillado. El agua disponible para consumo humano es suficiente para satisfacer la demanda de la población. En 1996 contaban con servicios de agua potable 82,4% de la población urbana y 30,1% de la población rural. En el sector rural, la cobertura no ha aumentado desde 1992 debido a que los servicios se expandieron prácticamente al mismo ritmo que el crecimiento de la población. Aunque la población urbana continuó siendo abastecida con agua a través de conexiones domiciliarias, 23,4% es servida por tomas públicas. El número de acueductos urbanos y municipales se ha mantenido en 148. En 1990, en 70% de los sistemas se aprovechaban las aguas subterráneas como fuentes de abastecimiento, y en el 30% restante, las aguas superficiales.

El Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA) administra 19 sistemas de alcantarillado sanitario, de los cuales solamente siete poseen sus respectivas unidades de tratamiento (lagunas de estabilización). La falta de tratamiento y la inadecuada disposición final de las aguas residuales constituyen un grave riesgo para el ambiente y la salud humana. Se destaca el caso de la ciudad de Managua, donde las aguas servidas domésticas e industriales se descargan en las costas del lago Xolotlán sin tratamiento alguno.

En el período 1981–1992, el porcentaje de población con servicios de alcantarillado sanitario en las zonas urbanas disminuyó de 32% a 29,9%. Sin embargo, en 1996 contaba con estos servicios 32,6% de la población.

Se estima que en 1992 había en el país 621.926 viviendas, de las cuales 46,6% recibían agua potable de acueductos administrados por el INAA, 21,5% de pozos excavados, 12,7% de ríos y lagunas, 15,5% de tomas públicas y 3,9% por camiones cisterna. En cuanto a disposición de excretas y de aguas residuales, 21,9% de las viviendas tenían alcantarillados sanitarios, 8,1% sumideros o fosas sépticas, 55,7% letrinas y 14,2% no disponían de ningún sistema.

Servicios de manejo de residuos sólidos. El servicio de aseo urbano para la recolección y disposición final de residuos se brinda en 69 de las 143 cabeceras municipales, lo que en términos de población urbana cubierta representa aproximadamente 35%. Con una producción per cápita por día de residuos equivalente a 0,5 kg, se estima que la población urbana produce diariamente 1.272,5 toneladas métricas de residuos; si se recoge y elimina solamente 35%, unas 827 toneladas métricas no son evacuadas en las zonas urbanas. No hay una adecuada disposición final de los desechos recogidos, ya que no se aplican criterios ni técnicas de evaluación de impacto ambiental para la selección de los sitios que se utilizarán como vertederos municipales; por otra parte, no hay con-

trol sobre esta actividad y solo 13% de los vertederos cuentan con autorización sanitaria. La disposición final se realiza a cielo abierto, sin planificación ni control; no se aplican métodos de tratamiento, recuperación o reciclaje.

Calidad del ambiente. En el sector rural es notorio el progresivo deterioro de los recursos naturales, principalmente a causa del avance acelerado de la frontera agrícola, la adjudicación de tierras para uso agrícola en áreas boscosas, la tala de árboles para energía casera, la carencia de leyes que regulen el uso de los suelos y el aprovechamiento de los recursos naturales, y las técnicas inadecuadas de explotación agrícola. Se calcula que la deforestación afecta unas 100.000 hectáreas de bosque por año.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

A excepción de algunas áreas remotas, la cobertura de los servicios de salud es adecuada. El centro de salud es el lugar más utilizado para la atención curativa ambulatoria. Los puestos de salud, concebidos como el primer contacto para la atención en el nivel primario, se utilizan muy poco, probablemente por la falta de personal y de medicamentos.

Para la operación de los SILAIS el país cuenta, en el primer nivel de atención, con 873 unidades productoras de servicios distribuidas en 708 puestos de salud, 165 centros de salud y 589 camas. En el segundo nivel de atención cuenta con 24 hospitales con 3.930 camas para casos agudos y 4 hospitales con 407 camas para casos crónicos, totalizando 4.337 camas hospitalarias (1 cama por cada 968 habitantes).

En el quinquenio 1991–1995 las consultas médicas atendidas en el primero y segundo nivel presentaron un aumento sostenido de 4,9 millones de consultas en 1991 a 6,5 millones en 1995, un incremento de 30% y de 1,2 consultas por habitante en 1991 a 1,5 en 1995. El primer nivel prestó durante los tres primeros años del quinquenio 70% del total de la atención, y llegó a 75% en 1995 lo que sugiere una mayor utilización en este nivel; el 25% restante corresponde al segundo nivel e incluye atención de emergencia.

La atención dirigida a la madre y al niño muestra un incremento en cifras absolutas, acorde con el crecimiento de la población destinataria. Si bien los primeros controles prenatales disminuyeron 4%, los primeros controles en el primer trimestre del embarazo aumentaron 3%, y el total de controles prenatales muestra una tendencia al incremento con un crecimiento relativo de 29%.

El porcentaje de cobertura del parto institucional fue de 45% en 1995, inferior al de 46% alcanzado en 1991; el porcentaje más alto de cobertura se alcanzó en 1993, con 49%.

En relación con 1991, en 1995 los controles de crecimiento y desarrollo aumentaron 20% para los niños menores de 1 año y 48% para los de 1 a 5 años.

Los servicios de internación (egresos hospitalarios) aumentaron de 228.000 en 1991 a cerca de 278.000 en 1995. En 1995 los hospitales para casos agudos produjeron 87% de los egresos totales. Es notorio el mejor uso del recurso cama en estos hospitales, ya que el índice de ocupación pasó de 63,7% en 1991 a 74,2% en 1995, sin que haya aumentado el número de camas en estos centros desde 1992. Los egresos hospitalarios por 100 habitantes aumentaron de 5,6 en 1991 a 6,2 en 1995; aproximadamente 30% de los egresos se debieron a partos.

Se produjo un incremento de las cirugías mayores debido a la mejora de los quirófanos en 16 hospitales del país. Es importante resaltar el surgimiento de un nuevo servicio hospitalario: la cirugía ambulatoria. Anteriormente, la gran mayoría de las cirugías se realizaba en los quirófanos, pero a partir de 1991–1992, empezaron a realizarse en las salas de parto o de emergencia. En la mayoría de los casos se trata de laparoscopias para esterilización y cirugías oftalmológicas, pero también se practican cesáreas, apendicectomías y herniorrafias.

El volumen de exámenes de laboratorio aumentó de 3,4 millones en 1991 a 5,0 millones en 1995, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención, aunque se realiza un mayor número de exámenes en el segundo (59% del total).

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas: la población que se encuentra a más de 30 minutos de camino a pie de una unidad de salud es de solo 13% en Managua y 8% en otras zonas urbanas del país. En el área rural la situación cambia radicalmente, ya que el porcentaje de población que se encuentra a más de dos horas de camino a pie de una unidad de salud es de 33% para hospital, 22% para centro de salud, 10% para puesto de salud y 26% para médico privado.

Existe un creciente mercado de servicios privados, pero el Ministerio de Salud sigue siendo el principal proveedor de servicios para toda la población nicaragüense. Un estudio de opciones de financiamiento de servicios identificó un sector importante de carácter privado que proporciona atención de alto costo y mejor calidad. Si bien la seguridad social ofrece entre sus prestaciones servicios médicos a aproximadamente 5% de la población, sus recursos son insuficientes y la canasta básica de servicios que ofrece es limitada, por lo que los problemas de salud de mayor complejidad que afectan a sus afiliados se tratan en las unidades del Ministerio de Salud, sin que existan convenios para la transferencia de fondos dando lugar, de hecho, a un subsidio para la seguridad social.

Un estudio demostró que muchos usuarios pagan una parte significativa del total del costo de los servicios de salud, aun en el sector público. El amplio pago por los servicios pri-

vados, el pago directo a proveedores públicos, y la frecuente compra de medicamentos y suministros por parte de los usuarios de los servicios públicos, indica que los desembolsos para la atención de salud son una fuente importante de recursos, sin la cual el sector público encargaría una gran presión fiscal y los usuarios recibirían aún menos servicios. El peso de estas contribuciones económicas, sin embargo, no está distribuido ni uniforme ni equitativamente. En las áreas rurales pobres de Nicaragua, las familias manifiestan mayor enfermedad pero menor búsqueda de atención, en comparación con las de las áreas urbanas de Nicaragua que tienen mayores ingresos. En la población rural, el aumento de los pagos por servicios en las instalaciones públicas condujo a una gran reducción en el uso de los servicios y a una pequeña sustitución por otras fuentes de atención. Sin embargo, en la población urbana, particularmente la de Managua, aumentos relativos similares condujeron a cambios en la mezcla de los servicios públicos utilizados, a una gran sustitución por otras fuentes de atención y a una pequeña reducción en el conjunto de la utilización.

Insumos para la salud

La política relacionada con los productos farmacéuticos destaca el uso racional de medicamentos genéricos y de bajo costo. La lista de medicamentos esenciales contiene 234 productos, y se especifican 137 fármacos para los centros de salud y 19 para los puestos de salud. A menudo los medicamentos esenciales no están disponibles en los centros de salud, lo que ocasiona ineficiencia y descrédito de los servicios de atención. En las directrices se establece la necesidad de la receta médica.

En principio, los medicamentos para la salud de la madre y del niño, así como para las enfermedades objeto de programas de salud pública tales como la tuberculosis, la malaria, el dengue y las enfermedades de transmisión sexual, se pueden obtener sin costo alguno en los centros de salud. Estos medicamentos, sin embargo, no siempre están disponibles.

Estudios recientes indican que la disponibilidad de fármacos oscila entre 60% y 70%. El gasto en medicamentos por episodio de enfermedad, es de SC 30,00 para los niños de 0 a 5 años de edad y de SC 65,00 para las personas mayores de 6 años. La automedicación y el uso irracional de los productos farmacéuticos es común. El Gobierno gastó en

medicamentos US\$ 32,2 millones en 1989 y \$14,2 millones en 1993.

Recursos humanos

El sector cuenta con 16.642 profesionales y técnicos de salud: 4.551 médicos, 4.817 auxiliares de enfermería (con un año de capacitación), 2.577 enfermeros, 2.499 técnicos, 1.099 odontólogos y 1.099 farmacéuticos. En 1990 había un profesional de enfermería por médico y 2,57 auxiliares de enfermería por médico; en 1995 la relación era de 0,38 y 1,66 por médico, respectivamente. La relación de otros técnicos de la salud por médico se redujo de 4,08 en 1990 a 0,69 en 1995. Mientras que el número de médicos ha ido aumentando de manera progresiva, el número de enfermeros, auxiliares de enfermería y técnicos está disminuyendo. El Ministerio de Salud ya no se encarga de la formación de este personal y las universidades y escuelas técnicas enfrentan severas limitaciones presupuestarias para hacerlo.

Aunque en general el personal médico y paramédico está bien capacitado, 32% de todo el personal del Ministerio de Salud, solo sabe leer y escribir o solo terminó la escuela primaria. Salarios bajos, políticas inadecuadas de promoción y retención, junto con limitaciones físicas y financieras, resultan en una alta rotación del personal.

Gasto y financiamiento sectorial

Los recursos para la salud provienen de seis fuentes principales de financiamiento: donaciones al Gobierno (30,1% del gasto total en salud), gasto de las empresas (21,2%), impuestos (16,1%), créditos al Gobierno (15,8%), gasto de los hogares (11,9%) y donaciones a organizaciones no gubernamentales (4,9%). El 66,1% del gasto total corresponde a la población no asegurada, 27% a la población asegurada y 6,9% a la población con poder de compra en el sector privado. Las instituciones del Ministerio de Salud da cuenta de 61,3% del gasto total, las Empresas Médicas Previsionales de 27%, los hospitales privados de 6,9% y las organizaciones no gubernamentales productoras de servicios médicos de 4,8% del gasto total en salud. En 1995 el gasto en salud representó 6,6% del PIB y 16,2% del gasto público. Los gastos corrientes consumen 97% de los recursos y los de inversión, solo 3%.